

Informations syndicales, par Emmanuèle Garnier

Conseil de la FMOQ la majorité des surplus devront être destinés aux cabinets privés

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pourrait devoir recourir à des moyens de pression pour obtenir l'augmentation qu'elle désire voir accorder aux praticiens des cabinets privés. La hausse du tarif des examens en pratique privée devait être financée à partir des sommes non dépensées de l'enveloppe de l'année 2001-2002. Mais il y a un problème. Le gouvernement a d'autres desseins pour la majorité de ce surplus.

La hauteur du montant disponible est maintenant connue : 23,7 millions de dollars. Selon l'article 10 de

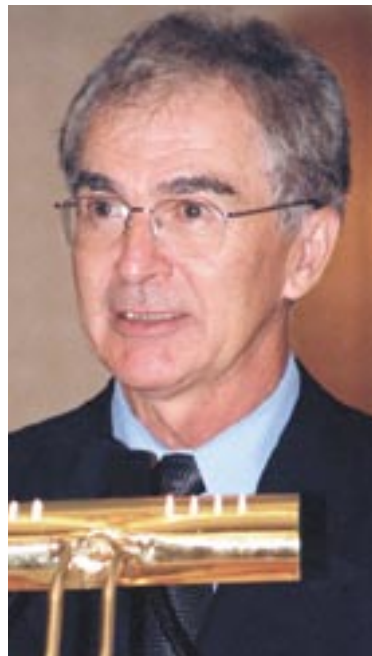


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Renald Dutil.

l'accord-cadre de 1999-2002 et la lettre d'entente n° 106 (voir l'encadré 1), la majeure partie de l'excédent de l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens devait être consacrée à bonifier la rémunération du travail dans les cabinets privés, a rappelé le **Dr Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Devant les membres du Conseil général, réunis le 29 septembre, le Dr Dutil a exposé la situation. En août dernier, la Fédération a déposé un projet sur la disposition des sommes non

1

Syndigraphies, ce mois-ci

Conseil de la FMOQ la majorité des surplus devront être destinés aux cabinets privés	1
Assemblée des médecins omnipraticiens de la Gaspésie faire reconnaître l'importance du travail dans les cabinets	5
Assemblée des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent une rémunération équitable pour tous les médecins des régions éloignées	17
Les cabinets privés ont besoin d'aide entretien avec le Dr Yves Langlois	21
Rencontre avec les médias les activités automnales de la FMOQ	24

sommaire de la revue, page 7 >>>

encadré 1

Dispositions concernant les sommes résiduelles des enveloppes

Article 10 de l'accord-cadre de 1999-2002

« Relativement à la période débutant le 1^{er} avril 2001, affecter en priorité, selon des modalités à déterminer par les parties, les montants découlant de toute marge de manœuvre éventuellement dégagée, à une bonification de la rémunération relative à la pratique médicale en cabinet privé, en tenant compte notamment de la participation du médecin au réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux. »

Lette d'entente n° 106

Cette entente prévoyait une majoration de 2,5 % du tarif de la consultation ainsi que des examens à domicile et à l'urgence à partir du 1^{er} juillet 2001. De plus, « dans la mesure où la mise en œuvre du présent article laisse aux parties une marge de manœuvre financière résiduelle, celles-ci disposent des sommes ainsi dégagées, selon les dispositions qu'édicte l'article 10 de l'accord-cadre ».

dépensées de l'enveloppe budgétaire selon les ententes convenues. Le 19 septembre, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) réplique avec des propositions qui relèguent loin en arrière l'augmentation de la rémunération des services dispensés dans les cabinets privés. Le gouvernement aurait d'autres priorités.

Propositions du gouvernement

Le MSSS accorde dans ses propositions des bonifications dans plusieurs secteurs qui le préoccupent.

Urgence : augmentation du tarif des examens des patients de 70 ans et plus (1,7 million) et de celui des services dispensés la nuit (4,5 millions) ;

Obstétrique : majoration du tarif des accouchements (0,7 million) ;

Réseau d'accessibilité aux soins généraux : hausse de 10 % des tarifs les fins de semaine dans les cliniques sans rendez-vous et les CLSC inclus par le DRMG dans le réseau de garde intégrée (5,3 millions).

Déplafonnement : exclusion du calcul des plafonds de la pratique dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des actes faits la fin de semaine et les jours fériés dans les centres de consultation sans rendez-vous ;

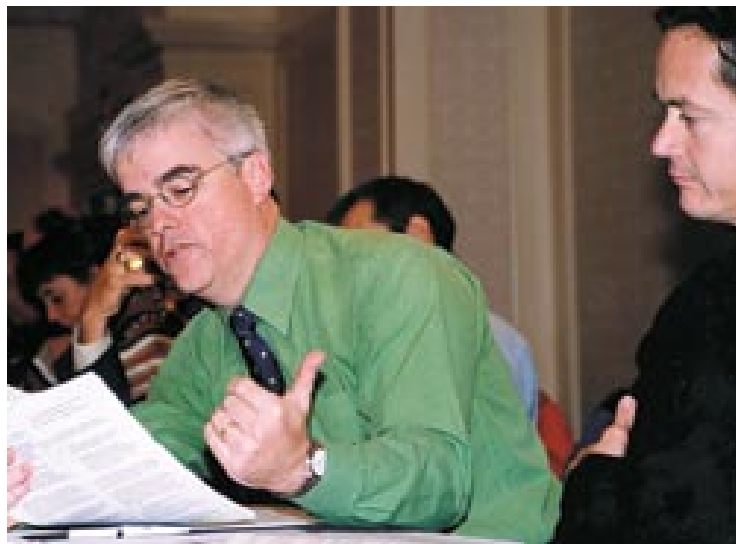
Régions éloignées : augmentation de la rémunération des omnipraticiens dans le Grand Nord (2,5 millions) ;

Cabinets privés : la somme résiduelle (8,1 millions) servira à une bonification de 1,7 % pour les examens et les consultations dans les cabinets et à domicile.

Le gouvernement veut par ailleurs maintenir

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 envoyée 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° 40068972 – Enregistrement n° 09832.



Quelques délégués au Conseil de la FMOQ.



Photos : Emmanuèle Garnier.

Quelques délégués au Conseil de la FMOQ.

une réserve de 10 millions jusqu'à la fin de 2002-2003, une mesure que juge injustifiée la FMOQ.

Projet déposé par la Fédération

La FMOQ, pour sa part, avait proposé une répartition des sommes disponibles en tenant compte des mesures prévues dans les ententes, notamment en ce qui concerne l'urgence et la consultation.

Cabinets privés : majoration d'environ 3,7 % du tarif des examens au cabinet et à domicile, ainsi que du paiement de la psychothérapie (18,8 millions) ;

Obstétrique : hausse additionnelle de 5 % (0,7 million) ;

Urgence : augmentation de 2,5 % du paiement des actes (1,7 million) ;

Consultation : bonification de 2,5 % (0,2 million) ;

Les propositions du Ministère sont irrecevables, a déclaré le D^r Dutil. Elles ne respectent pas les ententes paraphées et signées. « Il est suffisamment difficile de conclure un accord avec le gouvernement sans qu'en plus il refuse de le respecter. La majorité, et non la partie résiduelle, des sommes non dépensées doit être affectée à la pratique dans les cabinets privés. »

L'orientation des propositions gouvernementales déçoit le président. À ses yeux, elles dénigrent la prise en charge et le suivi des patients au cabinet. « Ce plan creuse davantage l'écart entre les cliniciens qui s'occupent d'une clientèle et ceux qui donnent des consultations sans rendez-vous, une activité déjà mieux rémunérée. Les premiers n'auraient droit qu'à une augmentation de 1,7 %, alors que les seconds bénéficieraient d'une majoration de 10 % la fin de semaine », a fermement dénoncé le D^r Dutil. Le président acquiesce néanmoins à une augmentation pour le travail effectué en dehors des heures normales dans les réseaux d'accessibilité aux soins – mesure qu'il compte d'ailleurs réclamer –, mais estime qu'on ne peut actuellement demander aux praticiens qui prennent des patients en charge de la financer.

L'offre déposée par le gouvernement n'est pas plus satisfaisante dans le domaine des services d'urgence. Le ministère « improvise des solutions pour tenter d'améliorer les conditions d'exercice dans ce secteur. Mais il en fait supporter les coûts aux médecins exerçant dans les cabinets privés ». La FMOQ approuve sans réserve une majoration de la rémunération des médecins de l'urgence. « Il s'agit d'un dossier prioritaire pour nous. Mais les bonifications accordées doivent être financées par un budget additionnel. »

Réactions et plan d'action

Les membres du Conseil ont réagi vivement aux offres du MSSS. « Le gouvernement fait tout pour torpiller la situation des cabinets privés, s'est exclamé l'un des omnipraticiens. Quand on calcule le pourcentage d'augmentation que nous avons eu pour la pratique en cabinet privé depuis 10 ans, on doit constater qu'il n'est pas très élevé ! » Plusieurs délégués ont fait appel à la solidarité de leurs collègues pour soutenir unanimement les propositions du Bureau. « Nous sommes à la veille des négociations de l'entente 2002-2005 avec le gouvernement. Il faut qu'il sache que lorsqu'il signe une entente, il doit la respecter », a soutenu la présidente d'une association.

Le Conseil général de la FMOQ a rejeté sans hésitation la proposition ministérielle du 19 septembre. Une volée d'applaudissements a éclaté devant l'unanimité du vote. La résolution adoptée non seulement refuse le plan ministériel, mais aussi « exige le respect des engagements intervenus entre la FMOQ et le

encadré 2

Première actualisation

Une première mise à jour des tarifs basée sur les prévisions avait déjà eu lieu en avril. Elle consistait en :

- une majoration de 2,5 % du tarif de l'examen au cabinet ;
- une majoration de 5 % du tarif de la psychothérapie ;
- une majoration du plafond à 51 125 \$.

Un paiement rétroactif devrait être versé vers la mi-octobre.



Photos : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Marc-André Asselin, secrétaire général de la FMOQ, commente un amendement aux statuts.

MSSS et réaffirme la priorité qui doit être accordée à la bonification de la prise en charge et du suivi des clientèles en cabinet privé ». Le Conseil charge parallèlement ses représentants de négocier en priorité l'actualisation du tarif des examens en cabinet privé sur la base des propositions déposées par la FMOQ (*encadré 2*). L'assemblée a également donné au Bureau le mandat de prendre les mesures nécessaires, incluant, le cas échéant, le recours à des moyens de pression, pour faire respecter les dispositions de l'accord-cadre et de la lettre d'entente n° 106.

Statuts de la FMOQ

Le Conseil s'est penché sur un second dossier important : la révision des statuts et des règlements de régie interne de la FMOQ. Pendant les mois précédents, un comité a étudié les règles de la Fédération et fait différentes propositions d'amendements au Bureau. Les principaux changements adoptés, parmi ceux qui ont été soumis aux délégués, sont les suivants :

Procédure de consultation en matière d'accord-cadre. Dorénavant, lorsqu'un accord de principe sera conclu au sujet des conditions d'exercice et de rémunération des omnipraticiens dans le cadre d'une entente

générale, il devra être transmis aux associations affiliées avant que le Conseil l'entérine ou le rejette. Les associations auront 15 jours pour soumettre l'entente proposée à leurs membres. Cependant, le Bureau peut, s'il juge que l'intérêt supérieur de la Fédération l'exige, convoquer le Conseil sans que l'accord potentiel ait été transmis aux associations.

Un observateur pour les petites associations.

Maintenant, les associations qui n'ont pas plus de trois délégués auront le droit d'amener au Conseil un observateur dont les frais seront payés par la Fédération.

