

Mémoire de la FMOQ à la commission Clair vision d'un réseau de soins intégrés

Diagnostic : manque de coordination dans le système de soins primaires. Les faiblesses de la première ligne doivent être corrigées pour rendre le système de santé plus efficace, analyse le D^r **Renald Dutil**. Le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), qui présentait un mémoire à



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil.

Antipasto, ce mois-ci

Mémoire de la FMOQ à la commission Clair vision d'un réseau de soins intégrés	1
Les cabinets privés en voie de disparition en Gaspésie entrevue avec le D ^r Robert Benguerel, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie	2
Les forums d'experts de la commission Clair le regard des professionnels de la FMOQ	15
Implantation des DRMG : les étapes franchies	16
L'assurance-responsabilité professionnelle mise à jour	17
Résidents, cherchez votre emploi dans Internet	18
Les priorités de la ministre	20
Colloque de l'ACMDPQ les technologies : souffle nouveau ou esclavage ?	22
Les futurs systèmes d'information en santé	23
Vos patients ont-ils un taux de complications normal ?	24
Corticostéroïdes et asthme chez les enfants l'innocuité et l'efficacité du budésonide	26
Le budésonide n'entrave pas la croissance	30
Repousser la sclérose en plaques	31
Diabète gestationnel le glyburide aussi sûr que l'insuline	157
Homologation d'Avelox	159
Cancer colorectal métastatique une première thérapie par voie orale	163

sommaire de la revue, page 7 >>>

la commission Clair le 23 octobre dernier, estime que dans le domaine des soins primaires les divers intervenants travaillent chacun de son côté. « Il en résulte que le médecin de famille est isolé et ne bénéficie pas du soutien des autres professionnels de la santé dans les cas complexes. »

Dans son mémoire (voir le texte intégral p. 107), la Fédération propose plusieurs solutions à partir des travaux qu'elle effectue depuis plusieurs années. À son avis, de nouvelles façons de faire s'imposent maintenant.

L'organisation des services

Tout comme la commission Clair, la FMOQ estime qu'il existe un lien privilégié entre une personne et son médecin de famille. Le praticien représente souvent le premier contact avec le système de santé, et son expertise lui permet d'aborder la plupart des problèmes de santé et de proposer une conduite

Les cabinets privés en voie de disparition en Gaspésie

entrevue avec le D^r Robert Benguerel, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie



Le D^r Robert Benguerel.

M. Q. – Quelle est la situation des cabinets privés en Gaspésie ?

R. B. – La plupart des médecins du territoire travaillent dans les hôpitaux parce que la pratique dans les cabinets privés n'est pas rentable. La Gaspésie est une immense région habitée

par une population de seulement 100 000 personnes. Les gens sont répartis sur tout le territoire dans des petits villages situés à 15 ou 20 km les uns des autres. Cette faible densité de population devient un problème pour les médecins qui sont rémunérés à l'acte.

À Mont-Louis, par exemple, la population tourne autour de 500 à 800 personnes. Le seul médecin qui y exerce dans un cabinet privé voit ses patients sur rendez-vous, ce qui est assez long et peu rémunérateur. Il ne pourrait cependant pas ouvrir une clinique sans rendez-vous avec des collègues, parce qu'ils n'auraient pas assez de patients. Les médecins des cabinets privés de notre territoire sont donc dépités parce qu'ils doivent offrir une disponibilité certaine, mais n'ont pas un volume de clientèle qui leur permet de rentabiliser leurs services.

M. Q. – Et comment est la pratique pour ceux qui travaillent quand même dans un cabinet privé ?

R. B. – La clientèle des cabinets est particulièrement lourde et demande beaucoup de temps. Les omnipraticiens qui y travaillent ne voient que les personnes les plus malades, puisqu'il n'y a pas assez de médecins en pratique privée pour s'occuper de tous les patients. Les personnes dont les problèmes sont moins graves n'arrivent pas à avoir un rendez-vous, par conséquent. La plupart des médecins refusent d'ailleurs de prendre de nouveaux patients. De Cap-Chat à Grande-Vallée, il est impossible de se trouver un médecin de famille dans un cabinet privé. Dans la région de Gaspé, il n'y avait qu'un seul médecin qui acceptait de

prendre de nouveaux patients la dernière fois que j'ai appelé.

M. Q. – Avez-vous des chiffres sur l'état de la situation ?

R. B. – Non, mais j'aimerais en avoir. Cette année, l'une des résolutions de l'Association est d'obtenir ces données et d'étudier le dossier en profondeur. Nous avons l'impression que le problème réside dans la faible densité de la population. Nous allons voir ce qui peut être fait. Peut-être qu'une forme différente de rémunération pourrait être mise à l'essai pour les médecins des cabinets dans le cadre d'un projet-pilote.

M. Q. – Comment ont été accueillies les propositions du comité *ad hoc* de la FMOQ sur les cabinets privés à l'assemblée générale de votre association ?

R. B. – Ces propositions ont suscité une bouffée d'espoir. Nous trouvons très encourageant que la Fédération pense à revaloriser les cabinets privés. Nous allons observer attentivement la suite. Les propositions du comité *ad hoc* étaient cependant encore trop préliminaires pour que l'on puisse se prononcer.

En ce qui concerne le rapport Secor en tant que tel, d'où découlent ces propositions, nous avons eu l'impression en le lisant qu'il avait été écrit pour les villes. Le regroupement des cabinets qui y est par exemple suggéré nous semble un peu difficile : les nôtres sont à 15 ou 20 km les uns des autres !

M. Q. – La pratique en obstétrique pose aussi des problèmes dans votre région.

R. B. – Même avec les nouvelles dispositions de la dernière entente-cadre, les omnipraticiens

Le Médecin du Québec – 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8 ; téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499 ; télécopieur : (514) 878-4455 ; courrier électronique : medque@fmoq.org –, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement : 86,27 \$ (TTC) ; autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC) ; à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Enregistrement n° 09832.

à suivre. Mais quelle doit être sa place dans le réseau de la santé ?

La Fédération voit le médecin de famille comme le maître d'œuvre des soins médicaux. Il doit être relié aux différents professionnels de la santé. Sur le plan vertical, il lui faut encore resserrer ses liens avec les cliniciens de la deuxième et de la troisième ligne. Tant avec les spécialistes qu'avec les généralistes qui pratiquent dans les hôpitaux. « Par exemple, le

qui exercent ce type d'activité sont mal rémunérés dans notre région. Le problème tient au fait qu'il y a moins d'un accouchement par jour par hôpital. Les médecins, de leur côté, sont payés à l'acte et doivent être disponibles. Parfois la situation est insensée. Par exemple, si une patiente subit une césarienne après un travail de 12 heures, l'omnipraticien ne reçoit qu'une centaine de dollars pour sa présence. Ce sont pourtant ces accouchements qui demandent le plus de temps au médecin, parce qu'ils se déroulent mal.

Ce problème touche cinq de nos omnipraticiens. Notre association va voir s'il n'y aurait pas moyen d'élaborer un projet-pilote pour eux et de trouver une autre façon de les rétribuer. Les médecins des Îles-de-la-Madeleine, par exemple, ont un tarif horaire pour le travail en obstétrique, comme pour toutes leurs activités médicales.

M. Q. – Est-ce que le recrutement de nouveaux omnipraticiens est difficile en Gaspésie ?

R. B. – Depuis plusieurs années, le recrutement ne pose plus de grandes difficultés. Le défi est maintenant de retenir les omnipraticiens. Les médecins restent entre trois et cinq ans, puis s'en vont. Si chacun pouvait demeurer un an de plus peut-être que nos problèmes d'effectifs se résoudraient d'eux-mêmes.

Nous espérons que la nouvelle entente va remédier à la situation. Après trois ans de pratique dans notre région, les omnipraticiens ont maintenant droit à une rémunération de 125 % du taux de base et à 130 % après six ans s'ils travaillent dans un hôpital. Certains médecins qui avaient décidé de partir avant le dévoilement de l'entente affirment qu'ils seraient peut-être restés un peu plus longtemps s'ils avaient été au courant de ces mesures. On verra

les résultats à moyen terme.

