

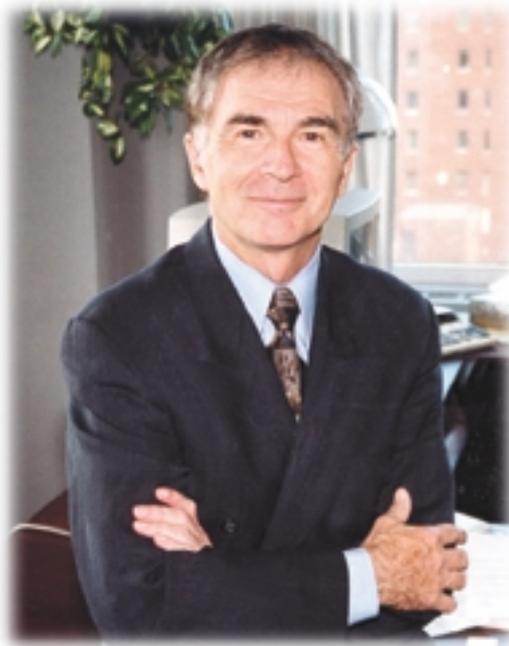
# Rapport de la commission Clair

## réactions de la FMOQ

Le 17 janvier dernier, sous le regard des caméras, M. **Michel Clair**, président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présentait en direct son rapport, *Les Solutions émergentes*. Le grand intérêt du document ? Le modèle d'organisation de soins de première ligne qu'il préconise et l'importance qu'il accorde aux médecins de famille, estime le D<sup>r</sup> **Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

S'inspirant du mémoire de la Fédération, le document recommande que les soins médicaux généraux soient assumés par des groupes de médecine familiale composés de 6 à 10 omnipraticiens bénéficiant de la collaboration d'infirmières et offrant une gamme de services (voir l'encadré, page 2).

Photo : Emmanuèle Garnier.



Le D<sup>r</sup> Renald Dutil.

Mais même s'il juge favorablement le rapport, le D<sup>r</sup> Dutil y relève une lacune importante : le document glisse sur les moyens de réaliser le modèle proposé. La réforme éventuelle des soins généraux se heurtera à un obstacle majeur, la pénurie d'omnipraticiens et d'infirmières. Et le document se fait vague sur ce problème. « Il ne contient pas d'indication claire sur le nombre de médecins et d'infirmières nécessaires pour réaliser le modèle préconisé », note le président.

Et comment sera financée la réorganisation envisagée ? Elle ne pourra être effectuée

avec les enveloppes budgétaires actuelles, estime le président. « Le rapport de la Commission mentionne d'une façon assez floue un budget de transition pour organiser les soins de première ligne. Mais au-delà de cet énoncé, il n'avance pas de propositions très précises sur les ressources additionnelles requises. »

### Un contrat avec le DRMG ?

*Les Solutions émergentes* comportent 36 recommandations et 59 propositions. Certaines cependant nécessiteraient des éclaircissements. Le rapport suggère par exemple « un nouveau mode d'entente contractuelle entre les *Groupes de médecine de famille* et le département régional de médecine générale (DRMG) de la région régionale ». Quelle serait la nature exacte de ces contrats ? Pourraient-ils restreindre le choix des lieux où les médecins peuvent s'installer ? Car le nouvel omnipraticien qui s'installe dans une

### Syndigraphies, ce mois-ci

Rapport de la commission Clair réactions de la FMOQ .....	1
Réaction du Collège des médecins du Québec un plan Marshall pour le système de santé .....	3
Projet Janus pour mieux connaître les omnipraticiens canadiens .....	4
Bureau de la FMOQ 2000-2001 .....	5
L'informatisation des cabinets : intéressant mais déficitaire entrevue avec le D <sup>r</sup> Claude Saucier .....	18
Implantation des DRMG : les étapes franchies .....	20

sommaire de la revue, page 7 >>>

## Une première ligne médicale assurée par des groupes de médecine familiale

Dans son rapport *Les Solutions émergentes*, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux mise sur l'organisation d'un réseau de services de première ligne composé de services de base, sociaux et médicaux. La Commission propose la création de groupes de médecine familiale pour assumer le volet médical de ce réseau partout au Québec.

### Une équipe responsable

Un groupe de médecine familiale serait constitué par une équipe de 6 à 10 médecins de famille pratiquant soit dans un cabinet, soit dans un CLSC. Ceux-ci travailleraient en étroite collaboration avec deux ou trois infirmières, cliniciennes ou praticiennes, qui participeraient à la prise en charge des personnes et à la coordination des services. Ce groupe serait responsable d'un certain nombre de « clients » à qui il offrirait toute une gamme de services. La Commission suggère que cette approche soit implantée partout au Québec, tant en milieu rural que dans les centres urbains.

### Une clientèle définie

Pour la Commission, les médecins et infirmières ainsi regroupés s'engageraient à fournir les soins de santé de première ligne nécessaires aux citoyens qui les auraient choisis et qui constitueraient dorénavant leur clientèle attitrée. Les services offerts par le groupe seraient dispensés dans un délai raisonnable, dans le lieu le plus pertinent, et une garde devrait être assurée 24 heures par jour, 7 jours par semaine par l'équipe médicale.

### Une gamme de services

Les services offerts par les groupes de médecine familiale incluraient : la prise en charge et le suivi de l'état de santé, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies aiguës et chroniques, la demande de consultation de services psychosociaux, le travail en réseau avec d'autres groupes de médecine familiale, avec le CLSC, le centre d'hébergement ou l'hôpital, le recours à des programmes spécifiques selon les besoins de la clientèle du groupe et de la population desservie par le CLSC. Un groupe de médecine familiale

pourrait de plus participer, sur une base contractuelle et en collaboration avec les professionnels des deuxième et troisième lignes et les CLSC, à la mise sur pied de réseaux de services intégrés, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

### Une rémunération adaptée

Le mode de rémunération des médecins de famille serait établi selon un mode mixte : en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques sociosanitaires, de la participation à certains programmes (urgences, centres d'hébergement, interventions auprès de groupes vulnérables prioritaires, programmes de CLSC, etc.), de la nature des interventions (prévention, type d'actes, etc.).

### Un mandat attribué aux régies régionales

La responsabilité de l'organisation de ces groupes serait confiée aux régies régionales de la santé et des services sociaux, plus précisément à leur département régional de médecine générale.

### Un coup de pouce à l'implantation

Enfin, pour soutenir l'implantation d'une telle mesure, stimuler et susciter rapidement l'émergence de groupes et articuler des modalités d'organisation plus précises, la Commission recommande la mise sur pied d'un groupe de soutien. Sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce groupe devrait être composé de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels cliniques issus du milieu de la première ligne et reconnus pour leur expertise. La Commission propose également qu'il soit dirigé par un médecin de famille réputé.

### Des objectifs clairs

La Commission souhaite que près d'une quarantaine de projets voient le jour au cours de l'année 2001 et que, d'ici cinq ans, 75 % de la population du Québec soit inscrite à un groupe de médecine familiale.

**Source :** Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

région devra forcément se joindre à un groupe de médecins et adhérer à un accord signé avec le DRMG.

La commission Clair propose également un concept nouveau au Québec : l'inscription des patients auprès d'un groupe de médecins. La FMOQ ne s'oppose pas à l'idée. « Nous pouvons concevoir que l'inscription de la clientèle soit utile dans les grands centres urbains. Mais nous souhaitons qu'elle soit très souple et se fasse sur une base volontaire, comme celle qui est progressivement implantée en Ontario dans des projets pilotes. Par contre, dans les régions où il n'y a qu'un groupe de médecins de famille, l'inscription n'apparaît pas nécessaire. »

Le rapport renferme également une suggestion qui engendre des appréhensions : un service de garde 24 heures par jour assumé par des équipes médicales. La proposition n'alarme toutefois pas le président. « Lorsqu'on discute avec les commissaires et qu'on lit leur rapport, on constate qu'ils n'ont pas l'intention d'accroître la tâche actuelle des omnipraticiens. Elle est déjà trop lourde pour plusieurs d'entre eux. » L'accès permanent à un service de première ligne peut d'ailleurs être offert avec tous les éléments actuels du réseau : Info-santé, les salles d'urgence fonctionnant la nuit et les cliniques sans rendez-vous ouvertes de 8 h à 21 h. « La création de groupes de médecine familiale ne viendra pas augmenter la tâche des omnipraticiens. Au contraire, elle devrait leur faciliter le travail. Certaines expériences l'ont montré », assure le président.