Création d'une commission des présidents.

Cette commission, qui inclut tous les présidents des associations, constituera une instance consultative auprès du Bureau de la Fédération. Elle se réunira au moins quatre fois par année et se penchera sur des questions touchant la politique générale et les grandes orientations de la Fédération.

Le mode de représentation des associations au Conseil, que deux associations avaient remis en question, restera le même. Les délégués ont estimé, après avoir analysé les modifications proposées, qu'il était équitable. ☸

Assemblée des médecins omnipraticiens de la Gaspésie

faire reconnaître l'importance du travail dans les cabinets

Sur les côtes de la Gaspésie, à quelques dizaines de kilomètres de Percé, se trouve Fort-Prével, petite localité caressée par la mer, où s'est déroulée l'assemblée de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie



Le D^r Robert Benguerel.

(AMOG), présidée par le **D^r Robert Benguerel**.

« On veut amener le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à comprendre qu'à l'heure actuelle, le plus grave problème est celui de la prise en charge et du suivi des patients. Dans 85 % des cas, ce travail est effectué

dans les cabinets privés. Mais ce type d'activité est délaissé, parce qu'il est de plus en plus lourd et moins bien rémunéré que celui d'autres secteurs », a expliqué le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, aux médecins réunis.

Certains omnipraticiens présents ont confirmé au président la difficulté de travailler



Dans l'ordre habituel, les D^s Louis Godin et Renald Dutil.

Suite page 15 >>>



◀◀◀ Suite de la page 5

dans un cabinet privé.
« Nos effectifs diminuent au lieu d'augmenter, ce qui accroît notre charge de travail. Il n'y a plus de médecins qui veulent pratiquer dans un cabinet privé. Les frais y sont trop importants », a expliqué l'un des membres de l'AMOG. La rétribution ne fait rien pour rétablir la situation. « Je travaille 16 heures par jour et je n'atteins pas le seuil maximal de rémunération », a ajouté le médecin.

Le D^r Dutil n'avait aucune difficulté à croire le clinicien.
« Quand on prend en charge une clientèle vieillissante et lourde et qu'on la suit, il faut travailler beaucoup d'heures pour atteindre le plafond salarial. »

Pour le moment, le Ministère est préoccupé par l'accessibilité aux soins de santé, a expliqué le **D^r Louis Godin**, vice-président de la FMOQ. « Il faut faire comprendre au gouvernement que ce qui mine l'accès au réseau de la santé, ce sont les problèmes dans le domaine de la prise en charge et du suivi des patients. Il est difficile de trouver des médecins qui s'occupent d'une clientèle et de les rémunérer convenablement avec le mode de rémunération actuel. Il va falloir trouver des solutions. »

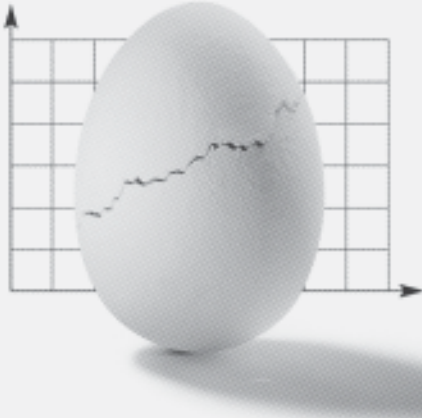
La manière dont le gouvernement se propose de disposer des 23,7 millions de dollars qui restent de l'enveloppe budgétaire fait peu pour encourager les médecins des cabinets privés. Les membres de l'assemblée ont accueilli avec froideur les propositions ministérielles que leur a exposées le président de la FMOQ. Plusieurs d'entre eux étaient particulièrement consternés

par la suggestion d'augmenter de 10 % la rémunération dans les cliniques sans rendez-vous la fin de semaine. « Je ne comprends pas la logique du gouvernement. Il propose de réduire le supplément que nous devons avoir et de le donner entre autres à des cliniques sans rendez-vous, alors que nous, dans les cabinets privés, assurons le

suivi », s'est indigné un omnipraticien.

Un nouveau mode de rémunération grâce aux GMF

Les groupes de médecins de famille (GMF) pourraient représenter une solution



UNE PROTÉINE QUI A LA COTE

Les œufs constituent une excellente source de protéines de grande qualité. En fait, les œufs sont utilisés comme mesure étalon pour évaluer la qualité des autres protéines alimentaires. L'œuf moyen contient 6 grammes de protéines, mais seulement 71 kilocalories et 5 grammes de matières grasses. Voilà une très bonne nouvelle pour les personnes soucieuses de leur poids, car les œufs sont un choix de repas délicieux et nutritif.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?

 EGG CHAMPION OF CHAMPIONS
NOUVEAU CHAMPION
CANADIAN EGG MARKETING AGENCY

www.œufcanada.ca

intéressante au casse-tête de la rémunération en pratique privée. « Le paiement à l'acte ne rend pas justice au travail qu'effectuent les médecins au cabinet. Il faudrait une majoration substantielle pour parvenir à une rémunération suffisante. On doit donc songer à un autre mode de rétribution et d'organisation des soins. Les GMF peuvent peut-être offrir une avenue », a expliqué le D^r Dutil.

Le système de capitation qui serait associé aux GMF pourrait permettre non seulement de tenir compte des actes qu'effectuent les médecins, mais aussi de leur travail en dehors de la consultation. La Fédération ne s'oppose pas à ce modèle qui plaît au ministère. « Tout dépend des modalités », a précisé le D^r Dutil. Une rémunération mixte, composée d'un forfait et du paiement à l'acte, pourrait aussi constituer une option intéressante.

Questions en suspens

Le GMF de la Gaspésie sera celui de Sainte-Anne-des-Monts. Depuis juin, où le choix de ce groupe et des autres équipes retenues a été annoncé, le dossier des GMF a peu avancé. De grandes questions restent en suspens. Y aura-t-il une inscription de la clientèle ? Quel sera le partage des actes entre les médecins et les infirmières ? De quelle aide informatique et diagnostique disposeront les cliniciens participants ?

La FMOQ, pour sa part, a créé un groupe de travail qui a rencontré presque toutes les équipes des GMF pour recueillir des informations et connaître leurs besoins. « Il faut bâtir un cadre de pratique qui tienne compte des caractéristiques locales. Je pense que c'est important. Le groupe de Sainte-Anne-des-Monts ne sera probablement pas organisé de la même façon que celui de Montréal », estimait le D^r Dutil.

Certaines questions pratiques devront également être résolues avant que le projet des GMF s'étende à toute la province. « Dans certains milieux, comme dans les régions éloignées, les médecins passent la moitié de leur temps à l'hôpital. Comment pourraient-ils alors être responsables de 1500 à 2000 patients,

ce qui constitue un travail à temps plein ? Si tous les médecins font partie d'un GMF, qui va assurer les services dans les centres hospitaliers ? »

Les GMF représentent un modèle intéressant, mais qui n'est pas forcément le seul qui puisse répondre aux besoins de prise en charge et de suivi de la population, a conclu le président de la FMOQ. ☞

Assemblée des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent

une rémunération équitable pour tous les médecins des régions éloignées

« Je pensais qu'après la signature de l'accord-cadre de l'an dernier, l'année 2001 serait calme. Mais c'était sans compter les problèmes d'iniquité dans la rémunération des omnipraticiens de Rimouski et de Rivière-du-Loup » a affirmé le D^r Pierre-Paul Tremblay, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent (AMOSL) devant la trentaine de membres présents à l'assemblée annuelle. « Le problème demeure entier, même si nous escomptions un peu de compréhension de la part du nouveau ministre. »

Grâce à la dernière entente générale, la rémunération de la plupart des omnipraticiens travaillant dans les régions éloignées depuis plus de trois ans est passée de 115 à 120 % s'ils



Dans l'ordre habituel, les D^rs Pierre-Paul Tremblay et Renald Dutil.

pratiquent dans un cabinet privé, et à 125 % s'ils exercent dans un établissement de soins. Les cliniciens travaillant dans le réseau public avaient, de plus, droit à une rétribution de 130 % après six ans. Mais ces mesures comportaient des exclus : entre autres les médecins généralistes de Rimouski et de Rivière-du-Loup. Pressions politiques, conférences de presse, interviews radiophoniques, démarches de la FMOQ, rien n'est parvenu à faire rayer cette exception.

« Le ministre nous a dit que la discussion était close, mais elle ne l'est pas pour la Fédération, a assuré le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, aux omnipraticiens de l'AMOBSL. Nous allons revenir à la charge et demander que les nouvelles mesures visant à retenir les médecins soient étendues à l'ensemble des territoires où elles devraient s'appliquer, ce qui comprend la région du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay/Lac-Saint-Jean. » Le président, soutenu par une résolution du Conseil de la FMOQ, présentera à nouveau une requête au cours des négociations de l'entente 2002-2005 qui s'amorceront sous peu.

« Le ministre et le gouvernement ne sont peut-être pas conscients qu'ils courent le risque de priver les malades d'une région éloignée de services essentiels. Je pense qu'il est permis de douter de leur bonne foi dans ce dossier-là » a, de son côté, laissé tomber le D^r Tremblay.

La bataille de l'équité salariale pour les médecins de sa région sera probablement l'une des dernières que le président mènera à la tête de l'AMOBSL. Le D^r Tremblay a accepté, faute de relève, d'être réélu à la présidence de l'Association, mais ce sera sa dernière année, a-t-il averti. Président depuis cinq ans, il n'a ménagé ni son temps, ni ses efforts, et n'a jamais compté les kilomètres pour remplir ses divers mandats.

« C'est un sursis que j'accorde. Je ne veux pas laisser le bateau sans capitaine.

C'est un navire extrêmement important pour la région et une pièce essentielle pour la FMOQ. Nous devons prendre des décisions majeures dans les prochaines semaines, les prochains mois et même les prochaines années. »

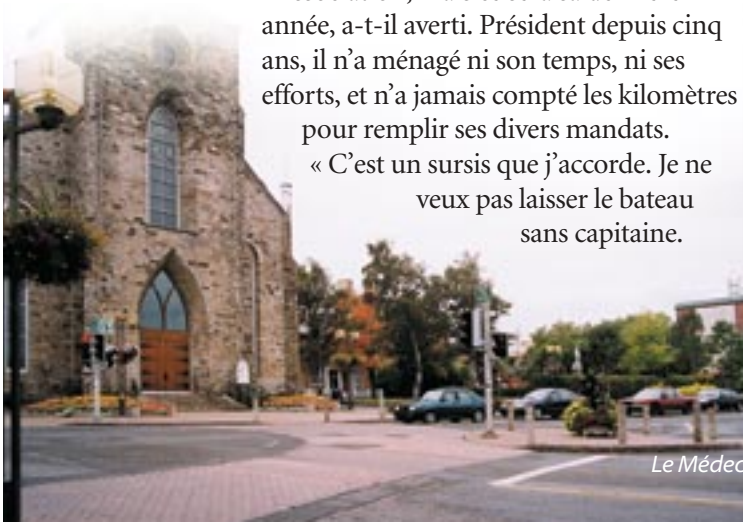
GMF : la partie n'est pas gagnée d'avance

Depuis juin, le Bas-Saint-Laurent sait qu'il sera doté d'un groupe de médecins de famille (GMF) basé à Trois-Pistoles. Le lancement du projet a été un peu chaotique, estime le président de l'AMOBSL, qui a rappelé à ses membres que ni la FMOQ, ni les associations régionales n'ont été consultées sur le choix des 13 groupes, dont le nombre passera bientôt à 15.