M. Q. – Y a-t-il d'autres dispositions de l'entente dont bénéficie votre région ?

R. B. – L'entente particulière sur le travail auprès des malades hospitalisés a donné des résultats immédiats. C'était un secteur où l'on manquait de médecins depuis longtemps. Maintenant, il est plus facile de trouver des omnipraticiens pour exercer la médecine hospitalière. Certains cliniciens qui avaient abandonné ce type d'activité ont décidé de recommencer. Ce fut le cas pour l'un des 13 médecins de Sainte-Anne-des-Monts et pour deux à Maria. Cela fait une énorme différence.

Trois des cinq établissements de notre territoire ont adhéré à cette entente particulière. Parmi ceux qui ne s'en sont pas prévalu, il y a celui des Îles-de-la-Madeleine, à cause du mode de rémunération de ses médecins, et le centre hospitalier de Gaspé, qui pourrait cependant reconsidérer sa décision.

Une autre mesure de l'entente a été appréciée par les médecins de notre territoire : le redressement du tarif horaire, qui sera majoré de 20 % au cours des deux prochaines années. Les médecins des cabinets privés, par contre, sont déçus de ne pas avoir obtenu 130 % du taux de base après six ans de pratique. Ils se demandent pourquoi ils n'y ont pas droit. Ce sont à peu près les seuls qui ont une réserve sur la nouvelle entente-cadre. Les membres de mon association ont l'impression que, pour la première fois depuis longtemps, les régions ont été prises en considération.

M. Q. – Comment se déroule la mise sur pied du Département régional de médecine générale (DRMG) ?

R. B. – Au début du mois d'avril, environ 10 % des membres de l'association ont participé à

l'assemblée de fondation du DRMG. Cependant, il n'y a eu qu'une seule candidature pour le comité de direction. Ce n'est pas facile de convaincre des gens de jouer un rôle dans le DRMG. Notre association ne compte que 142 médecins. Une fois qu'on a trouvé des omnipraticiens pour s'occuper de l'éducation médicale continue, collaborer au département de médecine générale et participer au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, on a fait le tour des volontaires.

Il a fallu une seconde mise en candidature pour obtenir les deux candidats élus qui nous manquaient. Ils auront sans doute les mêmes difficultés pour recruter les membres nommés du Comité.

M. Q. – Est-ce que le DRMG aura beaucoup de travail à faire ?

R. B. – Notre DRMG aura une longueur d'avance une fois qu'il sera formé parce que notre territoire jouit déjà d'une organisation de services qui fonctionne. Elle s'est produite *de facto* à cause de la taille de la région. Le nouveau département n'aura donc pas à trouver des centres ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine. J'aimerais, par contre, qu'il puisse s'occuper de questions comme celle des cabinets privés. Je pense que cela pourrait faire partie de son mandat, parce qu'une augmentation du nombre de cliniques privées permettrait d'augmenter l'accessibilité aux soins.

J'ai l'impression que le DRMG pourra travailler à des questions très utiles. Il s'agit d'une structure nouvelle qu'il faudra découvrir. Tant que je n'avais pas de four à micro-ondes, je ne savais pas ce qu'on pouvait en faire. Maintenant j'en ai un, et j'y ai découvert bien des avantages. Je pense que ce sera la même chose avec le DRMG.

médecin qui suit un patient venant de sortir de l'hôpital doit pouvoir communiquer avec le praticien qui l'y a soigné », précise le président.

Horizontalement, le généraliste doit être en contact étroit avec les équipes de soins primaires du territoire, qui peuvent comprendre une infirmière clinicienne, un travailleur social, un pharmacien ou, pour des besoins spécifiques, d'autres professionnels de la santé.

Cependant, il devient de plus en plus difficile pour un omnipraticien d'assumer seul toutes les responsabilités du médecin de famille.

« La pratique en solo est un modèle dont la popularité décroît », observe le D^r Dutil.

La Fédération propose, par conséquent, que la première ligne des soins médicaux repose sur des équipes de base constituées de généralistes des cabinets privés et des CLSC, auxquels se joindront des infirmières. La relation

individuelle médecin-patient sera néanmoins préservée. « Pour les médecins, travailler en groupe ne signifie pas nécessairement pratiquer dans le même lieu, mais être en rapport les uns avec les autres. Cela leur permettra, notamment, d'assurer les gardes en groupe ou d'avoir un remplaçant quand ils s'absenteront. »

Le rôle de l'infirmière ? En plus de ses activités professionnelles de base, elle pourrait participer au suivi de la clientèle, agir comme agent de liaison avec les autres professionnels de la santé (ergothérapeute, travailleuse sociale, etc.) et coordonner un ensemble de soins.

« Il faut briser l'isolement dans lequel se retrouvent trop souvent les médecins de famille. Ils prennent en charge et suivent une clientèle de plus en plus lourde. Lorsqu'ils ont à traiter des patients qui requièrent l'intervention d'autres professionnels de la santé, leur situation devient particulièrement difficile », explique le D^r Dutil.

Dans cette grande organisation des soins généraux destinée à l'ensemble des patients devraient s'enchâsser de plus petits réseaux intégrés conçus pour des clientèles vulnérables. Il s'agirait de patients ayant besoin de services particuliers et d'un suivi étroit : malades atteints du cancer, personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, gens ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique ou des troubles mentaux graves, et personnes âgées ayant perdu leur autonomie.

L'aide du DRMG

Ce nouveau modèle balaiera-t-il tout le système actuel de soins ? Dans son mémoire, la FMOQ propose au contraire de partir du travail déjà accompli. « L'organisation actuelle comporte un grand nombre d'éléments intéressants qui devront être conservés et intégrés au nouveau modèle d'organisation des services », précise le document.

Comment réaliser ce programme ? Entre autres à l'aide des DRMG. « Le département régional aura notamment un rôle de "facilitateur". Il devra servir d'intermédiaire entre les omnipraticiens et les autres professionnels de la santé, créer des liens entre

la première et la deuxième ligne, et faciliter l'accès des généralistes aux services diagnostiques », voit le D^r Dutil.

Mais ce modèle de réseau de soins intégrés proposé ne fonctionnera que s'il dispose des moyens nécessaires. Un meilleur financement des soins primaires est incontournable, tout comme l'informatisation. Médecins de cabinets privés, de CLSC et cliniciens hospitaliers ont besoin d'être branchés à un système qui les relie entre eux et aux autres services.

La modalité de paiement des omnipraticiens devra par ailleurs être ajustée au nouveau type d'organisation. Dans sa forme actuelle, le mode de rémunération à l'acte ne tient pas compte des nombreuses activités qui sont effectuées dans les cabinets privés, comme la prise en charge et le suivi de clientèles particulières, les contacts avec les membres des équipes multidisciplinaires et les activités préventives.

Le financement

Et au chapitre du financement des services de santé ? « Nous pensons que malgré ses problèmes financiers, le Québec a encore les moyens de se payer un système de santé public », soutient le D^r Dutil. Le président convient cependant que les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme ceux qui relèvent de besoins esthétiques ou administratifs, pourraient ne plus être assurés.

Aux yeux de la FMOQ, il ne serait pas souhaitable qu'un système de soins privé parallèle se développe. « Par contre, nous sommes tout à fait d'accord pour que le système de santé public accroisse son partenariat avec l'entreprise privée dans certains secteurs. Je pense qu'il serait intéressant, par exemple, que des ententes soient conclues entre un hôpital et des cliniques privées qui pourraient lui fournir des services diagnostiques ou thérapeutiques. »

Pour la gestion du budget de la santé, la création d'une caisse sociosanitaire serait par ailleurs une avenue intéressante. Elle ne renflouerait évidemment pas le réseau de la santé, mais lui donnerait de la transparence.