### Contre une hausse d'impôts

Outre la question de l'organisation des soins de santé, *Les Solutions émergentes* abordent celle du financement du système. « Le chapitre le plus faible », juge le D<sup>r</sup> Dutil. La section propose plus de transparence. Bien. La création d'une « caisse-vieillesse ». Plus controversé. La Commission souhaitait, en proposant ce régime d'assurance contre la perte d'autonomie, que la société puisse continuer à fournir les services nécessaires au nombre croissant de personnes âgées.

« La mesure proposée se traduirait par une hausse d'impôts », désapprouve le président. Le D<sup>r</sup> Dutil aurait plutôt aimé trouver dans le rapport des propositions visant à diminuer les coûts de la bureaucratie. « Les sommes épargnées auraient pu être utilisées pour ajouter des ressources additionnelles. »

Le chapitre sur la « gouverne », par contre, est plus satisfaisant. Il contient en filigrane le souci d'intégrer davantage les médecins à la gestion du réseau de la santé. Finalement, selon le D<sup>r</sup> Dutil, *Les Solutions émergentes* constituent un rapport intéressant qui s'inscrit dans les orientations de la Fédération.

## Réaction du Collège des médecins du Québec

### un plan Marshall pour le système de santé

« Le rapport de la commission Clair est un peu comme le plan Marshall qui a permis de reconstruire l'Europe après la guerre. Le réseau de la santé a été jeté par terre durant les 10 dernières années, et la Commission nous indique comment le relever. » Enthousiasmé par le document, le D<sup>r</sup> Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec (CMQ), se montre laudatif.

« Le rapport propose une vraie première ligne, et je pense que c'est sur ce point qu'il faut agir le plus rapidement », explique le D<sup>r</sup> Lamontagne dans la conférence de presse organisée la journée même du dépôt du rapport. La voie proposée lui semble réaliste et réalisable. « Mais à condition que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse enfin ce que le Collège et la commission Clair recommandent : que les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé soient considérés comme des partenaires essentiels, tant dans l'organisation que dans la prestation des soins. »

### Des mots oubliés : fierté, confiance

Le D<sup>r</sup> Lamontagne retrouve avec satisfaction

Le D<sup>r</sup> Yves Lamontagne.

4

dans le rapport *Les Solutions émergentes* plusieurs des suggestions que le CMQ avait soumises à la commission Clair. Ainsi, le document recommande d'investir dans l'équipement technologique et les systèmes d'information destinés aux professionnels de la santé. L'idée d'affilier des cliniques spécialisées à des hôpitaux a également été retenue. « De cette manière, les soins de deuxième ligne pourront être donnés dans des cliniques. Cela pourrait permettre à certains malades d'être soignés plus rapidement, qu'ils aient besoin d'une chirurgie d'un jour ou d'avoir accès à un service de radiologie. » La Commission envisage aussi la création de « corridors de services » entre l'hôpital local, l'établissement régional et le centre suprarégional ou surspécialisé. « Il est clair qu'on ne peut pas avoir des instituts de cardiologie partout au Québec. Il faut centraliser », approuve le D<sup>r</sup> Lamontagne.

En lisant le chapitre du rapport sur les ressources humaines, le président du CMQ a

*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 – Convention n°1419250 – Enregistrement n° 09832.

par ailleurs eu le bonheur d'y retrouver des mots que l'on n'entend plus prononcer dans le réseau de la santé : fierté, confiance, compétence. La morosité qui y sévit actuellement a d'ailleurs un prix. Entre 1993 et 1999, les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 25 % pour le personnel du réseau de la santé. La principale cause : la hausse des problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel et à la dépression, mentionne le rapport. « Il y a donc un énorme travail à faire. Mais la Commission propose des pistes : formation continue, mentorat, gestion locale, reconnaissance de la compétence et prépondérance de l'expérience sur l'ancienneté. »

Mais est-ce le bon rapport au mauvais moment ? s'inquiète le président du CMQ, ayant en mémoire le sort qui a été réservé au rapport de la commission Arpin. « Je me demande si le rayon d'espoir que donne la commission Clair ne sera malheureusement pas balayé par les intérêts politiques à court terme de ceux et celles qui ont pourtant le mandat de représenter toute la population. »

## Projet Janus

### pour mieux connaître les omnipraticiens canadiens

Le projet Janus est maintenant en cours. Les 30 000 médecins omnipraticiens du Canada, dont les 7000 du Québec, ont commencé à recevoir un questionnaire sur leur pratique.

Les données nationales que permettra de recueillir l'enquête seront utiles à plus d'un titre. « Comme groupe, nous pourrions utiliser ces résultats pour témoigner de tout ce que font les médecins de famille. Ces données permettront de valoriser l'image de l'omnipraticien et de son travail. Elles seront utiles autant pour la recherche que pour la

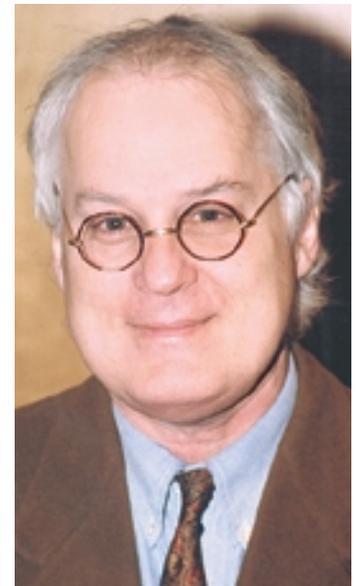
Le D<sup>r</sup> Jean Rodrigue.



Photo : MQ.

Le Dr Harold Dion.

négociation. De plus, comme ce sondage est pancanadien, il sera possible d'établir des comparaisons intéressantes sur la pratique de la médecine générale au Québec et dans les autres provinces », explique le Dr **Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la régionalisation à la FMOQ.

« Jusqu'à présent, il n'y avait pas de données sur les médecins de famille du Québec et du Canada ni sur leurs activités professionnelles, affirme de son côté le Dr **Harold Dion**, président du Collège québécois des médecins de famille (CQMF). Avec les résultats

recueillis, nous pourrions approcher les instances gouvernementales pour améliorer les services de santé. Ces données fourniront également des pistes pour ajuster la gestion des soins. »

Le projet Janus est une initiative du Collège

des médecins de famille du Canada à laquelle participent le CQMF et la FMOQ. Les premiers résultats devraient être divulgués cet automne.

## Une enquête novatrice

Le projet Janus moissonnera d'intéressantes informations dans plusieurs domaines. Il sondera le milieu et le profil de pratique des généralistes, la répartition de leur temps entre leurs différentes activités, leurs champs d'intérêt, l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, les gardes, l'accès aux services de santé, l'utilisation des technologies de l'information et la formation médicale continue.

Des données très utiles sont attendues dans le domaine des effectifs médicaux. Elles devraient donner une image précise des ressources en médecine générale dans les différentes régions et permettront de faire des parallèles. Mais l'enquête va plus loin. Les médecins interrogés indiqueront s'ils ont modifié leur pratique pendant les deux dernières années ou s'ils ont l'intention de le faire dans les deux prochaines. « Nous serons capables de mieux explorer les raisons pour lesquelles des médecins quittent un endroit pour un autre », explique le Dr Rodrigue.

La pratique médicale est également analysée pour permettre d'éventuels ajustements. Par exemple, dans le domaine de la prévention. « Nous verrons dans quelle mesure les médecins omnipraticiens incluent cet aspect dans leur pratique. Cela permettra de mieux cerner les secteurs où les médecins sont les plus actifs et ceux où ils devraient être incités à l'être davantage », dit le Dr Rodrigue.