L'an dernier, l'Association s'était fixé comme objectif d'établir des liens solides avec le Département régional de médecine générale. Le GMF leur a donné l'occasion de discuter d'un premier dossier.

« L'AMOBSL et la FMOQ ont toujours manifesté un intérêt marqué pour les GMF, mais le projet doit remplir deux conditions. D'abord, l'adhésion des médecins doit y être volontaire. Ensuite, des incitatifs organisationnels et financiers qui ne font pas partie de l'entente actuelle doivent y être rattachés. Tout est encore à négocier », a indiqué le D^r Tremblay.

La vision que le gouvernement a des GMF n'a par ailleurs pas exactement les mêmes contours que le modèle envisagé par la Fédération. Un exemple : la signification du sigle GMF. Pour le MSSS, il signifie « groupe de médecine familiale », alors que pour la FMOQ, il s'agit d'un « groupe de médecins de famille ». « Il y a une nuance entre les deux, a précisé le D^r Dutil. Aux yeux de certains fonctionnaires, les GMF doivent être constitués de professionnels de la santé dont font partie les médecins et les infirmières. La pratique de la médecine familiale devient l'affaire d'un groupe. Pour nous, les omnipraticiens doivent constituer le cœur des GMF. Ils forment un groupe dans lequel s'intégreront les infirmières et qui sera en lien avec les autres professionnels de la santé. »



Les cabinets privés ont besoin d'aide

Entretien avec le Dr Yves Langlois, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu/Saint-Laurent



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Yves Langlois.

M.Q. – Quels sont vos objectifs pour la prochaine année en tant que président d'association et membre du Bureau de la FMOQ ?

Je pense qu'il faut travailler à améliorer les conditions d'exercice des médecins dans les cabinets privés. C'est d'ailleurs une priorité que reconnaît l'entente-cadre de 1998-2002. L'accord stipule que les sommes résiduelles des enveloppes devront d'abord être affectées à la pratique médicale dans les cabinets. Je pense qu'il faudra travailler à diriger ces montants aux bons endroits.

Il faut également s'assurer que le gouvernement a conscience de l'importance des problèmes que connaissent les cliniques privées. Au début de septembre, le porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux, M. Alain Vézina, affirmait dans *La Presse* qu'il n'avait jamais entendu parler du manque de médecins dans les cabinets privés de Montréal. Je suis tombé en bas de ma chaise. Il va falloir que la FMOQ insiste à nouveau sur ce point.

Pour ma part, je compte faire des démarches auprès de la Santé publique et du Collège

des médecins du Québec pour les sensibiliser au manque de ressources des cabinets privés et aux conséquences qui en découlent pour la population. D'un côté, les patients et le Collège exigent des services médicaux de qualité, mais de l'autre, les omnipraticiens ne disposent pas des moyens nécessaires. Les médecins sont pris dans un étiau.

M.Q. – Quels sont les principaux problèmes dans votre région ?

L'état des effectifs n'est pas aussi catastrophique que dans d'autres régions, sauf à Sorel, où le manque d'omnipraticiens est criant. Le principal problème qui se dessine est celui de la relève et des cabinets privés. Plusieurs cliniques de notre territoire sont en crise. Elles doivent réduire leurs heures de consultations sur et sans rendez-vous parce qu'elles ne parviennent plus à recruter des cliniciens.

La question de la prise en charge des patients m'inquiète particulièrement. La plupart des médecins des cabinets n'acceptent plus de prendre de nouveaux patients dans notre région. Mais il y a des malades qui ont vraiment besoin de services, par exemple parce qu'ils sortent de l'hôpital. Ils ont d'énormes difficultés à se trouver un médecin traitant et se promènent d'un service de consultation sans rendez-vous à l'autre, sans vraiment être pris en charge. À mon avis, cela commence à poser un problème de santé publique.

M.Q. – Quelle est la cause du problème, à votre avis ?

Le gouvernement a favorisé sur le plan financier le travail médical dans les établissements. La rémunération dans les cabinets privés n'est par conséquent plus vraiment compétitive. D'ailleurs, une partie des activités que nous faisons en pratique privée n'est pas rétribuée. Sur le plan organisationnel, les cabinets n'ont également pas d'aide. Ils ont peu accès aux ressources diagnostiques et ne disposent pas de ressources professionnelles telles que des psychologues ou des travailleurs sociaux pour les cas compliqués.

M.Q. – Est-ce que les groupes de médecine familiale (GMF) seraient une solution ?

Je pense que les GMF constituent une solution si l'on emprunte la bonne voie. J'espère que l'implantation de ces groupes

nous permettra d'avoir une meilleure organisation, un meilleur partage des tâches, mais aussi de l'aide. Bien des omnipraticiens craignent que les GMF soient encore une façon de taxer les médecins, qui en font déjà beaucoup. Nous n'avons pas encore de crise aiguë, mais elle ne tardera pas si rien n'est fait pour améliorer la situation.

M.Q. – Y a-t-il un GMF dans votre région ?

Un groupe a été choisi en Montérégie, à Ormstown, mais il n'y en a aucun dans la région du Richelieu/Saint-Laurent. Je suis un peu déçu du choix de ce projet. Il est probablement très valable, mais il existe depuis déjà quelques années et a été mis sur pied grâce à des subventions fédérales. J'aurais préféré que le ministère de la Santé et des Services sociaux retienne un nouveau projet. Il y en avait de très intéressants à Sorel, à Cowansville et à Granby. Je crois que l'on aurait fait un choix plus éclairé si l'on avait sélectionné un projet comme celui de Sorel, une ville qui a des problèmes d'effectifs. Cela aurait donné l'occasion de voir si un GMF peut permettre de surmonter le manque d'omnipraticiens en améliorant l'organisation de la première ligne de soins.

Il est relativement urgent que les GMF commencent à fonctionner. Il ne faudrait pas que l'expérience s'étire indéfiniment et que les médecins des cabinets privés qui n'en font pas partie restent sans ressources. En attendant, il faut mieux les outiller. On doit le faire concurremment avec l'implantation des GMF. Il faut faciliter la pratique dans les cabinets, tant du point de vue financier qu'organisationnel.

M.Q. – Y aurait-il d'autres solutions pour réduire les problèmes d'effectifs ?

Dans notre région, une centaine de médecins œuvrent en santé publique ou travaillent dans des programmes de CLSC. Je ne mets pas en doute l'importance de leurs activités, mais cela m'inquiète parce que nous avons besoin de récupérer toutes les forces vives en médecine. C'est une question de priorité des besoins. En période de pénurie, il faut donner présence aux services qui permettent de répondre directement aux besoins de la population. ☞

La réussite du projet et son expansion à tout le Québec ne sont pas gagnées d'avance. « J'observe les expériences semblables qui se déroulent dans d'autres provinces.

En Ontario, par exemple, 30 groupes ont été implantés depuis trois ans. Mais leur nombre stagne. Nous ne serons peut-être pas capables de faire

mieux au Québec. L'Ontario y a pourtant investi beaucoup d'argent et accordé bien des incitatifs », a expliqué le Dr Dutil. ☞

Rencontre avec les médias

les activités automnales de la FMOQ

Le programme automnal de la FMOQ sera chargé : un important congrès syndical, six symposiums de formation médicale continue et évidemment, des négociations avec le gouvernement, ont expliqué aux journalistes le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, et le **D^r Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la Fédération.

Cette conférence de presse, contrairement aux autres organisées au cœur de crises, au milieu de dossiers chauds ou dans des périodes d'intenses négociations, était destinée à faire connaître des pans importants, mais moins connus, de l'activité de la FMOQ.

Pendant l'automne, les négociations avec le gouvernement, mandat principal de la Fédération, se poursuivront. Mais le principal événement syndical sera son quatorzième congrès, qui a lieu au milieu d'octobre. « Il revêt, cette année, une importance particulière, parce que nous sommes à un carrefour dans la réorganisation des soins de première ligne », a expliqué le D^r Dutil.

Le grand thème du congrès syndical : la place de l'omnipraticien dans les services de première ligne. « Nous allons évaluer les mesures mises sur pied au cours des dernières années, comme l'implantation des départements régionaux de médecine générale (DRMG) et la création de nombreux réseaux de services auprès des clientèles vulnérables. Nous voulons faire le point sur des questions d'actualité comme les groupes de médecins de famille, la répartition des rôles professionnels entre omnipraticiens et infirmières, et la formation professionnelle des médecins. »

Au cours du colloque, les généralistes auront également l'occasion de discuter des différentes questions que la FMOQ devra négocier avec le gouvernement au cours du prochain accord-cadre de 2002-2005. L'entente actuelle expire à la fin mars, et les discussions doivent s'amorcer six mois auparavant. « Un congrès syndical constitue l'une des grandes occasions pour les

médecins de la base de participer à l'élaboration des politiques de la FMOQ », a indiqué le président.

La formation : une activité importante de la FMOQ

La FMOQ consacre une partie importante de ses activités à la formation de ses membres. « Depuis sa création, la Fédération y a investi beaucoup d'efforts et a mis sur pied la plus grande structure de formation médicale continue de la province », a expliqué le D^r Raïche. Cet automne seulement, des congrès de formation destinés aux médecins porteront sur la neurologie, la santé des femmes, l'obstétrique, le diabète et les dyslipidémies.

Les médecins tiennent à garder leurs connaissances à jour. « L'année dernière, 5488 des quelque 6600 omnipraticiens qui pratiquent ont participé à nos activités de formation continue. Chaque praticien consacre plus de 30 heures par année à parfaire ses connaissances », a expliqué le D^r Raïche. Dans la dernière négociation de l'accord-cadre, les omnipraticiens avaient d'ailleurs demandé au gouvernement de créer un fonds d'allocation de formation continue pour l'ensemble des généralistes.

La rencontre de presse a également donné aux journalistes l'occasion d'obtenir diverses informations sur les dossiers de l'heure : les primes versées aux médecins de l'urgence, les groupes de médecins de famille et le manque d'effectifs médicaux. ❧



Dans l'ordre habituel, les D^s Pierre Raïche et Renald Dutil.

Photo : Emmanuèle Garnier.

Programme CURATA quel AINS oser pour l'arthrose ?

Dans quels cas faut-il prescrire un gastroprotecteur en plus d'un coxib aux patients souffrant d'arthrose ? Quand un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) traditionnel est-il préférable pour ces malades ? Un nouveau programme québécois de gestion thérapeutique fondé sur un arbre décisionnel répond à ces questions : CURATA (Concertation pour une utilisation raisonnée des anti-inflammatoires dans le traitement de l'arthrose).

« Il y a un problème dans le traitement de l'arthrose au Québec », estime le **D^r Louis Bessette**, rhumatologue au Centre hospitalier régional de Rimouski, qui a créé, en collaboration avec le **D^r Denis Choquette**, rhumatologue au centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'algorithme du programme CURATA (voir le schéma, page 28). « Nous voulions redéfinir la place des coxibs et des AINS traditionnels dans l'ensemble du traitement de l'arthrose. Nous désirions également préciser le rôle des traitements non pharmacologiques. »

Un choix en fonction des facteurs de risque

Que préconise l'algorithme ? Il propose plusieurs mesures de traitement de première intention. Il y a d'un côté la voie non pharmacologique : l'exercice, la diète, la physiothérapie et l'ergothérapie. Du côté des médicaments, l'arbre décisionnel conseille l'acétaminophène comme premier analgésique. Il recommande également au médecin de songer à la possibilité de prescrire des infiltrations intra-articulaires de corticostéroïdes.