Suite page 15 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 4*

« Cette caisse permettrait de préciser toutes les sources de financement et les dépenses. Un peu comme celle du régime public d'assurance-médicaments. Cette dernière a permis à tous de constater qu'il y avait un déficit de 200 millions de dollars. Si les primes de l'assurance-médicaments avaient été intégrées aux impôts généraux, je ne suis pas sûr que les contribuables auraient accepté que le montant en soit doublé », affirme le D^r Dutil.

L'organisation professionnelle

La FMOQ conseille, dans son mémoire, de s'assurer que la mise en place du système proposé ne se bute pas à des contraintes législatives. Des soins effectués par des infirmières, par exemple, pourraient être inclus dans des ententes de services conclues entre un établissement et un cabinet privé. Les dispositions législatives découlant du Code du travail qui régissent les conditions de travail de ces professionnelles de la santé le permettent-elles ?

Dans le document qu'elle a soumis à la commission Clair, la Fédération prend par ailleurs position sur diverses questions. Par exemple, pour ce qui est de l'indemnisation des patients victimes d'une erreur médicale, elle conseille d'amender le Code civil pour que le montant dû soit payé sous forme de rente ou de versements périodiques. En ce qui concerne l'assurance-responsabilité professionnelle, la FMOQ recommande que le régime actuel demeure tel quel. Il satisfait les omnipraticiens, surtout depuis que d'importantes améliorations financières qui y ont été apportées.

Mais globalement, les expériences d'autres pays ne pourraient-elles pas nous apporter de meilleures solutions pour l'organisation et le financement de nos services médicaux ? Le mémoire conclut que le Québec peut certainement s'inspirer de l'expérience des divers États, mais doit éviter de les transposer intégralement. Il risquerait de n'en récolter que les mauvais côtés. « Le Québec doit construire son propre modèle, adapté à sa réalité. »

Les forums d'experts de la commission Clair

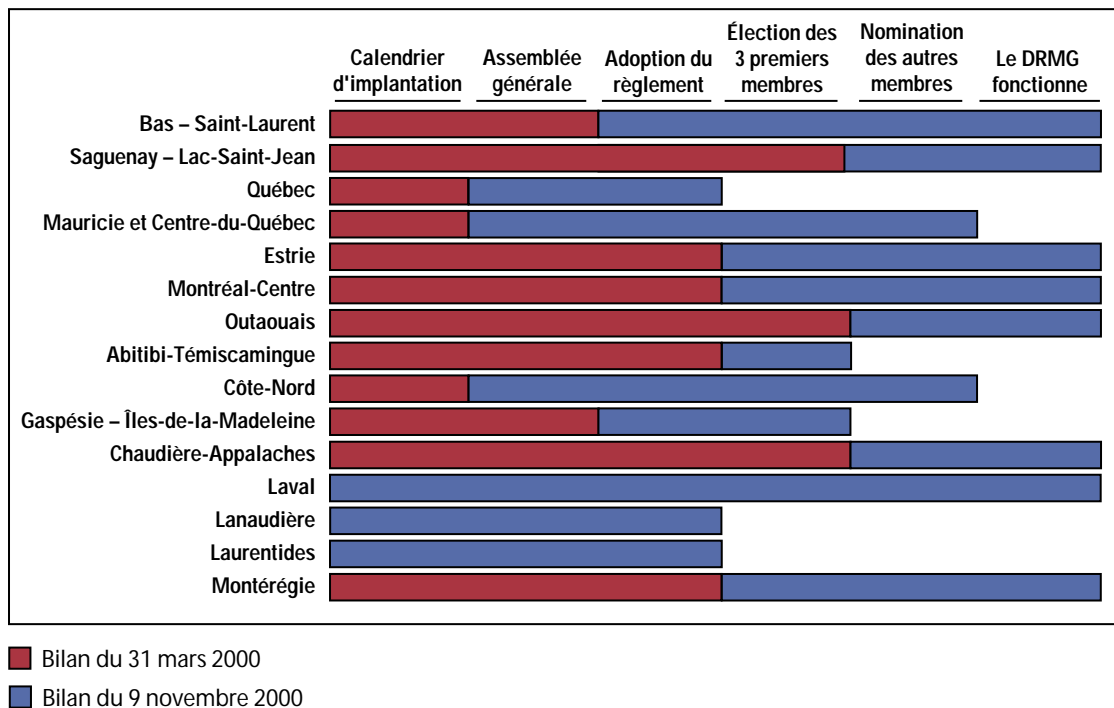
le regard des professionnels de la FMOQ

De nombreuses idées ont fusé, se sont confortées ou entrechoquées lors du forum des experts de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Que peut-on en retenir ?

Le premier forum se concentrait sur les expériences internationales. Le système britannique, qui repose sur des bases totalement différentes des nôtres, offrait par son contraste une perspective intéressante. Il s'agit d'un système fondé sur les « *fundholdings* », structures dans lesquelles l'omnipraticien non seulement suit ses patients, mais administre aussi l'enveloppe qu'il reçoit pour leurs soins. Le coût d'une consultation avec un spécialiste, par exemple, est tiré à même ce budget, a expliqué l'expert anglais, M. **Julian Le Grand**. Le conférencier affirmait ne pas avoir constaté de phénomène « d'écémage », c'est-à-dire que les médecins ne tendaient pas à sélectionner les patients les moins malades. À ses yeux, il s'agit du moins mauvais système. Pourrait-il s'appliquer au Québec ? « Je n'en suis pas sûre, explique M^{me} **Isabelle Savard**, conseillère-cadre à la FMOQ. On ne pourrait pas créer une concurrence entre les médecins, parce qu'ils ne sont pas assez nombreux. De plus, les gens n'accepteraient pas forcément de s'inscrire auprès d'un médecin, ce qui est nécessaire dans ce scénario. Et pour finir, les cliniciens québécois ne sont pas forcément prêts à devenir des gestionnaires du système. »

L'expérience d'autres provinces canadiennes a été scrutée au deuxième forum : celle de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Ontario. « Je n'ai pas senti que ces provinces avaient de meilleures solutions que les nôtres. M. **Patrick Fafard**, de la Saskatchewan, par exemple, ne nous a pas caché que sa province connaissait les mêmes problèmes que le Québec en matière de soins de santé », explique M^e **Pierre Belzile**,

Implantation des DRMG : les étapes franchies



avocat à la FMOQ. En Ontario, par contre, les nombreuses difficultés qu'a connues la réforme de la santé sont instructives. « Il y a peut-être une leçon à en tirer, estime M^{me} Savard. Le conférencier, M. **Duncan Sinclair**, a expliqué que la restructuration s'était faite dans un contexte de compressions budgétaires, ce qui a contribué à son échec. Lorsqu'on entreprend une réforme, il faut, au contraire, des investissements pour consolider les changements. »

La recette pour une restructuration réussie, selon l'expert ontarien ? Elle nécessite entre autres trois ingrédients qui étaient absents de la réforme dans sa province : la volonté politique, la décentralisation et un système d'indicateurs permettant de connaître le résultat des investissements faits dans le réseau de la santé. « Certains intervenants ont fait remarquer que les inventaires des magasins sont mieux administrés que les services de santé. Les gérants peuvent dire combien il leur reste de produits dans l'entrepôt, alors que lorsqu'on verse un million de dollars dans les services de

santé, il est difficile d'en retracer l'utilisation », rapporte M^e Belzile.

Tant dans le forum sur les expériences internationales que dans celui sur les expériences provinciales, la question du financement a été très peu abordée, déplore M. **Marcel Rodrigue**, conseiller économique de la FMOQ. « Il y a probablement moins de solutions originales dans ce domaine que dans celui de l'organisation des soins. »

Une première ligne bien structurée

Certaines idées issues du forum sur l'organisation des services, le troisième, ont permis de constater que la vision de la FMOQ s'inscrit dans le courant actuel : première ligne de soins forte, réseau intégré d'accessibilité aux services de santé, etc.