Ce type de sondage est novateur. « Les résultats de la première enquête du projet Janus, effectuée en 1998, ont été considérés comme avant-gardistes quand ils ont été dévoilés à Dublin, au congrès de la World Organization of National Colleges (WONCA). Les données de ce sondage-ci devraient être présentées à la prochaine rencontre, qui aura lieu en Afrique du Sud », explique le Dr Dion.

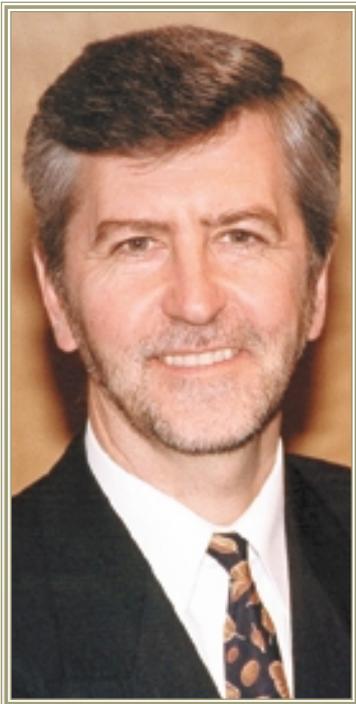
## Bureau de la FMOQ 2000-2001



Photo : Emmanuelle Garnier.

Dans l'ordre habituel, les Drs **Marc-André Asselin**, secrétaire général, **Yves Langlois**, 4<sup>e</sup> administrateur, **William Barakett**, 2<sup>e</sup> vice-président, **Raymonde Vaillancourt**, 1<sup>re</sup> administratrice, **Louis Godin**, 1<sup>er</sup> vice-président, **Renald Dutil**, président, **Michel Lafrenière**, 3<sup>e</sup> administrateur, **Georges-Henri Villeneuve**, trésorier, et **Claude Saucier**, 2<sup>e</sup> administrateur.

Suite page 18 >>>



*Le D<sup>r</sup> Claude Saucier.*

## ***L'informatisation des cabinets : intéressant mais déficitaire***

*entrevue avec le D<sup>r</sup> Claude Saucier, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval  
et chef du Département régional de médecine générale (DRMG)*

**M. Q. – Le comité sur l'informatisation des cliniques et des cabinets privés, dont vous êtes le président, a été mis sur pied il y a presque un an. Vous avez rencontré des omnipraticiens et des fonctionnaires responsables du dossier. Que ressort-il de ces consultations ?**

**C. S. –** Professionnellement, l'informatique est intéressante pour les médecins. On peut penser au système de demandes d'analyses et de résultats ou à un système d'aide à la prescription qui donne accès

aux données du CPS et indique les interactions médicamenteuses. Tout cela est très utile. Cependant, sur le plan financier, l'informatisation n'est pas rentable. Elle entraîne des frais d'achat, de fonctionnement et d'entretien, et n'engendre aucune économie.

D'un point de vue pratique, l'informatique suscite également des réticences. Certains médecins voient l'ordinateur comme un troisième acteur : ils ne sont plus seuls avec leur patient, il y a aussi la

machine. Les omnipraticiens craignent qu'elle ne nuise à la relation. De plus, pour l'instant, l'utilisation de l'ordinateur n'est pas aisée, à moins d'avoir un excellent doigté.

Beaucoup d'omnipraticiens nous ont également confié qu'ils hésitent à informatiser leur cabinet devant les tergiversations du gouvernement. Comme l'informatique évolue très vite, ils se demandent s'il vaut la peine d'investir maintenant et d'avoir à adapter leur équipement dans quelques années, quand le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sera fixé.

**M. Q. – Quelle est la position du gouvernement ?**

**C. S. –** Les fonctionnaires responsables du dossier de l'informatisation nous ont expliqué les priorités du Ministère. La pre-

mière est d'informatiser les établissements. Actuellement, à peine 30 % des laboratoires du Québec le sont, et quelque 5 % des hôpitaux peuvent recourir à l'imagerie médicale grâce à un système d'archivage d'images informatisées. Ces chiffres montrent l'ampleur de la tâche qui attend le gouvernement. Et comme le Ministère ne veut pas déboursier d'argent, il faudra que les établissements s'informatisent à même leur budget.

Le deuxième projet important pour le MSSS est la création d'une structure qui permette l'échange d'informations cliniques entre les établissements. En troisième lieu seulement arrivent la mise sur pied d'un réseau informatique entre les cabinets privés et le système public ainsi que l'utilisation de la carte-santé qui donne accès au dossier du patient. Et finalement,

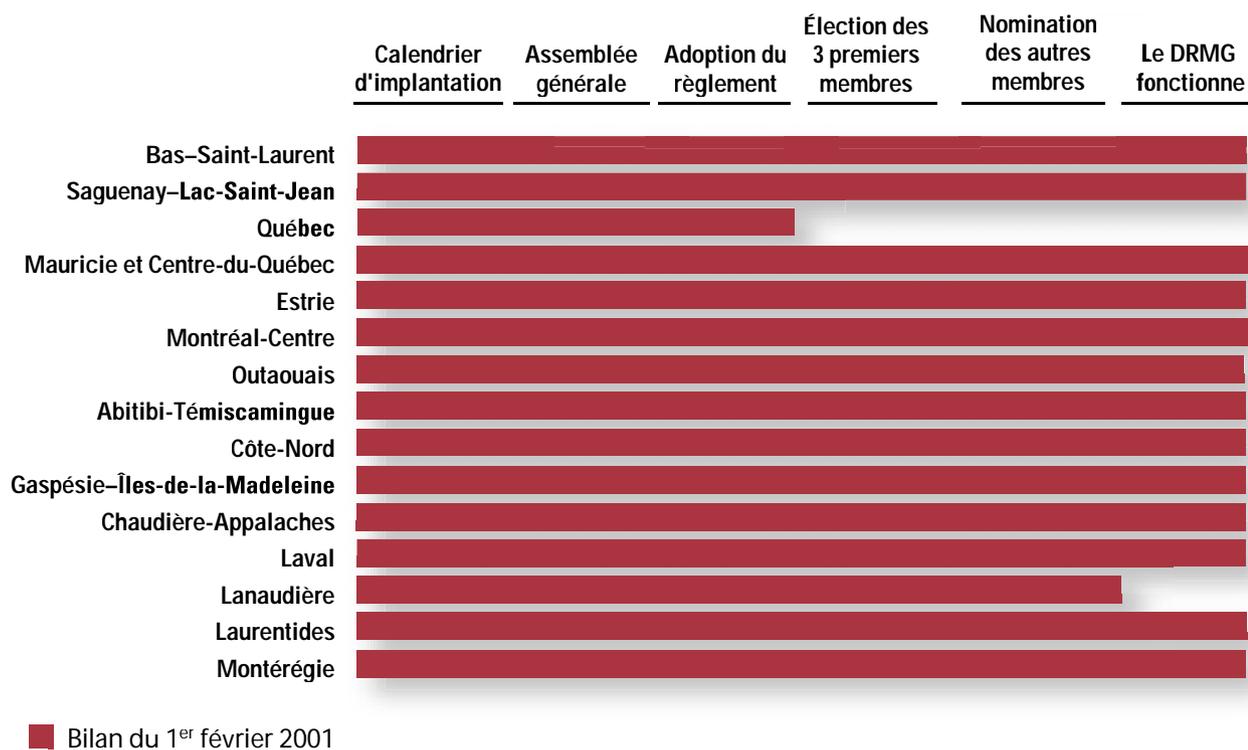
au quatrième rang, il y a le déploiement de la télésanté.

En tant que membre du comité, je ne sens pas que le gouvernement a une grande volonté politique d'informatiser le réseau des cabinets. Cependant, si les établissements s'équipent sans que les cliniques privées le soient, ils devront fonctionner en vase clos. Il n'y aura pas de contacts directs entre hôpitaux et cabinets, ni de continuité d'information dans les dossiers. Les malades sont pourtant suivis avant et après leur hospitalisation par les médecins des cliniques.