Que faire si la douleur du patient persiste ? L'algorithme suggère ensuite le choix d'un AINS selon la présence ou l'absence de facteurs de risque de complications gastro-intestinales

graves. Si le malade n'est pas susceptible d'avoir une perforation, un ulcère ou des saignements, le clinicien peut préconiser la prise d'un AINS traditionnel. « Certains médecins se demandent pourquoi employer encore ces médicaments en 2001, alors que les coxibs sont maintenant disponibles, explique le D^r Bessette. Les AINS traditionnels coûtent beaucoup moins cher et sont des médicaments que l'on connaît bien. Le naproxen ne sera pas retiré demain du marché à cause de l'apparition d'un nouvel effet secondaire. Les coxibs, par contre, sont des médicaments nouveaux, dont on ne connaît pas encore tous les effets secondaires possibles. Quand ils ont été homologués, on ignorait, par exemple, qu'ils pouvaient causer une insuffisance rénale. »

L'algorithme conseille, par contre, le recours aux inhibiteurs hautement sélectifs de la COX-2 quand le patient présente des facteurs de risque de perforation, d'ulcère ou de saignement : âge avancé, antécédents d'ulcère, prise de corticostéroïdes, diabète, etc. Mais à quels patients faut-il prescrire un gastroprotecteur en

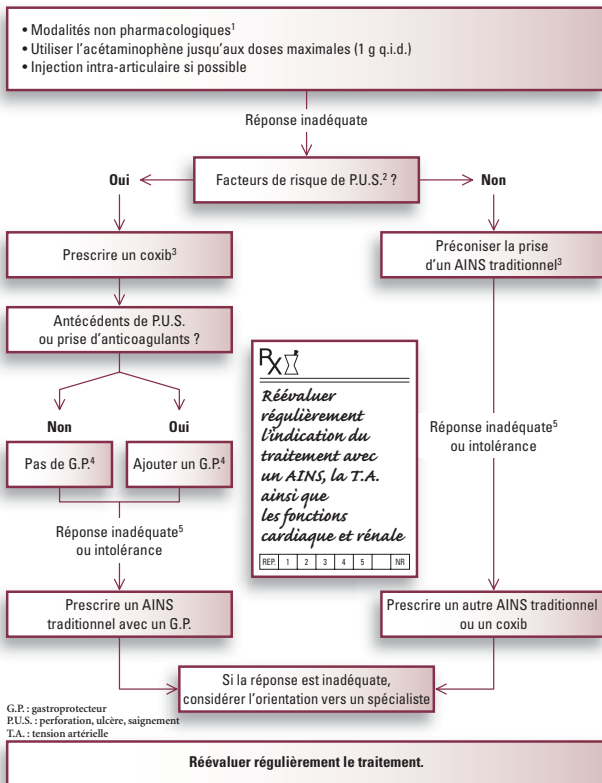


Le D^r Louis Bessette.

Échographies, ce mois-ci

Programme CURATA quel AINS oser pour l'arthrose ?	26
Coxibs et troubles cardiovasculaires qu'en est-il vraiment ?	28
Prévention du cancer de l'estomac mettre <i>Helicobacter</i> au pilori	32
Homologation du Nexium	34
Une médaille pour le D ^r Yves Lamontagne	34
Sida pouvoir consulter un expert 24 heures sur 24	34
Troubles auditifs chez les enfants la prévalence augmente avec l'âge	35
Vaccination et convulsions peu de risques de séquelles	37
Méningococcies au Maryland les adolescents sont les plus frappés	168
Jeunes, méningococcie et dortoirs	175

Traitement de l'arthrose : arbre décisionnel



¹ Modalités non pharmacologiques

A. Éducation

- Enseignement et rassurance sur la maladie : bien expliquer au patient ce qu'est l'arthrose, ses causes, les conséquences et le pronostic de la maladie
- Explication du but du traitement (soulager la douleur, maintenir un bon fonctionnement quotidien, améliorer la qualité de vie)
- Enseignement sur le diabète (perte de poids) et les exercices
- Enseignement sur le traitement médicamenteux (analgésiques simples vs AINS)

B. Réadaptation

Physiothérapie

- Exercices d'amplitude articulaire (arthrose de la hanche et du genou)
- Exercices de renforcement musculaire (arthrose de la hanche et du genou)

Ergothérapie

- Protection articulaire et conservation d'énergie
 - Aides techniques pour les activités de la vie quotidienne
- Exercices aérobiques de conditionnement
Orthèses, chaussures et aides à la marche (cane)

² Facteurs de risque de P.U.S.

- Âge > 75 ans
- Antécédents d'ulcère ou d'hémorragie des voies digestives hautes
- Prise de corticostéroïdes
- Maladie systémique sévère : MCAS, diabète, MPOC, etc.
- Prise d'anticoagulants
- Prise d'autres AINS incluant l'AAS à petites doses
- Entre 65 et 75 ans, en l'absence de facteurs de risque, tenir compte de l'état général du patient

³ Évitez de prendre des AINS (coxib et AINS traditionnels) en présence d'hypertension artérielle non maîtrisée, d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale.

⁴ Gastroprotecteur : misoprostol, dose quotidienne minimale de 600 µg, ou inhibiteur de la pompe à protons

⁵ La réponse thérapeutique à un anti-inflammatoire non stéroïdien à dose maximale peut être considérée comme inadéquate s'il n'y a pas eu d'amélioration 7 à 10 jours après le début du traitement.

28

plus du coxib ? « Selon les données actuelles sur l'innocuité gastro-intestinale, l'emploi d'un gastroprotecteur avec un coxib est recommandé dans deux situations : lorsque le patient prend un anticoagulant ou quand il a des antécédents d'ulcère peptique, de saignement ou de perforation. » Si le malade ne tolère pas les coxibs ou n'y répond pas, l'étape suivante est le recours à un AINS traditionnel avec un gastroprotecteur.

Il faut ensuite reconsidérer régulièrement si l'AINS est toujours indiqué. Les AINS ne sont pas exempts d'effets secondaires, et l'intensité de la douleur de l'arthrose varie grandement avec le temps. « Pendant une période de douleur moins intense, le patient peut essayer à nouveau l'acétaminophène. Il peut également apprendre à employer les

médicaments prescrits au besoin en fonction de l'intensité de sa douleur. Il est important de savoir que les AINS ne modifient pas l'évolution de la maladie. » Les cliniciens doivent également surveiller les fonctions cardiaque et rénale, ainsi que la tension artérielle de leur patient. Tant les coxibs que les AINS traditionnels peuvent les affecter.

De nombreux partenaires

Le programme CURATA offre également aux médecins un atelier de formation reposant sur l'algorithme du traitement de l'arthrose. Depuis novembre 2000, quelque 250 généralistes y ont participé. Le programme a été mis au point avec la collaboration de nombreux organismes, dont l'Université de Montréal, les associations des rhumatologues et

des gériatres, ainsi que les ordres des pharmaciens, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes.

Pour plus d'information, communiquer avec le **D^r Robert Thivierge**, vice-doyen à l'Éducation médicale continue de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, au (514) 343-6367. ☎

Coxibs et troubles cardiovasculaires

qu'en est-il vraiment ?

« Nos découvertes semblent indiquer que les inhibiteurs de la COX-2 actuellement disponibles pourraient potentiellement augmenter le taux de problèmes cardiovasculaires », déclarent le **D^r Debabrata Mukherjee** et ses collègues dans le *Journal of the*



Le D^r Paul Poirier.

*American Medical Association (JAMA)*¹. Les investigateurs de la Cleveland Clinic Foundation se sont aperçus en analysant les données de l'étude VIGOR que le rofécoxib (Vioxx®) était associé à un risque relatif de trouble cardiovasculaire grave de 2,4 par rapport au naproxen. La probabilité atteignait même 4,9 dans le sous-groupe de patients qui auraient eu besoin d'aspirine.

Les coxibs sont-ils si inquiétants ? Le D^r Paul Poirier, cardiologue à l'Hôpital Laval, n'en est pas convaincu. « Dans l'étude VIGOR, 1,1 % des patients qui ont pris du rofécoxib ont eu des problèmes cardiovasculaires, et 0,5 % de ceux qui ont reçu du naproxen. Comme clinicien, une augmentation de 0,6 % du risque absolu ne m'inquiète pas beaucoup. » En fait, les chercheurs n'ont recensé que 66 problèmes cardiovasculaires graves dans cette étude de 8076 patients, qui s'est étendue sur une dizaine de mois. La moitié des sujets prenait 1000 mg par jour de naproxen et l'autre 50 mg de rofécoxib quotidiennement. « Ces doses de Vioxx ne sont pas employées en clinique. On n'y recourt que pour traiter les douleurs aiguës », fait également remarquer le D^r Poirier, aussi directeur médical du pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Hôpital Laval.

Résultats contradictoires

Les résultats de l'essai CLASS, que les chercheurs ont aussi disséqués, vont cependant à contresens de ceux de l'étude VIGOR. Dans cette recherche, aucune différence significative n'est apparue entre le taux de complications cardiovasculaires des participants qui prenaient

du célécoxib et celui des patients qui recevaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). « Cela pourrait être dû à l'emploi de faibles doses d'aspirine », avancent entre autres les chercheurs. Un certain pourcentage de patients prenaient ce médicament, contrairement aux sujets de l'étude VIGOR.

Le D^r Mukherjee et ses collaborateurs ont par ailleurs établi que le taux annualisé d'infarctus du myocarde était de :

- 0,74 % chez les patients qui recevaient du rofécoxib dans l'étude VIGOR ;
- 0,80 % chez ceux qui étaient traités avec du célécoxib dans l'essai CLASS ;
- 0,52 % dans les trois groupes témoins d'une méta-analyse regroupant quatre études portant sur l'efficacité de l'aspirine dans la prévention primaire.

Les auteurs sont les premiers à reconnaître que ces comparaisons sont un peu bancales. Ainsi, dans l'étude VIGOR, les patients souffraient d'arthrite rhumatoïde, une affection qui augmente le risque de crises cardiaques. Dans l'essai CLASS, les participants étaient atteints soit d'ostéoarthrite, soit d'arthrite rhumatoïde. Et dans la méta-analyse qui a servi de point de comparaison, certains sujets n'avaient pas de problèmes de santé particuliers, mais d'autres souffraient d'hypertension et de diabète. « Les chercheurs ont-ils corrigé les chiffres en fonction de la présence du diabète ? Je l'ignore », critique le D^r Poirier.

Un mécanisme physiopathologique logique

Pourquoi les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 accroîtraient-ils le taux de problèmes cardiovasculaires ? Le D^r Mukherjee et ses collègues fournissent une explication physiopathologique logique. Le rofécoxib et le célécoxib diminueraient la production d'une substance vasodilatatrice et antiplaquettaire, la prostacycline PGI₂. De plus, contrairement aux AINS non sélectifs, les coxibs ne freineraient pas la fabrication de thromboxane A₂, qui a une activité thrombotique.

« Le mécanisme que les auteurs proposent est intéressant, estime le D^r Poirier. Mais faut-il

1. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001 ; 286 : 954-9.

pour cela éviter de prescrire des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ? Je n'en suis pas sûr. Les résultats de l'étude CLASS montrent qu'il n'y a pas de différence dans l'apparition de problèmes cardiaques quand l'aspirine est utilisée simultanément. Mais tant que nous n'aurons pas de données, il faudra faire attention. Une véritable étude doit être faite. »

Les D^{rs} **Garret FitzGerald** et **Carlo Patrono**, qui ont signé une revue de littérature sur les coxibs en août dernier dans le *New England Journal of Medicine*, ont une vision similaire à celle du cardiologue². « Comme des problèmes cardiovasculaires ont été observés dans l'essai VIGOR, et que tant le rofécoxib que le célécoxib ont été associés à des modifications de la pression artérielle – modestes, mais potentiellement pertinentes sur le plan clinique –, il est impératif d'élucider les effets cardiovasculaires et rénaux de ces deux médicaments. Il est également indispensable d'étudier leurs interactions avec de potentielles thérapies adjuvantes, comme de faibles doses d'aspirine. »

Les D^{rs} FitzGerald et Patrono suggèrent de prescrire aux patients arthritiques ayant eu une complication cardiovasculaire grave de faibles doses d'aspirine lorsqu'ils sont traités avec des coxibs. Mais les deux praticiens se posent néanmoins des questions. Qu'en est-il des complications gastro-intestinales ? Est-ce qu'une association des deux médicaments continuerait à donner un avantage aux coxibs sur les AINS non sélectifs ?