Le sujet du dernier forum : le financement. Un état de la situation a été dressé et diverses suggestions ont été lancées : que le gouvernement verse aux hôpitaux l'équivalent des montants qu'ils reçoivent en dons,

ou encore la mise sur pied d'une « caisse-vieillesse ». « C'est le président-directeur général de la Régie des rentes du Québec qui a proposé ce régime de protection contre la perte d'autonomie. L'idée est intéressante, mais nécessiterait qu'il y ait des contributions. Il s'agirait d'un impôt indirect, ce à quoi s'oppose la FMOQ », explique M. **Denis Blanchette**, économiste à la FMOQ.

« Ces forums ont été utiles, estime pour finir M^e Belzile. Ils ont permis de prendre le pouls des personnes qui travaillent dans le domaine de l'organisation et du financement des soins de santé. Les participants ont pu s'instruire des dernières tendances dans ces domaines et mettre en perspective leurs propres vues. »

L'assurance-responsabilité professionnelle

mise à jour

Les cotisations des médecins québécois à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) vont être réduites de 54 % en 2001. Cette société, qui continuera à assurer la majorité des omnipraticiens québécois, calculera maintenant le montant des primes sur une base régionale, comme elle l'avait envisagé. Selon ce nouveau système, les cotisations perçues au Québec seront exclusivement réservées aux règlements des réclamations

Tableau

Barème des cotisations pour 2001

Genre de travail	2000	Québec	Ontario	Reste du Canada
Médecine d'urgence, urgentologie	4692	2400	5076	4416
Médecine de famille ou médecine générale	1860	852	1860	1644
Médecine générale incluant la garde à la salle d'urgence	2160	1092	2304	2040
Médecine générale incluant l'anesthésie, la chirurgie et l'urgence	4248	2004	4248	3696
Médecine générale incluant l'obstétrique, l'anesthésie, la chirurgie et l'urgence	4980	2448	5172	4500

québécoises.

Jusqu'à présent, le montant de la contribution demandée aux médecins canadiens était affecté par les importantes réclamations faites en Ontario. À partir du 1^{er} janvier, le régime d'assurance sera donc régionalisé et les nouveaux tarifs seront ceux indiqués dans le *tableau* ci-dessus.

Le gouvernement provincial, de son côté, songe à créer un plan québécois d'assurance-responsabilité professionnelle pour les médecins. La Régie de l'assurance-maladie du Québec serait en charge du dossier. Ce qu'en pense la FMOQ ? « Pour le moment, nous sommes bien servis par l'ACPM et nous souhaitons continuer avec elle, et ce, d'autant plus que la régionalisation des tarifs nous favorise », explique le D^r **Hugues Bergeron**, directeur des Affaires professionnelles.

Résidents, cherchez votre emploi dans Internet

Le *Marché de l'emploi médical*, un nouveau site Internet, va bientôt faire converger les besoins des 500 finissants en médecine à la recherche d'un poste et ceux des hôpitaux qui manquent de praticiens. Ce registre

électronique est une création de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), qu'appuie l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ).

Le D^r **Jean-François Cailhier**, président de la FMRQ, a lancé ce nouvel outil situé sur le site de la Fédération

(www.fmrq.qc.ca) en compagnie de M^{me} **Marie-Claire Daigneault-Bourdeau**, présidente de l'AHQ, au cours de la Journée Carrière Québec organisée pour les résidents.

Le *Marché de l'emploi médical* comprend deux sections. La première, *Chercher un poste*, permet au résident d'obtenir une liste d'emplois disponibles en indiquant sa spécialité et en choisissant la région et les établissements qui l'intéressent. Dans la seconde partie, *Offrir un poste*, les établissements inscrivent les emplois qu'ils proposent et peuvent ensuite mettre leur



Le D^r Jean-François Cailhier.

Photo : Emmanuelle Garnier.

M^{me} Marie-Claire Daigneault-Bourdeau.

liste régulièrement à jour.

L'un des objectifs du *Marché de l'emploi médical* est de faciliter la répartition des médecins au Québec. « Un tel outil, tout comme celui de la Journée Carrière Québec, vise à donner la même chance à tous les établissements.

Certains ne reçoivent pas de résidents. Il leur est donc plus difficile de se faire connaître », indique le D^r Caillier.

Les priorités de la ministre

Il y aura bientôt deux ans que M^{me} **Pauline Marois** est ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. Elle a eu à régler maintes crises et divers problèmes ponctuels. Quelle direction veut-elle dorénavant imprimer au réseau de la santé ?

Clôturent le colloque de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, la ministre a défini ses plans. « Le principal fil conducteur pour les années à venir doit clairement être l'accessibilité aux services. » Mais certaines traverses doivent maintenant être surmontées : les problèmes touchant l'organisation des services médicaux et leur financement. Des questions qu'examine à sa demande la commission Clair.

Les services médicaux de base doivent être accessibles dans tout le Québec, insiste M^{me} Marois. « Les citoyens qui n'habitent ni Québec, ni Montréal ni une capitale régionale

paient des taxes et ils ont droit à des services sur la même base que nous tous. » Les ententes signées avec les fédérations de médecins ont permis d'améliorer la situation, mais tout n'est pas réglé, reconnaît la ministre. L'une des clés de la solution pourrait résider dans les plans régionaux d'effectifs médicaux. « Nous faisons un travail de révision très intense. Nous voulons rendre ces plans plus réalistes. Et ensuite, nous les ferons respecter. Nous travaillons à l'élaboration d'un certain nombre d'outils pour que ces plans soient suivis. Évidemment, cela pourrait nous amener à réviser les activités médicales prioritaires qui devraient être des leviers d'intervention. »

Bientôt une carte pour accéder au dossier informatisé du patient

L'intégration des services de première ligne est un élément qui devrait faciliter l'accessibilité aux soins. « Il me semble évident que les cliniques privées et les CLSC devront être mis à contribution et travailler coude à coude. » Certains moyens technologiques devraient leur faciliter la tâche. « Je songe actuellement à accélérer la mise sur pied du dossier informatisé du patient et l'élaboration de la carte qui y donne accès. Cela pourrait être annoncé très prochainement. Je vais essayer de donner un coup d'accélérateur, parce que je pense que ces outils peuvent être extraordinaires pour faciliter la coordination et la continuité des soins et améliorer l'accessibilité. »

La ministre tient également à améliorer l'accessibilité aux services spécialisés pour lesquels un temps d'attente trop long peut se révéler fatal. « Dans les domaines de la cardiologie tertiaire et de la radio-oncologie,

M^{me} Pauline Marois.

nous avons fait des pas de géant à cet égard depuis un an et demi », fait valoir la ministre. Elle se dit également préoccupée par les listes d'attente dans d'autres secteurs comme l'ophtalmologie, l'orthopédie ou la réadaptation, surtout pour les enfants. « Ce sont des cas où la vie n'est pas en danger, mais où la qualité de vie et l'autonomie de la personne le sont. »

Par ailleurs, le défi qui doit être relevé et auquel toute l'énergie possible doit être accordée est celui de la prévention, considère M^{me} Marois. Prévention primaire : vaccination contre la grippe, lutte contre le tabagisme, dépistage du diabète, mais aussi prévention secondaire et tertiaire. « Cela permettra de libérer des ressources que l'on pourra consacrer à des problèmes qui émergent. »

Et la modification du mode de rémunération ? La ministre veut étudier cette possibilité. « Il y a beaucoup de pays développés ayant un régime public comme le nôtre qui utilisent des stratégies différentes en ce qui concerne le mode de rétribution. Je pense que cette question mérite que l'on y réfléchisse ensemble sans présumer des conclusions et sans monter aux barricades avant même que l'on en ait débattu. »

Colloque de l'ACMDPQ

les technologies : souffle nouveau ou esclavage ?