**M. Q. – Où en sont les travaux du comité ?**

**C. S. –** Nous avons terminé la première partie de notre mandat. Le président de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Dutil, nous avait demandé dans un premier temps de faire l'état de la situation sur les projets informatiques en

## Implantation des DRMG : les étapes franchies



cours dans les cliniques et les cabinets privés. Nous avons donc rencontré des omnipraticiens qui y travaillent. Nous sommes également entrés en contact avec les responsables des dossiers informatiques au ministère de la Santé et à la société de gestion informatique SOGIQUE.

Nous allons faire le point sur cette première phase, puis commencer la seconde partie du mandat. Il nous faudra alors élaborer une approche pragmatique et progressive de l'informatisation du travail clinique dans les cabinets privés. Nous devons également déterminer quel est l'équipement informatique nécessaire pour faire partie du réseau et en évaluer les coûts. Nous ferons ensuite des recommandations au Bureau de la Fédération, qui négociera éventuellement la question de l'informatisation des cabinets avec le MSSS.

**M. Q. – Le DRMG de votre région, dont vous êtes le chef, fonctionne depuis l'au-**

**tomne. Quels sont les projets qui l'attendent ?**

**C. S. –** Évidemment, il y a les grands mandats qui sont dévolus au Département régional : les plans régionaux des effectifs médicaux (PREM), les plans régionaux d'organisation des services (PROS) et les activités médicales prioritaires (AMP). Mais autant on doit s'occuper de ces grandes mesures au fil du temps, autant il faut faire des gestes concrets à court terme. Nous avons donc entrepris deux projets qui pouvaient être réalisés rapidement.

Le premier est une entente de service entre la Régie régionale de Laval et une polyclinique. Cet accord permet d'offrir actuellement à la population lavalloise un service de consultations sans rendez-vous les samedis et les dimanches soir de novembre à la mi-avril, la période la plus critique de l'année. La régie a accepté de payer tous les frais qu'entraîne l'ouverture

de la clinique. L'Association avait déjà travaillé à élaborer une telle entente il y a trois ans.

**M. Q. – Et le second projet ?**

**C. S. –** Il s'agit d'un projet de collaboration entre deux cabinets privés et deux CLSC. Une ou deux demi-journées par semaine, une infirmière du CLSC occupera un bureau de la clinique. Les médecins sur place pourront lui adresser les personnes âgées qui sont en train de perdre leur autonomie, les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique ou de maladie cardiaque athéroscléreuse. Il s'agit de l'équivalent d'un guichet unique où l'infirmière aura un rôle d'agent de liaison entre les ressources du milieu et les patients avant que l'état de ces derniers se détériore et qu'ils se retrouvent sur une civière à l'urgence de l'hôpital.

Nous croyons que si une infirmière est sur place, là où se trouvent les patients et

les médecins, le projet a de meilleures chances d'être efficace. Cette manière de travailler permettra également de créer des liens entre les professionnels de la santé et de faciliter l'échange d'informations sur une clientèle lourde. Ce projet, dont la régie régionale paiera les coûts, sera supervisé par le DRMG. Nous espérons que cela pourra débiter en février. La réussite de ces projets va nous aider à montrer le rôle que peut jouer le DRMG dans son milieu et l'importance que les médecins en fassent partie.

**M. Q. – Comment le DRMG est-il perçu par les médecins ?**

**C. S. –** Les médecins éprouvent une grande méfiance à son égard. Nous avons du travail de terrain à accomplir pour les convaincre que le département est constitué par eux et pour eux. Il a été créé pour que la première ligne soit mieux organisée et mieux structurée, mais il s'agit de leur département. Cependant, le fait que le comité de direction soit représentatif des médecins de la région me semble rassurant. Nos membres sont issus du milieu, entre autres des cliniques.

**M. Q. – Quels seront les prochains gestes du Département ?**

**C. S. –** Les prochaines initiatives consisteront à dresser un inventaire des besoins et des ressources disponibles. Qu'est-ce qui se fait déjà à Laval et qui fonctionne bien ? Quels sont nos points forts et nos points faibles ? Nous allons rencontrer les médecins pour connaître

la réalité des différentes sous-régions. Laval n'occupe pas un grand territoire, mais sa population est très dense. La ville compte 350 000 habitants et environ 260 omnipraticiens.

**M. Q. – Votre région souffre-t-elle comme bien d'autres d'une pénurie d'effectifs ?**

**C. S. –** Les données de l'an dernier du Collège des médecins du Québec indiquent que la région la moins bien pourvue en omnipraticiens, après Lanaudière, est Laval. Notre population est en pleine croissance et connaît un vieillissement accéléré. Mais le nombre de médecins n'augmente pas. Pourtant, les besoins grossissent.

La Cité de la Santé est le grand établissement public de la région. Contrairement aux autres hôpitaux, où des lits sont supprimés, celui-ci en gagne. Depuis quatre ans, presque 180 lits ont été ajoutés aux 350 déjà en place. Cela accroît la charge de travail des omnipraticiens qui sont les médecins traitants. En ce qui concerne les centres d'hébergement de soins de longue durée, ils comptent maintenant 300 lits de plus. Et un nouvel établissement vient de voir le jour, le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval.

Le problème est qu'entre mars 1997 et mars 2000, le nombre d'omnipraticiens est resté le même à Laval. Il faut dire que les nouveaux médecins n'ont droit qu'à 70 % de leur rémunération, qu'ils pratiquent à l'hôpital ou dans un cabinet.

**M. Q. – Quelles solutions peut-on**

**envisager ?**

**C. S. –** Nous devons partager la pénurie d'effectifs avec les autres régions. Nous ne sommes évidemment pas les seuls à souffrir du manque de médecins. À Laval, nous allons devoir user d'imagination pour rendre le recrutement plus efficace. Il nous faut faire valoir le dynamisme de l'équipe médicale, et aussi le fait que nous possédons un réseau d'infrastructures relativement récent et efficace.

Dans le contexte actuel de pénurie, l'un des gestes que le gouvernement pourrait faire serait d'abolir les plafonds trimestriels dans les cabinets privés. Cette mesure permettrait à des médecins de travailler davantage et de voir plus de patients.

Le DRMG, pour sa part, doit essayer de rendre le réseau de première ligne plus efficace grâce à la collaboration de tous ses membres. Malheureusement, il ne dispose actuellement que de peu de leviers pour inciter les omnipraticiens à participer.

La commission Clair nous donne aussi des pistes de solutions en ce qui concerne la première ligne. Déjà, plusieurs groupes de médecins de famille sont responsables d'une gamme de services. Qu'on leur donne les moyens de mieux assumer encore leurs responsabilités et les outils nécessaires. En Ontario, le gouvernement a l'intention d'injecter environ 250 millions de dollars pour réorganiser la première ligne. Combien le gouvernement du Québec est-il prêt à investir ?

**XIV<sup>e</sup> Congrès syndical de la FMOQ  
jeudi et vendredi, 18 et 19 octobre 2001  
Hilton Montréal Aéroport**



**LA RÉORGANISATION DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE :  
OÙ EN SOMMES-NOUS ET QUE RESTE-T-IL À FAIRE ?**

**ce congrès est ouvert à tous les omnipraticiens**



Le Dr François Boucher.

## Pneumocoque augmentation de la résistance à la pénicilline au Québec

Bonne nouvelle : le taux de résistance du pneumocoque à la pénicilline a diminué au Canada. Il est passé de 14 % en 1998 à 10 % en 2000. Mauvaise nouvelle : au Québec, la proportion de ces bactéries résistantes a doublé de 1996 à juin 2000,

où elle a atteint 18 % (voir la figure).

« La raison pour laquelle le taux de résistance a augmenté au Québec mais a diminué au Canada n'est pas claire. La réduction de la consommation des pénicillines a été moins marquée dans notre province que dans le reste du Canada. Cela pourrait peut-être expliquer que le taux de résistance au Québec tarde à baisser. Je pense qu'il reste encore beaucoup de travail de sensibilisation à faire, surtout au Québec », estime le Dr **François Boucher**, professeur de pédiatrie à l'Université Laval et membre du Programme national d'information sur les antibiotiques.