Boehringer Ingelheim, pour sa part, n'hésite pas à tirer profit du doute créé par l'analyse du *JAMA*. Son produit, le méloxicam (Mobicox®), troisième AINS sélectif de la COX-2 à être homologué au Canada, n'est pas un coxib, mais un oxicam. « Les données provenant d'une analyse regroupant 35 études cliniques menées auprès de 27 039 patients ont démontré que Mobicox n'augmentait pas le risque d'effets indésirables cardiovasculaires, résultat comparable à celui du placebo », affirme la compagnie. ☞

2. FitzGerald G, Patrono C. The coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 433-42.

Prévention du cancer de l'estomac mettre *Helicobacter pylori*

L'éradication de l'infection à *Helicobacter pylori* permettrait-elle de prévenir le cancer de l'estomac ? Cela pourrait être le cas, selon les données d'une étude japonaise publiée dans le *New England Journal of Medicine*.

La D^{re} **Naomi Uemura** et ses collègues ont suivi pendant 7,8 ans 1526 de leurs compatriotes souffrant soit d'ulcères duodénaux, soit d'ulcères gastriques, d'hyperplasie gastrique ou de dyspepsie sans ulcères. Chez ces sujets, 1246 recelaient une infection à *H. pylori*, et 280 en étaient exempts. Que leur est-il arrivé au fil des ans ? Parmi les patients infectés par la bactérie, 2,9 % ont eu un cancer de l'estomac. Par contre, aucun cas n'est survenu chez les patients non contaminés. En outre, pas un des 253 patients chez qui *H. pylori* a été éradiqué n'a souffert d'un cancer gastrique durant le suivi de 4,8 ans de ce sous-groupe³.

« Jusqu'à présent, on se demandait s'il valait la peine de traiter un patient de 50 ans infecté par *H. pylori* alors qu'il avait probablement été porteur de la bactérie toute sa vie. Selon les résultats des chercheurs, il semblerait que cette mesure puisse être utile, puisque les personnes chez qui *H. pylori* a été éradiqué n'ont pas eu de cancer. Ce constat est très important. Mais il ne s'agit que d'une étude, et le nombre de patients traités n'était pas énorme », analyse le D^r **Pierre Poitras**, chef du service de gastro-entérologie du centre hospitalier de l'Université de Montréal.



Le D^r Pierre Poitras.

Des données universelles ?

Dans quelle mesure les résultats de l'étude

3. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 784-9.

japonaise s'appliquent-ils aux patients occidentaux ? La fréquence des cancers de l'estomac est particulièrement élevée chez les Nippons. En Occident, au contraire, l'incidence de l'affection tend à décroître. Les nouvelles données publiées dans le *New England Journal of Medicine* pourraient-elles changer les recommandations sur le dépistage et le traitement de l'infection à *H. pylori* ?

« Les derniers consensus recommandaient de traiter les patients chez qui l'on découvrait une infection à *H. pylori*, à cause du risque de cancer. Mais aucun dépistage de masse de la bactérie n'était conseillé, explique le D^r Poitras, également professeur de médecine à l'Université de Montréal. On peut présumer que les conclusions de l'étude de la D^{re} Uemura s'appliquent aussi à une population occidentale, mais le nombre de patients nécessaires pour obtenir un bénéfice sera cependant beaucoup plus grand. Je ne suis pas convaincu qu'à la lumière de ces nouvelles données un dépistage systématique sera recommandé en Amérique. Mais peut-être le sera-t-il au Japon. »

Les taux de cancer que la D^{re} Uemura et ses collaborateurs ont relevés sont d'ailleurs très élevés. Parmi les sujets infectés par *H. pylori*, ils ont découvert un cancer de l'estomac chez 4,7 % des patients qui avaient une dyspepsie sans ulcère, chez 3,4 % de ceux qui souffraient d'ulcères gastriques, et chez 2,2 % des sujets qui avaient des polypes gastriques. Aucune tumeur maligne gastrique n'a toutefois été détectée chez les patients qui souffraient d'ulcères duodénaux.

Les investigateurs avaient déjà mis en lumière l'utilité d'éradiquer

H. pylori dans des travaux antérieurs. « Nous avons montré que chez les patients atteints d'un cancer gastrique à son début (*early gastric cancer*) traité par une résection muqueuse endoscopique, l'éradication de *H. pylori* prévient l'apparition d'une nouvelle tumeur ou d'un cancer occulte (indélectable par endoscopie au moment du

traitement initial) », expliquent les auteurs.

Les données de la D^{re} Uemura et de son équipe viennent s'ajouter à celles d'autres recherches qui ont établi un lien entre *H. pylori* et le cancer de l'estomac. « Prises ensemble, ces études indiquent que l'association entre l'infection à *H. pylori* et le cancer de l'estomac



DE LA LUTÉINE PLEIN LES Y'ŒUFS !

Il a été démontré que les caroténoïdes tels que la lutéine pourraient jouer un rôle important en réduisant le risque de formation de cataractes et de dégénérescence pigmentaire de la macula associée au vieillissement*. Les caroténoïdes s'accumulent dans la région maculaire de l'œil et semblent le protéger contre les rayons ultraviolets. En moyenne, le jaune d'œuf contient 30 µg de lutéine par 100 g, et les études démontrent que l'organisme métabolise mieux la lutéine provenant des œufs que celle provenant des légumes à feuilles vertes. Qui dit œuf dit excellente alimentation à faible coût.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?

* Mueller et coll. JACN 2000; 19(5):523s-527s.

OFFICE CANADIEN DE
CONSUMÉTEURS
DES ŒUFS
CANADIAN OIL
EGG PROCESSOR
ASSOCIATION

www.œufcanada.ca

arrive au même rang que celle qui lie le tabagisme et le cancer du poumon », estiment pour leur part **M. James Fox**, du Massachusetts Institute of Technology, et le **D^r Timothy Wang**, de l'University of Massachusetts Medical Center, dans l'éditorial qui accompagne l'article⁴. ☞

Homologation du Nexium

AstraZeneca vient de lancer un nouvel inhibiteur de la pompe à protons : l'esoméprazole magnésien (Nexium®). Il est indiqué pour le traitement des affections exigeant une diminution de la sécrétion d'acide gastrique – comme l'œsophagite par reflux et le reflux gastro-œsophagien symptomatique – et le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori*.

Quatrième produit de sa classe à être homologué au Canada, l'esoméprazole arrive après l'oméprazole (Losec®), le lansoprazole (Prevacid®) et le pantoprazole (Pantoloc™). « L'esoméprazole est au moins aussi efficace que les autres médicaments. Il agit rapidement, comme le pantoprazole et le lansoprazole, est dépourvu d'effets secondaires et ne cause pas d'interactions médicamenteuses. Mais le principal avantage du Nexium réside dans son prix. À un coût équivalent, un comprimé de 40 mg d'esoméprazole a un pouvoir d'inhibition de l'acide équivalent à deux comprimés de 20 mg d'oméprazole, ou de 40 mg de pantoprazole, ou de 30 mg de lansoprazole », explique le **D^r Pierre Poitras**, chef du service de gastro-entérologie du centre hospitalier de l'Université de Montréal. Quatorze cachets de 20 mg ou de 40 mg de Nexium se vendent environ 39 \$.

Plusieurs études ont comparé l'efficacité de l'esoméprazole avec celle des trois autres médicaments de la même famille. La durée pendant laquelle le pH intragastrique est supérieur à 4 est significativement plus longue avec 40 mg de Nexium qu'avec 40 mg d'oméprazole, 40 mg de pantoprazole et 30 mg de lansoprazole.

4. Fox JG, Wang TC. *Helicobacter pylori* – Not a good bug after all. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 829-32.

Une médaille pour le D^r Yves Lamontagne



Le D^r Yves Lamontagne.

L'Association des médecins de langue française du Canada a choisi de décerner la Médaille du mérite 2001 au **D^r Yves Lamontagne**, psychiatre et président du Collège des médecins du Québec. Cette distinction honorifique est attribuée tous les deux ans à un médecin pour ses réalisations professionnelles exceptionnelles, son dévouement envers la communauté ainsi que sa contribution à l'avancement de la science et au rayonnement de la médecine. Le D^r Lamontagne a déjà été décoré de l'Ordre du Canada et de l'Ordre national du Québec, et est lauréat de nombreux prix.

Prescrit au sein d'une triple thérapie comprenant de la clarithromycine et de l'amoxicilline, l'esoméprazole peut également être indiqué pour le traitement des patients souffrant d'un ulcère duodéal associé à une infection à *H. pylori*. Administré seul, cependant, le Nexium inhibe la bactérie, mais ne l'éradique pas. ☞

Sida

pouvoir consulter un expert 24 heures sur 24

Les omnipraticiens peuvent consulter un médecin expert dans le domaine du sida 24 heures par jour, sept jours par semaine, en appelant au (514) 849-5520 s'ils sont à Montréal, et au 1-800-363-4814 s'ils travaillent

dans un autre endroit de la province.

Le service Consultation SIDA, coordonné par l'Institut thoracique de Montréal de l'Hôpital Royal Victoria, comprend des médecins du Centre universitaire de santé de McGill, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, de l'Hôpital Sainte-Justine et du Centre hospitalier de l'Université Laval.

Ainsi, les experts de Consultation SIDA peuvent être sollicités pour établir un plan de traitement pour une personne sidéenne atteinte d'une grave pneumopathie. Ils peuvent également donner des conseils dans les cas urgents, par exemple si un membre du personnel a été exposé au VIH en se piquant. ☞

Troubles auditifs chez les enfants la prévalence augmente avec l'âge

La prévalence des troubles de l'audition s'accroît au moins jusqu'à l'âge de neuf ans et atteint un niveau plus élevé que ce que l'on estimait auparavant. En Angleterre, où tous les nouveau-nés passent un examen de dépistage, des chercheurs se sont aperçus que même si un problème d'audition est détecté chez 1 bébé sur 1000, il y a de 50 à 90 % plus de cas chez les enfants de neuf ans.

La D^{re} Heather Fortnum, de l'University Park, à Nottingham, et ses collaborateurs ont tenté de recenser tous les enfants de Grande-Bretagne nés entre 1980 et 1995 souffrant d'une perte auditive dépassant 40 dB. Pour les repérer, ils ont envoyé un questionnaire aux professionnels qui enseignent aux jeunes patients ayant des problèmes d'audition ou qui les soignent⁵.

Les investigateurs ont réussi à détecter 17 160 enfants présentant des troubles auditifs graves. Ils ont calculé que la prévalence, qui était de 0,91 chez les enfants de trois ans, s'élevait à 1,65 chez ceux de 9 à 16 ans. Lorsqu'un ajustement est apporté pour compenser la sous-estimation de ces chiffres, la prévalence passe à 1,07 chez les petits, et à 2,05 chez les enfants de neuf ans et plus.