« Le mariage entre l'informatique et la clinique n'a pas encore été consommé », estime le D^r Jean-Maurice Turgeon, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ. Les fruits qu'on espère de cette union ne sont ainsi toujours pas tangibles. Impossible pour le clinicien de jeter en toute discrétion un regard critique sur l'ensemble de sa pratique ni sur son profil de prescription. De telles données lui permettraient par ailleurs de se comparer à ses collègues du même milieu ou du reste de la province, expliquait le conférencier au Congrès de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

(ACMDPQ).

Certes, l'informatique facilite l'accès à l'information scientifique en déversant son flot de renseignements sur l'utilisateur. Mais celui-ci est rapidement menacé par une « anémie par dilution ». Dans cette mer d'informations, il est parfois difficile de retrouver celles qui seront utiles.

Il existe, par exemple, plus de 2000 consensus et lignes directrices élaborés en Amérique du Nord. Comment s'y retrouver ? Lesquels choisir ? « Il faut bien l'avouer, plusieurs consensus comportent des lacunes méthodologiques graves qui justifient les lecteurs d'en ignorer les conclusions ou d'aborder ces dernières avec la plus grande circonspection. Malgré tout le respect dû aux experts, lorsque la qualité prépondérante de la preuve se résume à leur opinion, celle-ci n'a pas à être partagée par tous », juge le D^r Turgeon. Heureusement, il existe des repères. Le Groupe de travail sur l'examen médical périodique a contribué à l'élaboration de normes explicites pour déterminer la qualité d'une preuve scientifique.

Télémédecine, Internet et informatique

Le croisement de la médecine et des technologies a quand même produit des rejets intéressants. Par exemple, la télémeicine. Sa venue donne une nouvelle dimension à des questions comme la confidentialité et la dissémination de l'information. Ainsi, si confidentialité et sécurité de la transmission des données sont proches parentes, elles ne sont pas synonymes, prévient le D^r Turgeon. La confusion de ces notions peut avoir des effets navrants. « Ne vous est-il pas arrivé de devoir surmonter des



Le D^r Jean-Maurice Turgeon.

Photo : Emmanuelle Garnier.

embûches majeures pour obtenir des renseignements fiables indispensables, et ce, à cause d'une application arbitraire restrictive des règles de confidentialité ? Quand il ne s'agit pas d'une carence déplorable des ressources informatiques indispensables à une circulation raisonnable des renseignements cliniques essentiels au traitement des malades », demande le conférencier.

Internet est une autre de ces technologies enthousiasmantes. « Il offre non seulement des possibilités multimédias, mais également un potentiel de mise à jour aisée, aussitôt que le besoin s'en fait sentir. » Le D^r Turgeon déplore toutefois que plusieurs se limitent à transposer des écrits dans Internet alors que le médium leur ouvre de multiples possibilités. Par ses images et son mode interactif, Internet est un véhicule qui permet de transmettre aussi le savoir-faire et des attitudes, autres dimensions de la compétence.

L'informatique peut, sans nul doute, soutenir la démarche du médecin auprès du patient. « Cependant, la taille de l'ordinateur et la place qui lui sera réservée, tout comme le temps qui sera consacré à son utilisation, ne doivent pas constituer des obstacles supplémentaires dans une relation médecin-malade que tant d'autres facteurs menacent. »

Les futurs systèmes d'information en santé

Demain aura des allures de science-fiction. Car on peut attendre beaucoup des futurs systèmes d'information conçus pour les réseaux de santé. « Leurs applications vont être nombreuses et absolument extraordinaires », annonce le D^r **Gilles Hudon**, directeur des Politiques de la santé et de l'Office de développement professionnel à la Fédération des médecins spécialistes du Québec au colloque de l'ACMDPQ.

Ces systèmes seront capables d'aider les praticiens dans leurs prises de décisions et les divers aspects de leur travail. Mieux, le dossier informatisé qu'ils contiendront pourra interagir avec le clinicien. À l'hôpital, par exemple, un médecin doit faire une prescription d'insuline à un diabétique hospitalisé. Il tape *insuline*. L'ordinateur lui propose alors de voir les mesures des glycémies et des insulinémies du patient. Il lui décline ensuite les insulines disponibles à la pharmacie de l'hôpital, précise leur coût et donne leur mode d'administration. Le choix du médecin sera placé dans le Kardex de l'infirmière. Le clinicien désire-t-il qu'une glycémie soit prise le lendemain matin ?

L'ordinateur se chargera d'avertir le laboratoire.

En ce moment même, à Montréal, des équipes s'affairent à mettre au point un système qui, d'ici cinq ans, permettra aux médecins de communiquer avec un système informatisé à partir d'un micro attaché à leur sarrau. Les praticiens pourront donner des ordres à l'ordinateur ou encore y enregistrer leurs notes plutôt que de les inscrire dans le dossier du patient, explique le conférencier.

Ces systèmes d'information faciliteront également les recherches cliniques. « Chacun des gestes que l'on fait pourra devenir un objet de recherche clinique. Nous ne serons pas obligés, comme maintenant, de concevoir un protocole et de saisir les données pour chaque patient. Nous pourrions faire des protocoles avec tout, de manière rétrospective, puisque les données, elles, auront été entrées de manière prospective. »

La communication sera par ailleurs facilitée grâce à ces technologies de l'information. Elles permettront l'échange de données entre les médecins, entre le cabinet et l'hôpital, et entre les établissements. Et bien sûr, elles faciliteront l'évaluation de la performance des cliniciens et des établissements, comme le mentionnait le D^r **Alain Larouche** dans sa conférence.

Un système qui peut être implanté par étapes

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), pour sa part, approuve la mise au point de ces systèmes d'information intégrés dont fait entre autres partie le *Dossier-patient partageable*. Ils « permettraient un meilleur suivi et des décisions plus appropriées en termes de prescription d'examen et de médicaments, a-t-elle fait valoir à la commission Clair. Ces systèmes d'information permettraient une meilleure comparaison entre les moyens investis en santé (*inputs*) et les résultats obtenus (*outputs*). Ils permettraient également d'analyser la performance des hôpitaux et d'évaluer la pertinence d'utilisation des médicaments. De plus, ils fourniraient des indicateurs de santé plus nombreux et reflétant

davantage l'état de "bien-être" de la population. »

Où en est le Québec ? Nous ne sommes pas en avance, reconnaît le D^r Hudon. Sommes-nous en retard ? « Je pense qu'il n'y a pas vraiment de système qui fonctionne de manière optimale dans le monde », estime-t-il. En 1999, au symposium annuel de l'American Medical Informatics Association, une équipe allemande a présenté les résultats de son expérience dans la recherche d'un système d'information hospitalier.

Quinze vendeurs, tant américains qu'euro-péens, étaient en lice. Mais aucun n'offrait un système intégré adéquat. Certains avaient des systèmes complets, mais qui n'étaient pas assez performants pour les utilisateurs. D'autres vendaient des systèmes adaptés à un département, mais qui ne s'intégraient pas au système central.

Un fait est cependant encourageant, estime le D^r Hudon : un système d'information ne doit pas nécessairement être implanté de manière complète dans un hôpital. L'installation peut se faire par étapes. Le système peut ainsi être assemblé à partir de plusieurs composantes possédant des interfaces compatibles. « Un hôpital peut donc commencer par les archives, la centrale de rendez-vous, le laboratoire ou la radiologie. »

Vos patients ont-ils un taux de complications normal ?

Quel clinicien n'aimerait pas apprendre que le taux de mortalité à l'hôpital où il travaille est moindre qu'il ne devrait l'être ? Aux États-Unis, le système CaduCIS rend l'exercice possible, selon le D^r **Alain Larouche**, médecin-conseil à



Le D^r Gilles Hudon.

Photo : Emmanuelle Garnier.

la Conférence des régies régionales.