Il faut toutefois préciser que les données canadiennes et québécoises sur cette résistance viennent de deux sources différentes : les premières ont été récoltées par le Réseau canadien de surveillance des bactéries, et les secondes par le Laboratoire de santé publique du Québec. Tous deux surveillent de près *Streptococcus pneumoniae*. La bactérie est la première cause de nombreuses infections extrahospitalières : les otites moyennes aiguës,

les sinusites, les méningites et les pneumonies. « C'est l'organisme contre lequel on souhaite pouvoir agir le plus rapidement possible », explique le Dr Boucher.

Cependant, une nouvelle résistance, cette fois aux quinolones, pointe déjà chez le pneumocoque. Elle est encore modeste : 1,4 % au Canada. C'est néanmoins un signal d'alarme. « Il va falloir que l'on fasse encore une fois attention à l'utilisation appropriée des antibiotiques pour que cette résistance ne devienne pas un véritable problème. »

### SARM chez l'Oncle Sam

Mais si le pneumocoque résistant à la pénicilline est préoccupant à l'extérieur des hôpitaux, à l'intérieur, c'est le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) qui commence à être craint. Infiltré dans de nombreux hôpitaux américains où il règne de manière endémique, le microorganisme a commencé à se glisser dans les centres hospitaliers canadiens, qui avaient espéré y échapper grâce à leur programme de surveillance et d'éducation. Le taux de personnes colonisées par le SARM n'est encore que de 4 sur 1000 patients hospitalisés au Canada, mais il inquiète. En 1995, il n'était que de 0,5.

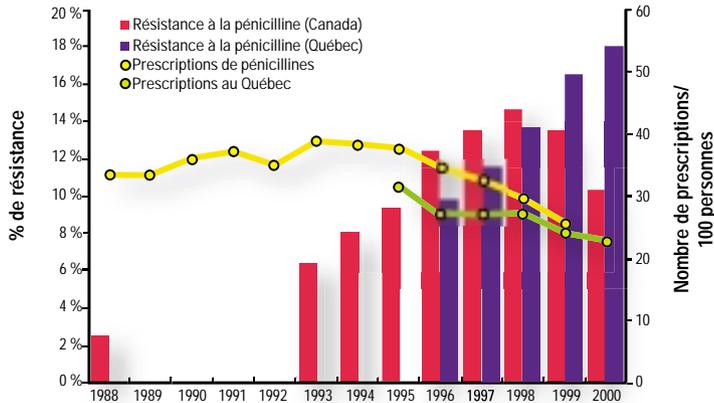
« Cette augmentation a-t-elle un rapport avec la réorganisation du système de soins ? C'est possible. Aujourd'hui, il faut faire plus avec

## Échographies, ce mois-ci

Pneumocoque	
augmentation de la résistance à la pénicilline au Québec .....	24
Méningocoque	
bilan de la campagne de vaccination .....	25
Staphylocoque doré	
un périple du nez au système sanguin .....	113
Pression artérielle	
encore moins de sel pour les hypertendus .....	119
Approbation de l'éprosartan .....	123
Bris de condom ?	
il existe un plan B .....	129
Ménopause	
réduire le taux de cholestérol LDL par un régime de vie sain .....	129
Une superstatine pour les dyslipidémies mutines .....	133
Antagonistes de l'acide folique	
les risques d'anomalies .....	135

## nouvelles médicales, par Emmanuèle Garnier

### Taux de résistance du pneumocoque à la pénicilline et prescription d'antibiotiques



Sources : CBSN 1988-2000 et LSPQ 1996-1999.

moins. Les gens ont-ils autant le temps de se laver les mains et d'appliquer les mesures préventives pour éviter la dissémination du SARM? Des études essaient de le déterminer. » La situation pourrait éventuellement s'aggraver, puisque certains SARM commencent à se blinder aussi contre la vancomycine.

### Méningocoque bilan de la campagne de vaccination



Le Dr Philippe De Wals.

La campagne de vaccination massive effectuée pendant l'hiver 1992-93 contre le méningocoque a été fructueuse. Elle a permis d'éviter une cinquantaine de cas d'infection, dévoile le Dr **Philippe De Wals**, de l'Université de Sherbrooke, dans un article publié dans le *Journal of the American Medical Association*<sup>1</sup>. « Je regrette seulement qu'on n'ait pas pris ces mesures un an plus tôt. On aurait probablement évité plus de cas et prévenu plus de morts », confie-t-il en entrevue.

Avec ses collaborateurs, les Drs **Gaston De Serres** et

**Théophile Niyonsenga**, le chercheur a analysé les cas d'infection à méningocoque du sérotype C qui ont été signalés de 1990 à 1998 au Québec. Leurs calculs montrent que l'incidence de la maladie est passée de 1,4 par 100 000 personnes entre 1990 et 1992 à 0,3 par 100 000 personnes entre 1993 et 1998, après la campagne de vaccination.

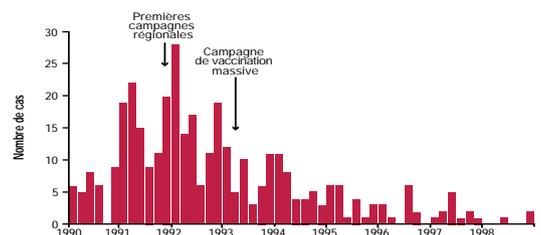
À la fin des années 80, les cas d'infection à méningocoque commencent à se multiplier au Québec. En 1991, les autorités médicales ont d'abord entrepris de vacciner 300 000 élèves. Mais comme l'incidence de la maladie restait élevée, une vaste campagne de vaccination a été déclenchée : 84 % des enfants et des jeunes âgés de 6 mois à 20 ans ont reçu le vaccin (voir la figure).

### Une efficacité en fonction de l'âge

Quelle a été l'efficacité du vaccin ? Elle variait avec l'âge. Le vaccin a bien protégé les jeunes adultes et les adolescents, mais son action n'a été que partielle chez les enfants. Ainsi, chez les personnes âgées de 15 à 20 ans, l'efficacité du vaccin a été de 83 %, elle a baissé à 75 % chez les adolescents de 10 à 14 ans, et chuté à 41 % chez les enfants de 2 à 9 ans. Les bébés et les enfants de moins de deux ans n'ont pas semblé protégés : les huit cas apparus dans ce groupe sont survenus chez des sujets vaccinés.

Selon les données, le vaccin a offert une protection pendant deux ans. Après, les chiffres

### Nombre bimestriel de cas d'infection à méningocoque (sérotype C et autres) déclarés au Québec de 1990 à 1998



Source : JAMA.

Suite page 109 >>>

1. De Wals P, De Serres G, Niyonsenga T. Effectiveness of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcal disease in Quebec. *JAMA* 2001 ; 285 : 177-81.

◀◀◀ *Suite de la page 25*

ne permettent pas de conclure. Une seconde vaccination ne sera pas nécessaire, estime le Pr De Wals. Les cas de maladie à méningocoque du sous-groupe C sont maintenant sporadiques. En outre, le vaccin perd de son efficacité à la deuxième injection. Néanmoins, la méningite à méningocoque reste terrifiante. « Son taux de mortalité est de 15 %, et elle laisse des séquelles qui peuvent inclure la perte de membres chez 15 % des survivants », signale le chercheur qui en a étudié les effets.

### **Un nouveau vaccin conjugué**

Un nouveau vaccin, plus efficace que celui qui a été utilisé pendant la campagne d'immunisation, existe maintenant. Un vaccin conjugué, fait avec un polysaccharide couplé à une protéine. « Il fonctionne même chez des enfants très jeunes et procure probablement une immunité plus longue que le vaccin polysaccharidique parce qu'il produit une mémoire immunitaire », explique le Pr De Wals. Cependant, le produit est encore expérimental.