Comment expliquer ces statistiques qui s'alourdissent avec l'âge ? « Bien des gènes dominants de la surdité sont associés à une apparition progressive et tardive de

problèmes d'audition. La hausse de la prévalence des troubles importants s'explique davantage par le fait que certains enfants ont des problèmes auditifs qui s'aggravent progressivement que par un retard de plusieurs années dans la confirmation de troubles de l'audition congénitaux profonds », affirment les auteurs. Certains enfants, cependant, souffrent d'un handicap auditif qui apparaît après la naissance mais est dû à une cause exogène. Ces sujets toutefois ne représentaient que 7 % des cas recensés dans l'étude.

Un test de dépistage universel

On savait déjà que les enfants qui présentent de légers problèmes d'audition peuvent, avec l'âge, avoir des troubles plus importants, explique le D^r Anthony Abela, chef du service d'ORL pédiatrique de l'Hôpital Sainte-Justine. Mais l'étude britannique apporte des chiffres. Le Québec, pour sa part, ne dispose pas de telles statistiques. Les nouveau-nés de la province, contrairement à ceux d'Angleterre, de 35 des 50 états

La MPOC
est rarement
diagnostiquée
avant la soixantaine.

Mais elle
pourrait l'être.

Duché de Québec

5. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, et al. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. *BMJ* 2001 ; 323 : 536-40.



Le Dr Anthony Abela.

de l'ouïe. Ces petits patients repassent un test à l'âge de deux ans, puis à cinq ans.

américains et de l'Ontario, ne passent pas automatiquement des tests d'audition. Seuls les enfants les plus susceptibles de souffrir de problèmes auditifs subissent un dépistage : les prématurés, les enfants ayant des anomalies craniofaciales ou présentant des symptômes laissant craindre une perte

Mais le test de dépistage universel chez les nouveau-nés ne constitue pas l'unique solution pour repérer les enfants ayant un problème auditif, viennent de montrer les résultats de la Dr^e Fortnum. « Les systèmes de surveillance de la santé des enfants devront rester vigilants pour détecter ceux qui ont passé le test de dépistage néonatal mais ont eu une perte auditive subséquente ; qui ont des troubles de l'audition qui se sont manifestés progressivement ou tardivement ; qui avaient de légers troubles inférieurs à 40 dB et, par conséquent, en dessous du seuil fixé ; qui ont émigré d'un pays où le dépistage néonatal universel n'est pas offert ; ou qui n'ont pas eu de test de dépistage », prévient dans son éditorial la Dr^e Shirley Russ, du Cedars-Sinai Medical Center à Los Angeles⁶.

6. Russ S. Measuring the prevalence of permanent childhood hearing impairment. *BMJ* 2001 ; 323 : 525-6.

MPOC Les signes peuvent



à 40-50 ans



à 50-55 ans



à 55-60 ans



Le D^r Abela aimerait que tous les nouveaux du Québec subissent un test de dépistage. En attendant, les médecins doivent être particulièrement vigilants. « Il faut être à l'écoute de la mère. Elle est la première à savoir si l'enfant a un problème d'audition. Elle peut avoir remarqué qu'il ne réagit quand il y a du bruit autour de lui ou expliquer qu'il ne parle pas, ni ne forme de mots. »

À la lumière des résultats des chercheurs britanniques, les problèmes auditifs des enfants doivent-ils être particulièrement surveillés jusqu'à l'âge de neuf ans ? « Cet âge a été déterminé de manière un peu arbitraire dans l'étude. Il faut être vigilant au moins jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge scolaire. Après, il peut s'exprimer et va à l'école. Les établissements scolaires nous envoient parfois des enfants dont la perte auditive n'a pas été détectée par les parents parce qu'elle était progressive et légère. »

Vaccination et convulsions

peu de risques de séquelles

Les parents dont l'enfant a eu des convulsions après l'administration d'un vaccin sont toujours inquiets. Souffrira-t-il de séquelles à long terme ? Cela ne semble pas être le cas, indique un article publié dans le *New England Journal of Medicine*⁷. Cette conclusion est d'autant plus importante que le risque de convulsions fébriles est significativement plus élevé avec le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) et l'ancien vaccin

7. Barlow WE, Davis RL, Glasser JW, et al. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. *N Engl J Med* 2001 ; 345: 656-61.

Suite page 165 >>>

être présents avant 50 ans.

Diagnostic précoce. Traitement anticholinergique de base¹.



à 60-70 ans

Atrovent[®]

(bromure d'ipratropium)
Bronchodilatateur



Combivent[®]

(bromure d'ipratropium et
sulfate de salbutamol)
Bronchodilatateur



Où pour simplifier le traitement lorsqu'il faut ajouter un bêta₂-agoniste à courte durée d'action^{1,††}

L'aérosol pour inhalation Atrovent est indiqué pour le traitement d'entretien des patients atteints d'une obstruction chronique réversible des voies aériennes, telle que la bronchite chronique et l'asthme, et répondant bien au traitement. L'aérosol pour inhalation Combivent est indiqué pour le traitement du bronchospasme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Atrovent étaient une sécheresse de la bouche ou de la gorge (9,4 %), des maux de tête (7,9 %), un goût désagréable (3,8 %) et des palpitations (2,1 %) (N=605). Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Combivent étaient les maux de tête (1,1 %), la bronchite (1,1 %) et la toux (1,4 %) (N=358).

†† S'assurer que les symptômes du patient sont bien maîtrisés avec chaque agent séparément et que les doses sont équivalentes.

1. *Lignes directrices pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*, 1^{re} édition 1998. Comité de révision canadien en pneumologie.

2. Chapman KR. *Am J Med* 1996; 100 (suppl 1A): 1A-35 - 1A-95

Chez des femmes adultes qui ont reçu un traitement séquentiel (i.v. – oral) par ZITHROMAX au cours d'essais cliniques sur les infections génitales hautes, les effets indésirables les plus fréquents (> 1 %) ont été de nature digestive. La diarrhée (8,5 %) et les nausées (6,6 %) ont été les plus fréquentes, suivies de la vaginite (2,8 %), des douleurs abdominales (1,9 %), de l'anorexie (1,9 %), des éruptions cutanées et du prurit (1,9 %). Au cours des mêmes essais, quand l'azithromycine a été administrée en concomitance avec du métronidazole, une proportion plus élevée de femmes ont subi les effets indésirables suivants : nausées (10,3 %), douleurs abdominales (3,7 %), vomissements (2,8 %) et enfin, réaction au point d'injection, stomatite, étourdissements ou dyspnée (1,9 % chacun). Les effets indésirables suivants sont apparus à une fréquence de 1 % ou moins :

Appareil digestif : dyspepsie, flatulence, mucosité, muguet et gastrite
Système nerveux : céphalée et somnolence
Allergies : bronchospasmes
Organes sensoriels : dysgueusie

ANOMALIES DES RÉSULTATS D'ANALYSE
Traitement par la voie orale

Chez l'adulte

Au cours des essais cliniques, on a rapporté les anomalies notables suivantes (liées ou non au traitement) :

Fréquence de 1 à 2 % : hausse du taux sérique de créatine phosphokinase, de la kaliémie, des taux sériques d'ALAT (SGPT), de γ -GT et d'ASAT (SGOT).

Fréquence inférieure à 1 % : leucopénie, neutropénie, diminution du nombre de plaquettes, hausse du taux sérique de phosphatase alcaline, de la bilirubinémie, du taux d'azote uréique sanguin, de la créatininémie, de la glycémie, du taux sérique de LDH et de la phosphatémie.

Le suivi des patients a révélé que les anomalies mises en évidence par les épreuves de laboratoire étaient réversibles.

Au cours d'essais cliniques où on a administré des doses multiples à plus de 3000 sujets, trois d'entre eux ont abandonné le traitement en raison d'anomalies des enzymes hépatiques liées au traitement et un quatrième, à cause d'une anomalie de la fonction rénale.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

TRAITEMENT

Chez l'adulte

COMPRIMÉS : Les comprimés ZITHROMAX peuvent être administrés avec ou sans nourriture.

Pour les infections de la peau et de ses annexes ainsi que les infections des voies respiratoires supérieures et inférieures : La posologie recommandée de ZITHROMAX pour le traitement des malades âgés de 16 ans ou plus est de 500 mg en une seule prise le 1^{er} jour, suivie de 250 mg, une fois par jour, du 2^e au 5^e jour, soit une dose totale de 3,5 grammes.

On n'a décelé aucune variation importante de la pharmacocinétique de l'azithromycine dans le sang, chez les patients atteints d'une dysfonction hépatique légère ou modérée, comparativement à ceux dont la fonction hépatique était normale. Par ailleurs, l'élimination de l'azithromycine par la voie urinaire semble augmenter chez ces patients. Il n'est donc pas nécessaire de régler la posologie chez les patients souffrant d'une dysfonction hépatique légère ou modérée. Néanmoins, la foie étant la principale voie d'élimination de l'azithromycine, la prudence s'impose lorsqu'il s'agit de prescrire ZITHROMAX à des malades souffrant d'une hépatopathie grave.

VOIE INTRAVEINEUSE

CHEZ L'ADULTE

Cas de pneumonie extra-hospitalière nécessitant un traitement initial par la voie intraveineuse

On recommande une perfusion i.v. quotidienne unique de 500 mg durant 2 jours au moins, suivie d'un traitement par la voie orale à raison de 500 mg par jour pour une durée totale du traitement de 7 à 10 jours.

PRÉSENTATION

COMPRIMÉS à 250 mg : Chaque comprimé ZITHROMAX pelliculé de couleur rose, ayant plus ou moins la forme d'une capsule, gravé « Pfizer » sur l'une des faces et rainuré sur l'autre face, contient 250 mg d'azithromycine sous forme de dihydrate d'azithromycine. Le médicament est présenté en flacons de plastique blanc (polyéthylène de haute densité) renfermant 30 ou 100 comprimés, ou en plaquettes alvéolées de six comprimés pour un seul traitement (Z-PAK).

Veillez consulter la monographie pour obtenir de plus amples renseignements sur l'innocuité et la mise en garde.

† Licence accordée par Pflva

ZITHROMAX figure dans l'annexe F de la loi des aliments et drogues.

Références (L.V.R.I.)

1. Monographie de ZITHROMAX®, Pfizer Canada Inc., février 2000.



Nez parler, le vie

©2000
 Pfizer Canada Inc.
 Kirkland (Québec)
 H9J 2M5

no.1.LRTI.10/99
 *M.C. de Pfizer Products Inc.
 Pfizer Canada Inc., licencié

échographies

◀◀◀ Suite de la page 37

anticoquelucheux à cellules entières.

M. William Barlow et ses collègues des Centers for Disease Control and Prevention se sont intéressés aux éventuelles réactions qui pouvaient être liées à l'injection du vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux à cellules entières (DCT) d'une part, et du RRO d'autre part : apparition de convulsions, convulsions subséquentes et troubles neurodéveloppementaux.

Les chercheurs, qui se sont servis des données de quatre importantes HMO (*health maintenance organizations*), ont calculé le risque relatif de convulsions fébriles et non fébriles sur 679 942 enfants après 340 386 immunisations avec le vaccin DCT, 137 457 avec le RRO, ou aucune vaccination récente. Les investigateurs ont ensuite suivi les sujets qui avaient été victimes de convulsions fébriles.

Résultats ? L'administration du vaccin RRO était associée à un risque relatif de convulsions fébriles de 2,83 entre le huitième et le quatorzième jour après l'immunisation. Le nombre d'enfants victimes de ce problème a été estimé à 25 à 34 par 100 000. L'injection du vaccin DCT, elle, était liée à un risque de 5,7, mais seulement le jour de la vaccination. Le nombre d'enfants affectés a été évalué à 6 à 9 par 100 000. Aucun des deux vaccins n'a néanmoins été lié à une augmentation du risque de convulsions non fébriles.