Ce système d'information est capable de calculer une valeur prédictive pour la mortalité, les complications, les états de comorbidité et la durée de séjour à l'hôpital. Instrument puissant, le CaduCIS effectue aussi la revue des dossiers en tenant compte de 15 variables différentes : le sexe, l'âge, les maladies concomitantes, l'admission à l'hôpital par l'urgence, etc., expliquait le conseiller au colloque de l'ACMDP. Actuellement, le D^r Larouche présente le système aux régies régionales. Certaines, intéressées, sont même en train d'en étudier les coûts.

Au Québec, le CaduCIS pourra être ravitaillé en données par le système Med-Echo. Grâce à cet apport, il lui sera possible d'établir pour l'ensemble des établissements participants le taux de complications, de mortalité, et la durée de séjour des patients hospitalisés pour différentes maladies. Ensuite, une valeur prédictive sera calculée pour chaque hôpital en tenant compte des caractéristiques de sa clientèle.

À l'étape suivante, le CaduCIS recueille les résultats obtenus par les cliniciens ou les établissements et les compare aux valeurs prédites. « Quand un taux anormalement élevé de complications pour un diagnostic donné sera détecté, les médecins pourront aller eux-mêmes investiguer dans le secteur d'activité signalé », explique le D^r Larouche. Les données, utiles mais source d'un possible préjudice, resteront entre les mains des praticiens.

Le système CaduCIS offrira également d'autres possibilités lorsque le Med-Echo pourra fournir des informations sur les médicaments, les tests de laboratoire et les divers examens que passent les patients. « Les cliniciens pourront connaître, pour chaque sous-groupe de malades, les résultats qu'ils obtiennent en ce qui concerne les taux de complications, de mortalité, et la durée de séjour à l'hôpital pour chacun des choix qu'ils ont faits. Le médecin disposera ainsi d'informations sur l'effet de ses décisions. » Il sera possible, par exemple, de comparer l'évolution de patients angineux ayant eu un pontage, une dilatation coronarienne ou un

autre traitement. Les effets de divers médicaments pourront également être examinés en parallèle.

Une correction rapide du taux de mortalité

Le cas du Centre médical Borgess, au Michigan, illustre l'intérêt du système CaduCIS. L'hôpital reçoit un rapport alarmant : pour la troisième année d'affilée, le taux de mortalité des patients cardiaques n'ayant pas besoin d'être opérés est particulièrement élevé.

En recourant au système CaduCIS, des consultants mandatés par l'hôpital ont d'abord pu circonscrire leur enquête à un sous-groupe de malades. Ensuite, les investigateurs ont fait plusieurs constats. Ils se sont entre autres aperçus que le taux de mortalité était plus élevé que prévu chez les patients dont le médecin soignait moins de 10 infarctus du myocarde par année. Or, ces cliniciens moins expérimentés constituaient 84 % des médecins traitants. « Le diagnostic organisationnel posé : un manque de formation des médecins non-cardiologues, le non-respect du protocole, un taux de thrombolyse plus faible qu'ailleurs, un délai trop long entre l'arrivée du patient et le moment où il passait un électrocardiogramme », explique le D^r Larouche. Trois mois plus tard, grâce aux différentes mesures prises, le taux de mortalité avait baissé.



Le D^r Alain Larouche.

Photo : Emmanuèle Garnier.

Corticostéroïdes et asthme chez les enfants

l'innocuité et l'efficacité du budésonide

Est-il prudent de donner à des enfants asthmatiques des corticostéroïdes en inhalation

pendant des années ? Des données publiées dans le *New England Journal of Medicine* se révèlent rassurantes¹. Ainsi, le budésonide ne produit pas d'effets secondaires délétères et assure une meilleure maîtrise de l'asthme que le nédocromil ou un placebo, démontre l'étude présentée. Cependant, le premier critère d'évaluation de cet essai clinique donne des résultats surprenants : le budésonide et le nédocromil n'amélioreraient pas davantage la fonction pulmonaire que le placebo.

Le *Childhood Asthma Management Program Research Group*, qui signe l'article, a mené une étude sur 1041 enfants de 5 à 12 ans souffrant d'un asthme faible ou modéré. Les sujets ont été répartis au hasard dans des groupes prenant deux fois par jour par inhalation soit 200 µg de budésonide, soit 8 mg de nédocromil ou un placebo. Les enfants ont été suivis en moyenne pendant 4,3 ans.

« Un des aspects intéressants de cette étude concerne l'innocuité du budésonide, estime le Dr **Denis Bérubé**, pneumologue et pédiatre à l'hôpital Sainte-Justine. Le médicament n'a pas affecté la taille adulte prévue. Il n'a pas non plus perturbé la densité osseuse, ce qui réduit les inquiétudes que l'on pouvait entretenir au sujet de l'ostéoporose. »

Le budésonide est en plus efficace. Comparativement aux enfants qui recevaient un placebo, les sujets traités avec le budésonide ont subi moins d'hospitalisations et se sont retrouvés moins souvent à l'urgence. Ils ont moins recouru au salbutamol, reçu de prednisone ou pris un médicament additionnel comme le béclométhasone. Les enfants index étaient également moins dépressifs, selon les résultats des tests que les chercheurs ont fait passer.

Le nédocromil, pour sa part, n'a permis par rapport au placebo que de réduire le nombre de visites à l'urgence et le recours à la prednisone. De manière globale, les résultats des enfants qui ont reçu l'anti-inflammatoire non stéroïdien étaient les mêmes que ceux du groupe témoin.

Certains des bienfaits du budésonide

1. Childhood Asthma Management Program Research Group. Long-term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1054-63.

s'évanouissent cependant une fois le traitement terminé. Ainsi, l'épreuve de provocation à la méthacholine révèle que l'hyperréactivité bronchique, qui s'atténue significativement avec la prise de budésonide, redevient semblable à celle du groupe témoin quatre mois après l'arrêt du médicament. « Ce constat est intéressant. Il indique que le médicament permet de maîtriser l'asthme, mais ne le guérit pas », conclut le spécialiste.

Aucun effet sur la fonction pulmonaire ?

L'administration de budésonide n'aurait aucun effet sur la fonction pulmonaire ? Certaines mesures de l'essai clinique indiquent qu'il ne serait pas plus efficace que le placebo à cet égard. Des résultats inattendus, reconnaissent les auteurs.

Le Dr Bérubé, qui a analysé l'étude, n'est pas vraiment troublé par ces données. « Il était difficile de montrer une amélioration de la fonction pulmonaire parce que la moyenne des résultats de spirométrie des patients était normale dès le début de l'étude. De plus, les auteurs ont choisi de comparer la fonction pulmonaire des différents groupes après l'administration d'un bronchodilatateur, ce qui est inhabituel. Par contre, lorsqu'on regarde les résultats du test effectué avant la prise de ce produit – la méthode généralement utilisée –, on s'aperçoit que la fonction pulmonaire s'est améliorée chez les patients qui recouraient au budésonide. » L'augmentation du volume expiratoire maximal par seconde était de 2,9 % de la valeur prédite chez ces derniers, alors qu'elle n'était que de 0,4 % pour les enfants qui prenaient le nédocromil, et de 0,9 % chez ceux qui recevaient le placebo.

Néanmoins, l'absence d'effet sur la fonction



Le Dr Denis Bérubé.

pulmonaire selon les mesures choisies par les chercheurs reste un peu décevante. Peut-être était-ce dû à la durée de la maladie des sujets, avancent-ils. Les enfants souffraient d'asthme depuis en moyenne cinq ans quand ils ont été recrutés. Certaines études recommandent d'entreprendre le traitement dès l'apparition de la maladie. « La fonction pulmonaire des patients a pu se détériorer de manière irréversible avant leur entrée dans l'étude. Par conséquent, le traitement a peut-être été commencé trop tard pour produire un changement », supposent les investigateurs.

Le budésonide n'entrave pas la croissance

Les enfants asthmatiques traités avec du budésonide en inhalation atteignent une taille normale à l'âge adulte. Peu importe la durée du traitement ou la dose cumulative absorbée. C'est ce que viennent d'établir les D^{rs} **Søren Pedersen** et **Lone Agertoft** dans une étude dont les résultats ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine*¹.