L'Angleterre, qui connaît une épidémie semblable à celle qui a sévi au Québec, fait actuellement l'essai du nouveau vaccin. En novembre 1999, les autorités médicales ont commencé à immuniser tous les enfants de 2 mois à 20 ans. « Les résultats préliminaires semblent indiquer que le vaccin fonctionne. Très peu d'échecs ont été signalés. » Éventuellement, ce nouveau venu pourrait être inclus dans le programme de vaccination des enfants.

*Suite page 113* ▶▶▶

◀◀◀ Suite de la page 109

### *Staphylocoque doré*

#### *un périple du nez au système sanguin*

L'origine de bien des bactériémies à *Staphylococcus aureus*? Le nez de leur hôte. Le Dr **Christof von Eiff**, de l'Université de Münster, en Allemagne, et ses collaborateurs ont découvert que les bactéries isolées dans le sang des patients étaient souvent identiques à celles tapies dans leurs muqueuses nasales.

« Nos résultats apportent la preuve que les stratégies destinées à interrompre la transmission de *S. aureus* en éliminant la colonisation nasale peuvent prévenir les infections systémiques causées par cette bactérie », soutiennent les chercheurs dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>.

Plusieurs études avaient déjà montré qu'il était possible de faire chuter l'incidence des infections à *S. aureus* en éradiquant la bactérie des narines. Chez les hémodyalisés porteurs du germe, par exemple, le traitement nasal avec de la mupirocine a réduit par un facteur de quatre l'apparition de bactériémies à *S. aureus*.

Le problème des infections dues au staphylocoque doré est important. Selon le *National Nosocomial Infection Surveillance System* des Centers for Disease Control and Prevention, 16 % des bactériémies contractées à l'hôpital

Suite page 117 >>>>

1. Eiff C, Becker K, Machka K, et al. Nasal carriage as a source of *Staphylococcus aureus* bacteremia. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 11-6.

◀◀◀ *Suite de la page 113*

entre 1990 et 1995 étaient dues à ce microbe.

### Des bactéries baladeuses

L'équipe du Dr von Eiff est parvenue à établir le lien entre les bactéries des muqueuses nasales et les germes infiltrés dans le sang grâce à deux études. Dans la première, les chercheurs se sont penchés sur divers prélèvements effectués sur 219 patients atteints d'une bactériémie à *S. aureus*. Grâce à l'électrophorèse en champ pulsé, ils ont analysé les 723 isolats obtenus des narines, du sang et parfois d'autres foyers d'infection. Résultat : chez 82,2 % des sujets, les souches présentes dans le sang et les narines étaient identiques.

Dans cette recherche, les plus importantes causes de bactériémie due au staphylocoque doré étaient les infections causées par des cathéters (46 %), mais aussi les infections des voies respiratoires inférieures (11 %) et les ostéomyélites ou les infections de la peau et des tissus mous comme des abcès et des ulcérations cutanés (27 %).

Dans la seconde étude, qui s'est étalée sur cinq ans, les chercheurs ont récolté 1640 isolats de *S. aureus* à partir des muqueuses nasales de 1278 patients. Une bactériémie à *S. aureus* s'est ensuite déclarée chez 14 de ces sujets. Dans 12 cas (85,7 %), les microbes retrouvés dans le sang étaient les mêmes que ceux qui avaient été prélevés auparavant.

« On peut affirmer avec un intervalle de confiance de 95 % qu'au moins 50 % des patients ayant une bactériémie à *S. aureus* ont

## échographies

d'abord eu une colonisation nasale d'une souche identique », concluent les auteurs.

### De nouveaux outils

Que faire pour empêcher l'apparition de bactériémies à *S. aureus* dues à la propre flore des patients ? De nouveaux outils doivent être créés, estiment les D<sup>rs</sup> **Gordon Archer** et **Michael Climo**, du Medical College of Virginia, qui analysent l'étude dans l'éditorial du *New England Journal of Medicine*<sup>2</sup>. La mise au point d'un test diagnostique rapide leur semble importante. Idéalement, tous les patients admis à l'hôpital devraient se soumettre au dépistage d'une colonisation éventuelle des muqueuses nasales. De meilleurs agents seraient également nécessaires pour lutter contre la bactérie : de nouveaux médicaments, mais peut-être aussi un vaccin. « Un objectif réaliste de l'immunisation avec des antigènes de *S. aureus* pourrait être de prévenir la colonisation nasale. L'un des importants avantages supplémentaires de l'immunisation contre *Haemophilus influenzae* de type 6 est de diminuer la colonisation nasopharyngienne de *H. influenzae* b. », citent comme exemple les médecins.

### *Pression artérielle*

#### *encore moins de sel pour les hypertendus*

Les hypertendus devront saler encore moins leurs aliments et

2. Archer GL, Climo MW. Staphylococcus aureus bacteremia – Consider the source. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 55.

adopter un régime alimentaire sain. Les sujets qui suivent ces mesures peuvent voir leur pression systolique décroître de 11,5 mm Hg, révèle une étude dont les résultats sont publiés dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>. Les normotendus pourraient aussi tirer profit de ces recommandations : elles sont susceptibles de réduire la pression de quelque 7 mm Hg chez des personnes dont la tension est un peu élevée.

Le Dr **Frank Sacks**, de la Harvard Medical School, et ses collègues ont recruté 412 sujets dont la tension artérielle dépassait 120/80 mm Hg. Les participants ont été divisés en deux groupes : l'un recevait une alimentation américaine typique contrôlée, et l'autre le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), qui est riche en fruits et en légumes, contient peu de gras saturés et de cholestérol et comprend des grains entiers, de la volaille, du poisson, des noix, mais peu de viande rouge et de sucreries.

Pendant trois mois, les participants de chaque groupe recevaient des repas dont la teneur en sodium changeait tous les 30 jours. Dans un ordre déterminé par le hasard, ils avaient une alimentation soit salée (150 mmol par jour, ce qui correspond à la consommation américaine), soit avec une quantité moyenne de sel (100 mmol quotidiennement, qui est la limite supérieure des recommandations officielles), soit avec peu de sodium (50 mmol par jour).

### Des mesures efficaces

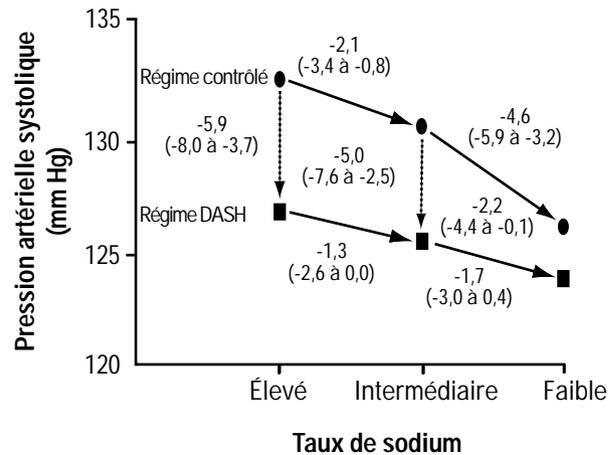
Qu'est-il résulté de toutes ces mesures ? Les données indiquent que le régime DASH a permis de réduire la pression sanguine avec toutes les teneurs en sodium, y compris celle qui est recommandée pour prévenir ou traiter l'hypertension. L'effet du régime sur la pression sanguine était cependant plus notable quand l'apport en sel était élevé.

Deuxième constat : la réduction de l'apport en sodium abaisse la pression sanguine tant chez les sujets qui suivent le régime DASH que chez ceux qui ont une alimentation américaine traditionnelle.

La limite maximale de sel actuellement recommandée devrait être abaissée, estiment par ailleurs les chercheurs. Ils ont constaté qu'une diminution d'environ 40 mmol de sodium par jour est plus efficace pour réduire la tension artérielle chez les sujets dont la consommation

1. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effect on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 3-10.