Aucune séquelle neurologique

Les enfants victimes de convulsions fébriles ont-ils ensuite eu des problèmes neurologiques ? « Ceux qui ont eu des convulsions fébriles après l'immunisation ne couraient pas plus de risques d'avoir des convulsions subséquentes ou des incapacités neurodéveloppementales que les sujets qui avaient subi des convulsions fébriles non associées à la vaccination. » D'ailleurs, aucun des 41 enfants qui ont eu des convulsions accompagnées de fièvre après la vaccination n'a ensuite été atteint d'épilepsie. Par contre, parmi les 521 qui ont fait des convulsions fébriles sans avoir été vaccinés,

Suite page 168 ▶▶▶

On ne sait pas si la simvastatine et ses métabolites peuvent être éliminés par hémodialyse.

POSÉOLOGIE ET ADMINISTRATION

Avant de recevoir ZOCOR® (simvastatine), le patient devrait être soumis à un régime alimentaire équivalant au moins à la phase 1 du régime de l'American Heart Association (AHA) qu'il devra poursuivre pendant le traitement médicamenteux. Un régime hypocalorique et un programme d'exercices peuvent également être instaurés si l'on juge ces mesures nécessaires.

Chez la plupart des patients, la posologie recommandée est de 10 à 40 mg par jour. La posologie maximale est de 80 mg par jour, dose qui peut être requise pour une minorité de patients chez qui les doses plus faibles ne permettent pas d'atteindre les valeurs cibles recommandées dans les lignes de conduite canadiennes sur le cholestérol et les lignes directrices du NCEP.

Maladie coronarienne

Les patients atteints de maladie coronarienne et d'hypercholestérolémie primitive peuvent recevoir une dose initiale de 20 mg par jour, prise en une seule fois, dans la soirée. Le réglage de la posologie, s'il est nécessaire, devrait être réalisé à intervalles d'au moins 4 semaines; la posologie ne doit pas excéder 80 mg par jour, administrés en une seule fois, dans la soirée.

Hyperlipidémie

La dose initiale habituelle est de 10 mg par jour, prise en une seule fois, dans la soirée. Les patients atteints d'hypercholestérolémie légère ou modérée peuvent recevoir une dose initiale de 5 mg de ZOCOR®. Le réglage de la posologie, s'il est nécessaire, devrait être réalisé conformément aux directives ci-dessus (voir Maladie coronarienne sous POSÉOLOGIE ET ADMINISTRATION).

On doit procéder périodiquement à une évaluation du taux de cholestérol et envisager la possibilité de réduire la posologie de ZOCOR® si les concentrations de cholestérol atteignent des valeurs inférieures aux valeurs cibles recommandées dans le deuxième rapport de NCEP (V. S. National Cholesterol Education Program) (voir BIBLIOGRAPHIE).

Traitement concomitant

Voir Association avec d'autres régulateurs du métabolisme lipidique et la rubrique Interactions médicamenteuses.

Lorsque les patients prennent de la cyclosporine, des fibrates ou de la niacine en association avec ZOCOR®, la posologie maximale recommandée de ZOCOR® est de 10 mg par jour (voir Monographie corollaire par une interaction médicamenteuse sous MISE EN GARDE).

COMPOSITION

ZOCOR® (comprimés de simvastatine, norme de Merck Frosst) pour l'administration orale renferme 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg ou 80 mg de simvastatine ainsi que les ingrédients non médicamenteux suivants :

acide ascorbique	hydroxypropylcellulose
acide citrique	lactose
amidon préaggloméré	méthylcellulose
butylhydroxytoluène	sécherie de magnésium
cellulose microcristalline	talc
dioxyde de titane	

Les comprimés ZOCOR® à 5 mg, à 10 mg et à 20 mg contiennent de l'oxyde ferrique jaune. Les comprimés ZOCOR® à 10 mg, à 20 mg, à 40 mg et à 80 mg contiennent en plus de l'oxyde ferrique rouge.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

ZOCOR® doit être conservé à la température ambiante (entre 15 °C et 30 °C).

PRÉSENTATION

Le comprimé ZOCOR® à 5 mg est de couleur chambré, en forme de bouclier, enrobé par film, estampillé 726 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30.

Le comprimé ZOCOR® à 10 mg est de couleur pêche, en forme de bouclier, enrobé par film, estampillé 735 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30 et flacon en polyéthylène de haute densité de 500.

Le comprimé ZOCOR® à 20 mg est de couleur ocre, en forme de bouclier, enrobé par film, estampillé 740 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30 et flacon en polyéthylène de haute densité de 1000.

Le comprimé ZOCOR® à 40 mg est de couleur rouge briqué, en forme de bouclier, enrobé par film, estampillé 749 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30.

Le comprimé ZOCOR® à 80 mg est de couleur rouge briqué, en forme de capsule, enrobé par film, estampillé 543 d'un côté et 80 de l'autre. Paquet de 30.

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(663-6,10,00)

Références

1. Crouse, J.R. et coll., - Effects of high doses of simvastatin and atorvastatin on high-density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A-1 -, *Am J Cardiol*, 82(10), 1999, p. 1476-1477.
2. Données consignées aux dossiers de Merck Frosst Canada & Cie, Merck Research Laboratories, 1999.
3. Données consignées aux dossiers de Merck Frosst Canada & Cie, monographie de produit, 1999.

34250186, 34250187, 34250188

Membre



Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA & CIE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

◀◀ Suite de la page 165

5 % de ceux qui ont été suivis pendant deux ans ont eu un diagnostic d'épilepsie.

Mais quelle est la situation par rapport aux enfants qui n'ont pas souffert de convulsions ? « Il n'était pas approprié de comparer les sujets qui avaient eu des convulsions fébriles avec ceux qui n'en n'avaient jamais eu, puisque les premiers pouvaient présenter un risque plus élevé d'être victimes de convulsions fébriles non liées à la vaccination. » Deux grandes études ont toutefois montré que les enfants qui avaient été victimes de convulsions fébriles ne différaient pas sur le plan de l'intelligence, du comportement et des progrès scolaires de ceux qui n'en avaient pas eu. ☞

Méningococcies au Maryland

les adolescents sont les plus frappés

Au Maryland, au cours des années 90, les infections invasives à méningocoque se sont multipliées chez les jeunes de 15 à 24 ans, pour ensuite décliner. Dans ce groupe d'âge, la maladie a provoqué un taux élevé de décès, affirment le **D^r Lee Harrison** et ses collègues dans le *Journal of the American Medical Association*⁸. Les chercheurs ont également constaté que la plupart des cas auraient pu être prévenus par l'administration du vaccin polysaccharidique, qui contient les sérogroupes A, C, W-135 et Y de la

bactérie.

De 1992 à 1999, 295 cas sont survenus dans la population du Maryland, dont 71 (24 %) chez les jeunes de 15 à 24 ans. « La découverte la plus frappante était le fait que, chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, près du quart des infections à méningocoque étaient fatales. Nous ne nous y attendions pas, parce que cette maladie provoque habituellement peu de décès dans ce groupe d'âge. Le taux de létalité tend généralement à être plus élevé chez les nouveau-nés et les personnes âgées », expliquent les auteurs.

Dans le groupe des patients de 15 à 24 ans victimes d'une infection invasive, 23 % sont décédés, 5 % chez les plus jeunes, et 17 % chez les adultes de 25 ans et plus. La majorité des décès étaient dus au sérotype C. « Il s'agit du même méningocoque que celui que nous avons au Québec : il vise les adolescents et les tue », affirme le **D^r Yves Robert**, médecin-conseil à la Direction de la



Photo : Emmanuelle Garnier.

Le D^r Yves Robert.

8. Harrison LH, Pass MA, Mendelsohn AB, et al. Invasive meningococcal disease in adolescents and young adults. *JAMA* 2001 ; 286 : 694-9.

Suite page 172 ▶▶▶

◀◀◀ Suite de la page 168

santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mais l'épidémiologie du méningocoque au Maryland est différente de celle du Québec. Chez les jeunes du petit état, 47 % ont été atteints par une bactérie du sérotype C, 31 % par le sérotype Y, 13 % par le sérotype B et 5 % par le type W-135. « Au Canada, et au Québec en particulier, moins de 5 % des cas sont dus au sérotype Y, alors qu'aux États-Unis, il cause au moins 30 % des cas. Par contre, le sérotype C, qui ne domine pas chez nos voisins, est responsable d'au moins 65 % des cas chez nous. L'épidémiologie des sérotypes du méningocoque varie en fait d'une région à l'autre de l'Amérique du Nord. »

Pourquoi les jeunes ?

Le D^r Harrison et ses collaborateurs ont comparé le profil des victimes du méningocoque âgées de 15 à 24 ans à celui des personnes atteintes des autres groupes d'âge. Par rapport aux enfants de moins de 15 ans contaminés, les jeunes de 15 à 24 ans infectés couraient plus de risques d'avoir des

ecchymoses, une méningococcémie sans méningite, un choc, un coma, une thrombocytopénie, un taux de créatinine sérique élevé, une infection causée par un des sérotypes du vaccin polysaccharidique, et de mourir. Comparativement aux adultes de 25 ans et plus, ces jeunes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles d'avoir une méningite, des ecchymoses, un choc et une infection due au sérotype C. « Nous ne connaissons pas le mécanisme responsable du taux élevé de létalité, mais les données cliniques tendent à montrer que l'accroissement de la mortalité est dû à une fréquence élevée du syndrome de méningococcémie », affirment les chercheurs.

Pourquoi ce méningocoque du sérotype C frappe-t-il davantage les adolescents ? « C'est une bonne question, mais nous en ignorons la réponse », répond franchement le D^r Robert. L'explication des auteurs américains n'est pas beaucoup plus éclairante. « Nous soupçonnons que le changement dans l'incidence des infections invasives à méningocoque que nous avons observé était dû à une combinaison de transformations dans l'immunité de la population à l'égard des souches circulantes et