Les données des médecins danois soulagent.



Le Dr Søren Pedersen.

Des études précédentes avaient montré que les enfants recevant quotidiennement 400 µg de béclométhasone en inhalation grandissaient d'environ 1,5 cm de moins après un an que ceux qui n'en prenaient pas. Mais personne n'avait encore déterminé les effets de ce type de médicament sur la taille définitive.

Les chercheurs du Kolding Hospital ont donc suivi jusqu'à l'âge adulte 142 enfants asthmatiques traités avec du budésonide. Les sujets ont pris une dose quotidienne moyenne de 412 µg (allant de 110 µg à 877 µg) pendant en moyenne 9,2 ans. Deux groupes témoins ont été constitués :

18 asthmatiques n'ayant jamais reçu de corticostéroïdes et 51 frères et sœurs des patients asthmatiques traités, mais ne souffrant pas eux-mêmes de la maladie.

Un ralentissement de croissance sans conséquence

Une fois arrivés à l'âge adulte, les sujets index avaient une stature normale. La différence entre la taille atteinte et celle qui avait été prévue était de + 0,3 cm chez les sujets traités avec le budésonide, de - 0,2 cm chez les enfants témoins asthmatiques et de + 0,9 cm chez les frères et sœurs.

Le rythme de croissance des enfants qui prenaient le corticostéroïde en inhalation s'est toutefois significativement ralenti durant la première année du traitement. Le taux de croissance moyen, qui était de 6,1 cm par an durant la phase de préinclusion, est descendu à 5,1 cm pendant la première année de traitement, puis est remonté à 5,5 cm dans la

deuxième année, et à 5,9 cm au cours de la troisième.

« Les médecins qui soignent des enfants asthmatiques ne devraient pas s'inquiéter d'un retard de croissance au début du traitement avec le budésonide. C'est normal et cela n'a pas de conséquence à long terme. Les enfants vont probablement grandir un peu plus longtemps et atteindre ainsi leur taille normale. Nous ignorons la raison de ce ralentissement. Ce sera l'objet d'une de nos prochaines études », affirme en entrevue le Dr Pedersen, professeur à l'University of Southern Denmark.

Le chercheur et son collègue n'ont constaté aucune corrélation entre la durée du traitement ou la dose cumulative de budésonide et la différence entre la taille prévue et la taille atteinte. Cette différence n'était pas non plus significativement associée à l'âge où le traitement de budésonide a été entrepris, celui où la taille adulte a été atteinte, à la durée de l'asthme avant l'étude ni au sexe du sujet.

Par contre, un facteur qui entraverait la croissance est la gravité de l'asthme. L'étude indique une corrélation entre les scores de déviation standard pour la taille et le volume expiratoire maximal par seconde avant le début du traitement. « Les enfants de notre étude dont l'asthme était mal maîtrisé grandissaient mal avant de prendre des corticostéroïdes en inhalation. Les parents devraient s'inquiéter quand l'asthme de leur enfant est mal traité, parce que cela peut affecter sa croissance, alors que les corticostéroïdes en inhalation ne la perturbent pas », explique le pédiatre. La taille adulte des enfants dépendait par ailleurs significativement de celle qu'ils avaient avant leur traitement au budésonide.

Repousser la sclérose en plaques

Il est maintenant possible de réduire les risques d'apparition de la sclérose en plaques dès les premiers signes de démyélinisation. Une injection intramusculaire hebdomadaire de

1. Agertoft L, Pedersen S. Effect of long-term treatment with inhaled budesonide on adult height in children with asthma. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1064-9.

◀◀◀ **Suite de la page 31**

30 µg d'interféron β-1a permet de diminuer de 44 % la probabilité que la maladie survienne dans les trois années suivantes, révèlent des données publiées dans le *New England Journal of Medicine*¹.

Le traitement se donne aux premières manifestations de l'affection : névrite optique ; atteinte de la moelle épinière pouvant occasionner des troubles moteurs ou des engourdissements dans les jambes ; lésions du tronc cérébral qui se traduisent par une vision double, des vertiges ou des engourdissements faciaux.

L'essai CHAMPS (Controlled High Risk Subjects Avonex Multiple Sclerosis Prevention Study), menée par le Dr **Lawrence Jacobs**, de la New York School of Medicine à Buffalo, a étudié le cas de 383 patients de 18 à 50 ans qui ont eu d'une part un problème neurologique isolé correspondant à une démyélinisation et, d'autre part, au moins deux lésions cérébrales asymptomatiques d'un diamètre de 3 mm ou plus observées à l'imagerie par résonance magnétique.

Tous les sujets de l'étude ont d'abord eu un traitement initial de corticostéroïdes, médicaments qui retarderaient la survenue d'une seconde crise. Puis, la moitié des sujets randomisés a reçu chaque semaine 30 µg d'interféron β-1a et l'autre un placebo.

Après trois ans de traitement, 35 % des patients prenant de l'interféron et 50 % de ceux qui recevaient le placebo ont eu un second accès de démyélinisation, ce qui établit le diagnostic de la sclérose

en plaques. Quand on tient compte de facteurs comme l'âge, le type de problème initial et le volume des lésions, le risque relatif ajusté des patients index était de 0,49 par rapport au groupe témoin. Les premiers comptaient également moins de nouvelles lésions cérébrales ou de lésions qui se sont étendues, et le volume de celles qu'ils avaient a moins progressé. Après six mois de traitement, l'imagerie par résonance magnétique montrait déjà une différence. L'essai clinique a d'ailleurs pris fin après trois ans plutôt que quatre.

Bientôt traiter plus tôt

« Même si les résultats de l'étude sont quand même modestes, ils indiquent que les patients gagneront à être adressés plus tôt à un spécialiste. Le fabricant de l'interféron β-1a a déposé une demande à la Direction générale de la protection de la santé pour que l'indication de traiter une première manifestation de démyélinisation soit reconnue. Cela pourrait être accordé dans un an », explique le Dr **Pierre Duquette**, directeur de la Clinique de la sclérose en plaques de l'hôpital Notre-Dame, qui a suivi 14 des patients de l'étude. L'essai CHAMPS s'est déroulé dans 50 centres américains et canadiens, dont faisait également partie l'Institut neurologique de Montréal.

Faudra-t-il traiter immédiatement tous les patients ayant une première poussée de démyélinisation dont l'examen par résonance magnétique révèle des anomalies ?

Étonnamment, non. « La majorité de ces patients devront être soignés tôt ou tard. Mais 15 % auront une forme bénigne de la maladie, et 15 % auront de légers handicaps

1. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 898-904.



Le Dr Pierre Duquette.

qui apparaîtront lentement. Donc, en soignant rapidement toutes les personnes qui ont une première crise, on risque d'en traiter 25 à 30 % inutilement », juge le chercheur. Selon son expérience, plusieurs patients pourraient, de toute façon, se montrer réticents à recevoir des injections pendant des années après une seule manifestation de la maladie. « Nous allons essayer

de trouver des facteurs prédictifs d'un bon et d'un mauvais pronostic pour savoir quels patients doivent vraiment être traités au stade précoce de la maladie. »

Les résultats du Dr Jacobs n'ont rien d'étonnant, néanmoins. « Nous savions déjà que le médicament réduisait la fréquence des poussées. Cet essai ne nous indique pas, par ailleurs, si le traitement prévient ou même retarde véritablement la phase de progression secondaire. » Mais l'analyse de certains paramètres des examens d'imagerie par résonance magnétique, qui sera publiée plus tard, pourrait révéler que le traitement d'une première crise ralentit l'atrophie cérébrale, un problème qui commence dès le début de la maladie.

Les effets secondaires de l'interféron β -1a ? Le traitement a provoqué un syndrome grippal chez 54 % des patients prenant le médicament actif et chez 26 % des sujets du groupe témoin. Une dépression a affecté 20 % des patients index et 13 % des sujets témoins.