## Effets de la baisse de consommation de sodium et du régime DASH sur la pression systolique



Source : *New England Journal of Medicine*.

de sodium initiale est moyenne que chez ceux dont l'apport est important. Des chiffres ? Dans le groupe ayant une alimentation américaine traditionnelle, la tension systolique a baissé de 2,1 mm Hg lorsque l'apport en sodium a été réduit à une teneur intermédiaire, et de 4,6 mm Hg quand il est passé d'une quantité moyenne à un faible niveau (*voir la figure*).

Ensemble, le régime DASH et la réduction en sel ont contribué à de meilleurs résultats que chacune des deux mesures séparément. « Les deux doivent être recommandés, pas seulement l'un ou l'autre », préconisent les auteurs. Les données les plus éloquentes viennent de la comparaison entre la pression des sujets consommant le régime américain traditionnel le plus salé et le régime DASH le moins salé : une chute de 8,9 mm Hg pour la pression systolique, et de 4,5 mm Hg pour la pression diastolique. La différence est particulièrement frappante chez les hypertendus : 11,5 mm Hg pour la pression systolique.

Le Dr Sacks et son équipe estiment que leurs conclusions pourraient s'appliquer à la plupart des Américains. Environ 50 % de tous les adultes et 80 % des personnes de 50 ans et plus ont une tension artérielle d'au moins 120/80 mm Hg.

## Approbation de l'éprosartan

Santé Canada vient d'homologuer l'éprosartan

Suite page 127 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 123*

(Teveten®), un nouvel antihypertenseur. Après la venue du losartan, du valsartan, de l'irbesartan et des autres antagonistes du récepteur (AT<sub>1</sub>) de l'angiotensine II, qu'est-ce que cette molécule apporte de plus ?

« L'éprosartan a l'avantage d'avoir été testé chez les personnes âgées. Les autres médicaments ont pu l'être, mais jamais avec la même ampleur. Cet antihypertenseur est non seulement bien toléré chez ces patients, mais il est aussi efficace. Il diminue bien la pression systolique, qui est souvent difficile à faire baisser chez les gens âgés », explique le D<sup>r</sup> **Luc Trudeau**, directeur de la clinique d'hypertension à l'Hôpital général juif de Montréal.

Les autres avantages du nouveau médicament : peu d'effets secondaires et le fait qu'il ne doit être pris qu'une seule fois par jour. « Il n'a qu'un seul inconvénient, comme la majorité des médicaments de cette famille : on connaît encore peu ses effets à long terme. Les études cliniques ne sont pas encore terminées. Va-t-il prévenir les problèmes cardiovasculaires et la détérioration rénale ? La littérature contient

certaines données selon lesquelles cette classe de médicaments pourrait accroître la protection des organes cibles à court terme. »

### Améliorer l'observance

À quel patient est destiné l'éprosartan ? Le nouveau médicament est indiqué pour le traitement de l'hypertension essentielle allant de légère à modérée. Il devrait être prescrit aux personnes pour qui les diurétiques ou les bêta-bloquants sont contre-indiqués, inefficaces ou entraînent des effets inacceptables.

« Comme les médicaments de première intention sont associés à tellement d'effets secondaires, certains estiment qu'il faudrait peut-être leur préférer des produits qui sont mieux tolérés et se prennent une fois par jour. Cela pourrait améliorer l'observance. Seulement la moitié des patients à qui l'on prescrit un antihypertenseur continuent à le prendre au bout d'un an. »

Il est recommandé de commencer le traitement à l'éprosartan avec une dose quotidienne de 600 mg. L'acmé de la réponse survient en deux à trois semaines chez la plupart des patients. Le prix du médicament :

quelque 23 \$ pour un contenant de 30 comprimés de 300 mg.

### ***Bris de condom ? il existe un plan B***

« Vous disposez maintenant d'un plan B », lancent les Laboratoires Paladin à l'intention des femmes dont la méthode contraceptive pourrait échouer. La société pharmaceutique commercialise un contraceptif d'urgence qui serait plus efficace que ceux qui existent actuellement.

La méthode de dernier recours proposée, appelée justement le Plan B<sup>MC</sup>, repose uniquement sur un progestatif. Bien utilisée, elle permettrait d'éviter 89 % des grossesses. Lorsque le traitement est commencé dans les trois jours qui suivent la relation sexuelle, la probabilité de grossesse, normalement de 8 %, est réduite à 1 %.

Que recèle le Plan B ? Deux comprimés de 0,75 mg de lévonorgestrel. Le premier doit être pris dans les 72 heures qui suivent la relation sexuelle, et le second 12 heures plus tard. L'efficacité du Plan B peut atteindre un sommet de 95 % quand il est commencé dans les 24 premières heures. Son effet diminue ensuite graduellement au cours de chaque période de 24 heures. Ainsi, il ne permet d'éviter que 61 % des grossesses possibles lorsque les comprimés sont pris 48 à 72 heures après la relation sexuelle.

Une étude, publiée en 1998 dans *The Lancet*, confirme que le

1. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998 ; 352 : 428-33.

lévonorgestrel est plus efficace que la méthode Yuzpe et cause moins d'effets secondaires. L'essai clinique, mené par l'Organisation mondiale de la santé, a été réalisé sur 1955 femmes ayant eu une relation sexuelle non protégée<sup>1</sup>. Le taux de grossesses des participantes qui ont reçu du lévonorgestrel a été diminué à 1,1 %, tandis que celui des femmes qui ont eu recours aux comprimés d'éthinylœstradiol et de lévonorgestrel était de 3,2 %. Le lévonorgestrel seul causait beaucoup moins d'effets secondaires. Uniquement 23,1 % des femmes qui l'ont pris ont eu des nausées, et 5,6 % des vomissements, alors que 50,5 % de celles qui ont utilisé la méthode Yuzpe se sont senties nauséuses, et que 18,8 % ont eu des vomissements.

Homologué par Santé Canada en février 2000, le Plan B, qui coûte quelque 24 \$, n'est vendu dans les pharmacies que depuis quelques mois. Il est cependant inscrit sur la liste des médicaments remboursables du Québec depuis juillet dernier.

### ***Ménopause***

#### ***réduire le taux de cholestérol LDL par un régime de vie sain***

Les femmes qui commencent leur ménopause peuvent éviter de prendre du poids et échapper à la hausse du taux de cholestérol LDL qui les attend. Comment ? En diminuant leur consommation de cholestérol, de graisse saturée, de gras en général et de calories, et en faisant de l'exercice physique. Toutefois, ces saines mesures ne

**Suite page 133 >>>**

◀◀◀ *Suite de la page 129*

peuvent complètement éliminer l'élévation du taux de cholestérol LDL, contrairement à ce qu'avaient espéré le Dr Lewis Kuller et son équipe, qui ont mené le *Women's Healthy Lifestyle Project Clinical Trial*.

Les chercheurs ont comparé deux groupes de femmes randomisées dont l'âge moyen était de 47 ans. Elles présentaient en moyenne un taux de cholestérol LDL de 3 mmol/L et un indice de masse corporelle de 25 kg/m<sup>2</sup>. Deux cent soixante-quinze des participantes ont servi de témoins, alors que 260, incluses dans un programme, devaient :

- diminuer leur consommation de gras à 25 % du total des calories absorbées quotidiennement ;
- ramener leur apport en gras saturé à 7 % des calories ;
- réduire à 100 mg leur prise quotidienne de cholestérol ;
- perdre de 2 à 7 kg, selon leur poids initial, en limitant les calories absorbées chaque jour à 1300 kcal ;
- augmenter leur activité physique de manière à dépenser 1000 à 1500 kcal par semaine.

L'étude, dont les résultats ont été publiés dans *Circulation*, a duré 54 mois<sup>1</sup>. Les mesures ont semblé porter leurs fruits. Le taux de cholestérol LDL des participantes qui ont changé leurs habitudes de vie n'a augmenté que de 0,09 mmol/L, alors que celui du groupe témoin a grimpé de 0,23 mmol/L. La différence était encore plus prononcée chez les femmes ménopausées, qui constituaient 35 % des sujets à la fin

1. Kuller LH, Simkin-Silverman LR, Wing RR, et al. Women's healthy lifestyle project: a randomized clinical trial; results at 54 months. *Circulation* 2001 ; 103 : 32-7.

de la recherche. Ces tendances apparaissaient en outre autant chez les utilisatrices d'hormones de remplacement que chez les autres.