Diabète gestationnel le glyburide aussi sûr que l'insuline

Tératogènes ? Délétères pour le fœtus ? Efficaces chez les femmes enceintes ? Les sulfonylurées étaient jusqu'à maintenant contre-indiquées durant la grossesse. Une étude vient cependant d'établir que ces molécules peuvent aisément remplacer l'insuline chez les patientes enceintes souffrant de diabète gestationnel.

« Nous avons trouvé que le glyburide donnait aux

femmes atteintes du diabète gestationnel une maîtrise de la glycémie et des résultats périnataux semblables à ceux des patientes qui s'injectaient de l'insuline. Ces résultats sont corroborés par l'absence de différences entre les enfants issus des deux groupes », écrivent des chercheurs américains dirigés par le D^r **Oded Langer**, dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine*¹.

Les médecins ont suivi à San Antonio, au Texas, 404 patientes atteintes d'un diabète gestationnel nécessitant un traitement. Entre la 11^e et la 33^e semaine de grossesse, la moitié des sujets a pris de l'insuline, et l'autre du glyburide.

Les chercheurs avaient déjà montré, dans des études de laboratoire, que le glyburide ne traversait pas le placenta humain en quantités appréciables, contrairement aux anciennes sulfonylurées et à la metformine. Le produit n'a pas non plus été détecté dans le sérum du cordon ombilical des enfants dans cette étude-ci.

Le D^r Langer et ses collaborateurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les enfants des mères des deux groupes. Un pourcentage analogue de bébés chez les femmes prenant du glyburide et chez les mères traitées avec de l'insuline :

- souffraient de macrosomie foétale (7 % et 4 % respectivement) ;
- ont souffert de complications pulmonaires (8 % et 6 %) ;
- ont eu une hypoglycémie (9 % et 6 %) ;
- ont été admis à l'unité de soins néonataux (6 % et 7 %) ;
- et présentaient des anomalies foetales (2 % et 2 %).

Chez les mères, la glycémie, qui était avant l'étude de 6,4 mmol/L dans le groupe prenant du glyburide et de 6,5 mmol/L dans celui recevant de l'insuline, est descendue à 5,9 mmol/L durant le traitement dans les deux groupes. Huit des 201 femmes qui s'administraient cette sulfonylurée ont cependant eu besoin de recourir à l'insuline parce qu'elles ne parvenaient pas à maîtriser suffisamment leur glycémie. « Chez les femmes présentant un diabète gestationnel, le glyburide est une solution cliniquement efficace qui peut remplacer l'insulinothérapie », concluent les auteurs.

Homologation d'Avelox

Une nouvelle quinolone, la moxifloxacin (Avelox[®]), vient d'être approuvée par Santé Canada. Ses indications

1. Langer O, Conway DL, Berkus MD, et al. A comparison of glyburide and insulin in women with gestational diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1134-8.

:
le traitement de la sinusite bactérienne aiguë, de la pneumonie extrahospitalière et de l'exacerbation bactérienne aiguë de la bronchite chronique.

Agissant rapidement, le médicament diffuse dans l'ensemble de l'organisme et atteint sa concentration plasmatique maximale en moins de trois heures. Il a été détecté dans la salive, les sécrétions nasales et bronchiques, la muqueuse des sinus et les muscles squelettiques. Ses concentrations tissulaires sont souvent supérieures aux concentrations plasmatiques.

Pratique, la moxifloxacine, qui se présente sous forme de comprimés de 400 mg, ne doit être prise qu'une fois par jour, avec ou sans nourriture. La durée de la thérapie dépend du type d'infection. Une bronchite nécessite cinq jours

de traitement, une pneumonie extrahospitalière 10 jours, et une sinusite aiguë de 7 à 10 jours. Le prix du nouvel antibiotique ? Environ 35 \$ pour cinq jours de thérapie et quelque 65 \$ pour 10 jours. En ce qui concerne les interactions médicamenteuses, le malade doit éviter la prise concomitante d'antiacides contenant du magnésium ou de l'aluminium.

Quels sont les effets secondaires de ce nouvel antibiotique ? Quelque 6700 cas de patients ayant pris de la moxifloxacine, généralement à une dose de 400 mg par jour, ont été étudiés. La plupart des réactions indésirables observées étaient passagères et d'intensité légère ou moyenne et n'ont pas exigé de traitement. Les plus fréquentes ont été les nausées (7 %), la diarrhée (5 %), des étourdissements (3 %), des douleurs abdominales (2 %),

des maux de tête (2 %) et des vomissements (2 %). Le médicament serait également susceptible d'allonger l'espace Q-T sur l'électrocardiogramme de certains patients. La moxifloxacine est actuellement homologuée dans 37 autres pays, dont les États-Unis.

Cancer colorectal métastatique

***une première thérapie
par voie orale***

Le Xeloda® (capécitabine) vient d'être homologué par Santé Canada pour le traitement de première intention du cancer colorectal métastatique. Il s'agit du premier

Suite page 168 >>>

index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ASTRAZENECA

Losec 68-69 142-143

AVENTIS PHARMA INC.

M-Eslon 5 147

BELL CANADA

..... couv. III

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA)

LTÉE

Wellbutrin 25 140-141

BRISTOL-MYERS SQUIBB/SANOFI-

SYNTHELABO

Plavix 19,21 148-149

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 168

FONDATION DES MÉDECINS DU

QUÉBEC

..... 30

FORUMS DES RÉGIES RÉGIONALES

..... 70

GLAXO WELLCOME INC.

Flonase 29 146

Flovent 27 138-139

Serevent 34 136-137

MERCK FROSST CANADA & CIE

Cozaar 12 132-135

Vioxx 38 152-155

Zocor couv. IV 144-146

PARKE-DAVIS/PFIZER CANADA INC.

Fem Hrt 36-37 165-167

PFIZER CANADA INC.

Aricept 58-59 130

Norvasc couv. II 164

Viagra 60 150-151

Zithromax 88-89 158-159

Zoloft 23

PHARMACIA & UPJOHN INC.

Depo-Provera ... 100 106

SERVIER CANADA INC.

Coversyl 6 98

SMITH & NEPHEW INC.

Allewyn 48

SMITHKLINE BEECHAM PHARMA

Paxil 10-11 156-157

STIEFEL CANADA INC.

Prevex 17 127

WYETH-AYERST CANADA INC.

Effexor anx. 46-47 160-163

Effexor dép. ... 32-33

Triphasil 8 90

167

agent chimiothérapeutique donné par voie orale pour soigner ce type de tumeur.

Déjà approuvée pour le cancer du sein métastatique, la capécitabine est un antinéoplasique activé par la tumeur. La thymidine-phosphorylase, qui se trouve en concentration particulièrement élevée dans la masse cancéreuse, permet la transformation du médicament en 5-fluoro-uracile (5-FU), un produit qui cause des lésions cellulaires.

L'efficacité du produit ? Deux études de phase III ont comparé la capécitabine et le traitement standard du cancer colorectal, soit l'association de 5-FU et de leucovorine administrés par voie intraveineuse (protocole Mayo). Aucune différence n'a été notée dans le taux de survie ni dans la période de répit avant que la maladie progresse. La capécitabine donnait néanmoins un taux de réponse plus élevé (21 %) que la combinaison des deux médicaments (11 % et 14 % selon l'étude).

La capécitabine provoque différentes réactions secondaires, dont les principales sont la diarrhée, les nausées, la stomatite, la fatigue, la dermatite, l'anémie, la lymphopénie, l'hyperbilirubinémie et le syndrome d'érythème palmoplantaire. Le taux de ces effets indésirables est généralement inférieur ou égal à celui des réactions que produit l'association de 5-FU et de leucovorine. Le syndrome d'érythème palmoplantaire, toutefois, apparaît beaucoup plus souvent chez les patients (53 %) qui prennent la capécitabine.

Le médicament a déjà été homologué pour le cancer colorectal métastatique dans l'Union européenne, en Russie et en Nouvelle-Zélande.