Par ailleurs, le poids des participantes du groupe expérimental a été réduit de 1 kg, et leur tour de taille de 2,9 cm. Les femmes du groupe témoin, par contre, ont pris 2,3 kg, même si elles ont perdu 0,5 cm à la taille. Les taux de triglycérides et de glucose ont d'autre part augmenté significativement moins chez les femmes qui ont changé leur régime de vie que chez les autres.

« La prévention du gain pondéral et de l'augmentation du taux de cholestérol LDL pourrait contribuer à réduire grandement la morbidité et la mortalité cardiovasculaire chez les femmes », croient les chercheurs.

Mais y a-t-il des inconvénients possibles aux mesures préconisées ? Les auteurs rappellent que dans l'une de leurs études antérieures, les sujets soumis à une modification du régime de vie avaient eu, après 18 mois, une plus grande perte osseuse que les sujets témoins. Le degré de résorption était lié au poids perdu.

## *Une superstatine pour les dyslipidémies mutines*

La cérivastatine (Baycol®) est maintenant offerte en doses de 0,8 mg pour le traitement des dyslipidémies réfractaires. L'an dernier, déjà, Santé Canada avait homologué les comprimés de 0,4 mg après avoir approuvé les doses de 0,2 mg et de 0,3 mg.

Les sociétés Bayer et Fournier

## échographies

Pharma qualifient leur nouveau produit de « superstatine ». Il a permis de ramener le taux de cholestérol LDL au seuil recommandé chez 96,4 % des sujets à qui il avait été assigné dans l'étude CAVEAT.

L'essai clinique, financé par les deux compagnies, englobait 340 patients souffrant de dyslipidémie. Les participants, répartis en quatre groupes, prenaient quotidiennement soit 0,4 mg soit 0,8 mg de cérivastatine, soit 10 mg soit 20 mg d'atorvastatine. Le premier objectif de l'étude était de comparer l'effet des plus faibles doses des deux médicaments sur le taux de triglycérides.

Après huit semaines, la concentration de triglycérides tendait à être légèrement mieux maîtrisée par la cérivastatine que par l'atorvastatine. Le taux de cholestérol LDL, lui, a atteint le niveau visé chez environ 84 % des sujets prenant 10 ou 20 mg d'atorvastatine ou 0,4 mg de cérivastatine. Mais le taux de réussite était encore plus élevé dans le groupe recevant 0,8 mg de cérivastatine.

La monographie du Baycol indique cependant que certains effets secondaires surviennent plus souvent avec la dose de 0,8 mg de cérivastatine qu'avec les autres concentrations. Ainsi, l'élévation du taux de créatine-phosphokinase (CPK) est plus fréquente. Une augmentation marquée des taux de lipoprotéine (a) a également été observée. Et une hausse des taux de transaminases survient plus souvent chez les personnes âgées à cette dose. Par ailleurs, la cérivastatine est généralement bien tolérée.

Les réactions indésirables sont habituellement légères et passagères. Trente comprimés de 0,8 mg de Baycol coûtent environ 75 \$.

## Antagonistes de l'acide folique les risques d'anomalies

La prise d'acide folique n'empêcherait pas les malformations fœtales chez les femmes enceintes prenant des antiépileptiques. Par contre, ce supplément aurait un effet protecteur pour les femmes enceintes traitées avec les inhibiteurs de la dihydrofolate réductase : triméthoprime, triamterène, méthotrexate, sulfasalazine, etc.

Des chercheurs bostoniens, la D<sup>re</sup> **Sonia Hernandez-Diaz** et ses collègues, ont évalué les risques liés à la prise d'antagonistes de l'acide folique grâce aux données d'un programme de surveillance des anomalies congénitales<sup>1</sup>. Ils ont analysé les informations concernant des enfants nés avec des anomalies dont le risque est normalement réduit par la prise de multivitamines durant la grossesse. Les scientifiques se sont ainsi penchés sur les dossiers de 3870 bébés ayant des malformations cardiovasculaires, 1962 ayant un bec-de-lièvre, et 1100 ayant des embryopathies de l'appareil urinaire. Le groupe témoin était constitué de 8387 enfants nés avec d'autres types de malformations. Les renseignements sur les médicaments pris pendant la grossesse ont été recueillis auprès des mères moins de six mois après l'accouchement.

## index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

### ASTRAZENECA

Atacand ..... 12 ..... 88  
Zomig ..... 18-19 ..... 94-95

### AVENTIS PHARMA INC.

Actonel ..... 80-81 ..... 96-97

### BELL CANADA

..... couv. III

### FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ ..... 136  
REER ..... 15

### GLAXO WELLCOME INC.

Advair ..... 26 ..... 111-113

### MERCK FROSST CANADA & CIE

Cozaar ..... couv. IV ..... 98-101  
Varivax ..... 28 ..... 107-109  
Vioxx ..... 36 ..... 130-133

### NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Diovan ..... 62 ..... 115-117  
Miacalcin ..... 68 ..... 86-87

### PARKE-DAVIS/PFIZER CANADA INC.

Fem Hrt ..... 84 ..... 128-129

### PFIZER CANADA INC.

Accupril ..... 6 ..... 118-119  
Norvasc ..... couv. II ..... 110  
Zithromax ..... 16-17 ..... 120-121

### LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

Recrutement ..... 21

### SERVIER CANADA INC.

Coversyl ..... 22 ..... 106

### SMITHKLINE BEECHAM PHARMA

Paxil ..... 50 ..... 122-123

### SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc ..... 78 ..... 114

### WYETH-AYERST CANADA INC.

Alesse ..... 8 ..... 102-103  
Effexor anx. .... 66-67 ..... 124-127  
Effexor dép. .... 10-11  
Prem Plus ..... 34-35 ..... 104-105  
Triphasil ..... 65 ..... 134

## La prévention auprès des jeunes femmes

L'analyse des données montre que les antiépileptiques – la phénytoïne, le phénobarbital, la primidone et la carbamazépine – accroîtraient la probabilité de malformations. Chez les bébés des femmes qui en avaient pris, le risque relatif d'anomalies cardiovasculaires était de 2,2, celui de la présence d'un bec-de-lièvre de

1. Hernandez-Diaz S, Werler MM, Walker AM, et al. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1608-14.

2,5, et celui d'une anomalie structurale des voies urinaires aussi de 2,5. La prise d'acide folique n'a malheureusement pas réduit la probabilité que ces malformations apparaissent.

Par contre, le supplément a eu plus d'effet chez les femmes traitées avec des inhibiteurs de la dihydrofolate réductase. Chez les mères ayant utilisé ces médicaments, le risque d'avoir un enfant présentant une anomalie cardiovasculaire était de 7,7 si elles n'avaient pas pris d'acide folique, mais de 1,5 si elles en avaient pris, comparativement aux femmes qui n'avaient recouru à aucun des deux médicaments.

Les résultats, présentés dans un article du *New England Journal of Medicine*, montrent du même coup que les antagonistes de l'acide folique augmentent l'incidence non seulement des anomalies du tube neural, mais aussi celle d'autres malformations au cœur, aux lèvres et au palais ainsi qu'à l'appareil urinaire.

Informations utiles sur le plan clinique ? « Au Québec, le problème à propos de la prise d'acide folique vient plutôt du fait que les femmes deviennent enceintes sans savoir qu'elles peuvent diminuer le risque de malformation du tube neural pour leur enfant, estime le D<sup>r</sup> **André Masse**, chef du service d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire de Montréal. Il faut donc faire de la médecine préventive. Comme la moitié des grossesses ne sont pas planifiées, on devrait peut-être songer à ajouter de l'acide folique dans l'alimentation pour s'assurer que les femmes en âge de procréer en absorbent. En Australie, cette mesure, qui existe depuis 10 ans, a permis de réduire le nombre de malformations. »