Suite page 175 ▶▶▶

172

L'ADMINISTRATION PAR VOIE INTRAVEINEUSE. (Voir Solutions intraveineuses compatibles.) La concentration de la solution diluée devait être de 2 mg/mL, avant l'administration. Solutions intraveineuses compatibles : Vous pouvez utiliser l'une ou l'autre des solutions intraveineuses suivantes pour préparer une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL : dextrose à 5 % pour injection, USP; chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; dextrose à 5 % et chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; lactate de Ringier et dextrose à 5 % pour injection, USP; bicarbonate de sodium à 5 % pour injection, USP; Plasma-Lyte 56/dextrose à 5 % pour injection, USP; lactate de sodium M/6 pour injection, USP. Préparation de la solution : Pour préparer la solution de TEQUIN I.V. pour administration par voie intraveineuse, il faut ajouter 20 mL du produit à 10 mg/mL à 80 mL de diluant pour obtenir 100 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 200 mg de gatifloxacine, ou 40 mL du produit à 10 mg/mL à 160 mL de diluant pour obtenir 200 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 400 mg de gatifloxacine. Il faut inspecter à l'œil nu la fiole de médicament intraveineux afin de détecter toute particule en suspension avant la dilution et l'administration. Les solutions contenant des particules visibles doivent être mises au rebut. Étant donné qu'aucun agent de conservation ni agent bactéricide n'est ajouté à ce produit, il faut utiliser une technique aseptique lors de la préparation de la solution intraveineuse finale. Puisque les fioles sont destinées à un usage unique, toute portier inutilisée de leur contenu devrait être jetée. Puisqu'on dispose de peu de données sur la compatibilité de la solution de gatifloxacine pour injection intraveineuse avec d'autres substances administrées par voie intraveineuse, on ne devrait pas ajouter d'additifs ni d'autres médicaments dans les fioles antiseptice de TEQUIN I.V. ni perfuser simultanément ces agents et la gatifloxacine dans la même tubulure intraveineuse. Si la même tubulure intraveineuse est utilisée pour effectuer la perfusion séquentielle de plusieurs médicaments, il faudrait alors rincer la tubulure avant et après la perfusion de TEQUIN I.V. avec une solution de perfusion compatible avec TEQUIN I.V. et un autre médicament administré par la même tubulure. Si l'on doit administrer au même temps TEQUIN I.V. et un autre médicament, on devrait les administrer séparément, selon la dose et la voie d'administration recommandées pour chacun d'eux. RENSEIGNEMENTS PHARMACÉUTIQUES INGRÉDIENT ACTIF Nom propre : gatifloxacine. Nom chimique : sesquihydrate de l'acide (±)-1-cyclopropyl-6-fluoro-1,4-dihydro-8-méthoxy-7-(3-méthyl-1-piperazinyl)-4-oxoquinoline-3-carboxyle. Formule simplifiée : C₁₉H₂₀FN₃O₅ · 1,5 H₂O. Poids moléculaire : 402,42. Description La gatifloxacine est une poudre cristalline sesquihydrate dont la couleur varie de blanc à jaune pâle. Elle existe sous forme racémique, sans solution optique nette. La solubilité de la gatifloxacine dans l'eau dépend du pH de la solution. Elle est légèrement soluble dans l'éthanol et l'eau et très soluble dans l'acide acétique. Le point de fusion de la gatifloxacine est de 183 °C. Composition Les comprimés TEQUIN contiennent les ingrédients inactifs suivants : hydroxypropylméthylcellulose, stéarate de magnésium, méthylcellulose, cellulose microcristalline, polyéthylène glycol, polyacrylate 88, silicicacide, glycolate d'ammonium sodique, acide sorbique et dioxyde de titane. TEQUIN I.V. est une solution de gatifloxacine stérile, sans agent de conservation, dont le pH varie de 3,5 à 5,5. TEQUIN I.N. contient les ingrédients inactifs suivants : dextrose anhydre (5 %), eau pour injection, hydroxyde de sodium et acide chlorhydrique (je cas échéant, pour régler le pH). Préparation de la gatifloxacine pour administration par voie intraveineuse Solutions intraveineuses compatibles : Vous pouvez utiliser l'une ou l'autre des solutions intraveineuses suivantes pour préparer une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL : dextrose à 5 % pour injection, USP; chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; dextrose à 5 % et chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; lactate de Ringier et dextrose à 5 % pour injection, USP; bicarbonate de sodium à 5 % pour injection, USP; Plasma-Lyte 56/dextrose à 5 % pour injection, USP; lactate de sodium M/6 pour injection, USP. Préparation de la solution : Pour préparer la solution de TEQUIN I.V. pour administration par voie intraveineuse, il faut ajouter 20 mL du produit à 10 mg/mL à 80 mL de diluant pour obtenir 100 mL d'une solution

de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 200 mg de gatifloxacine, ou 40 mL du produit à 10 mg/mL à 160 mL de diluant pour obtenir 200 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 400 mg de gatifloxacine. Dans la mesure du possible, il faut inspecter à l'œil nu, comme dans le cas de tous les produits parentéraux, la solution intraveineuse pour vérifier sa limpidité, la présence de particules ou d'un précipité, un changement de couleur ou la présence de filtres avant de l'administrer. Il ne faut pas utiliser une solution trouble, qui contient des particules en suspension ou un précipité, qui a changé de couleur ou dont le contenant fuit. Il faut jeter toute perfusion inutilisée. Recommandations – stabilité et emballage Comprimés TEQUIN : Conserver à une température variant entre 15 et 30 °C (de 59 à 86 °F) dans des contenants scellés (USP). TEQUIN I.N. (10 mg/mL) : Conserver à une température variant entre 15 et 30 °C (de 59 à 86 °F). Lorsque TEQUIN I.N. est dilué dans un liquide intraveineux compatible à une concentration de 2 mg/mL, il est stable pendant 24 heures, lorsqu'il est conservé à une température variant entre 15 à 30 °C, ou 72 heures, lorsqu'il est conservé au réfrigérateur à une température variant entre 2 et 8 °C. PRÉSENTATION Comprimés Les comprimés TEQUIN (gatifloxacine) sont conditionnés dans des flacons comme suit : Comprimés à 400 mg : blanc, bisécure, portant l'inscription gravée « BMS » sur un côté et « TEQUIN » et « 400 » sur l'autre. Flacons de 50 comprimés. Solutions intraveineuses TEQUIN I.N. pour administration par voie intraveineuse est offert dans les conditionnements suivants : Fiole uniservice contenant une solution claire, de jaune vertâtre, dont la concentration en gatifloxacine est de 10 mg/mL. Fiole à 40 mL, 10 mg/mL (400 mg).

La monographie de produit est disponible sur demande.

1. Mandell, L.A. Clin Infect Dis. 2008;31:383-421. 2. États-Unis : IMS Santé, vérification nationale du nombre d'ordonnances mensuelles, de décembre 1999 à juillet 2001. Canada : Compuscript, vérification du nombre d'ordonnances mensuelles, juillet 2001. 3. Ramirez, J.S. et coll. J Res Dis. 1998;20(11-suppl) :538-548. 4. Sullivan, J.G. et coll. J Res Dis. 1998;20(11-suppl) :548-558. 5. Fogarty, C. et coll. J Res Dis. 1998;20(11-suppl) :580-589. 6. Pines, P.F. et coll., protocole AH28-804, données en dossier, Bristol-Myers Squibb, 1998. 7. Stonega, J.A.L. et coll. J Res Dis. 1998;20(11-suppl) :511-516. 8. Blumstein, J.M. et coll. Int J Antimicrob Agents. 2000;14:45-58. 9. Stein, B.E. Infect Med. 2000;17:584-570. 10. Fish, B.M. Pharmacoher. 2001;21(1):35-99. 11. Monographie de Tequin. Bristol-Myers Squibb Canada Inc. 12. Breen, J. et coll. J Res Dis. 1999;20(11-suppl) :578-575. 13. Monographie du chlorhydrate de moxifloxacine.

Logo Groupe pharmaceutique Bristol-Myers Squibb avec le slogan « améliorer l'utilisation appropriée des antibiotiques ». Usager autorisé de la MD, Bristol-Myers Squibb Canada Inc.

Bristol-Myers Squibb Canada Inc. 2365, chemin de la Côte-de-Liesse Montréal, Québec H4N 2M7



TABLEAU 1. Ensemble des manifestations indésirables apparues pendant le traitement chez ± 5 % des patients traités par FemHRT

APPAREIL OU SYSTÈME/ Manifestation indésirable	Pourcentage de patientes		
	Placebo N = 247	FemHRT 0,5/2,5 N = 244	FemHRT 1/5 N = 258
CORPS ENTIER	40,1	38,5	39,5
Céphalées	14,8	15,2	18,2
Mal de dos	5,3	5,3	4,7
Infection virale	7,7	8,6	7,8
APPAREIL DIGESTIF	24,4	30,5	33,0
Nausées et/ou vomissements	5,5	5,3	7,4
Douleurs mammaires	4,5	10,2	8,7
Dyspepsie	2,8	5,3	3,1
Diarrhée	5,8	5,7	5,9
APPAREIL LOCOMOTEUR	21,7	20,3	20,4
Arthralgie	6,8	2,9	5,8
Migralgie	8,5	8,6	7,8
FONCTION PSYCHO-BIOLOGIQUE	8,3	7,9	14,1
Nervosité	1,6	1,6	5,4
Dépression	5,8	3,7	5,8
APPAREIL RESPIRATOIRE	37,2	33,9	35,6
Rhinite	15,4	12,7	15,1
Sinuzite	9,7	9,4	8,7
VOIES UROGÉNITALES	25,0	31,6	40,8
Douleurs mammaires	5,3	9,0	8,1
Infection urinaire	3,2	3,7	6,3
Vaginisme	4,3	4,5	5,4

Voici les termes indésirables qui ont été signalés sur les associations oestrogéniques et gènes : **Appareil digestif** : nausées, vomissements, gêne abdominale (crampes, tension, douleurs), ballonnement, troubles urticulaires, insuffisance hépatique, diarrée chronique. **Voies urinaires** : mictions fréquentes, mictions douloureuses, changements de l'écoulement urinaire, dysurie, démangeaisons au pénis, vaginisme, écoulement, dysurie, hyperplasie de l'endomètre, syndrome de type périmétral, activation d'une endométriose, cystite, modifications de l'écoulement urinaire et de la quantité de sécrétions urinaires. **Yeux** : vision qui peut changer après l'arrêt du médicament, mydriase pupillaire, érythème rosacé, injection hémorragique (petite de cheveux, hémorragie, acuité). **Système endocrinien** : gonflement et sensibilité des seins, rétention de la glycémie, diminution de la tolérance au glucose, rétention sodique. **Système cardiovasculaire-hématologique** : palpitations, anxiété, troubles de l'hématopoïèse, troubles thrombo-emboliques, exacerbation des varices, élévation de la tension artérielle (voir l'effet en grade et Précaution), thrombose coronarienne, accidents anormaux aux épreuves de coagulation (voir l'effet de l'abstention sous Précaution). **Système nerveux central** : aggravation des épisodes de migraine, céphalées, dépression mentale, nervosité, ballonnement, fatigue, instabilité, vision neuro-oculaire (g. en érythème rosacé, rétinopathie optique). **Yaws** : troubles visuels, accentuation de la courbure de la colonne, insistance aux lentilles cornéennes, lésions oculaires oculaires (voir l'effet de l'abstention sous Précaution). **Diète** : changement d'appétit, changements du poids corporel, œdème, rétention, changement de la libido (attention possible de douleurs musculo-squelettiques et crampes des doigts aux arômes non liés à une affection thrombotique habituellement passagères, durant de trois à six semaines). **Si les symptômes de réactions indésirables persistent, la posologie de l'œstrogène thérapeutique substitutive doit être réévaluée.**

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Symptômes : On a signalé de nombreux cas d'ingestion par de jeunes enfants de fortes doses de produits oestrogéniques et de contraceptifs oraux contenant un œstrogène et il n'est pas exclu d'effets toxiques importants. Un surdosage de l'œstrogène peut causer des nausées, une gêne au sein, une rétention hydrique, un ballonnement au niveau du visage et des lèvres. Les signes caractéristiques du surdosage du progestatif (œstrogène de méthyltestostérone) sont une humeur dépressive, de la fatigue, de l'anxiété et de l'inséance.

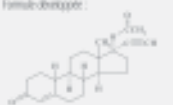
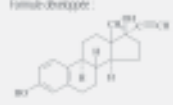
Prévention : En cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle par des enfants, le médecin doit couvrir le patient d'urgence et lui appliquer un traitement symptomatique si le cas le nécessite.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Le traitement par FemHRT (œstrogène de noréthindrone et éthinylestradiol) consiste en un seul comprimé à prendre une fois par jour, sans tenir compte des repas.

- 1. Traitement des symptômes vasovasculaires** : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour traiter les symptômes vasovasculaires modérés à sévères. Ne le prenez pas si vous êtes enceinte ou si vous avez des antécédents de thrombose veineuse ou artérielle.
- 2. Traitement symptomatique de l'ostéoporose et vaginalité liée à la ménopause** : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour le traitement de l'ostéoporose et vaginalité liée à la ménopause. Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour la prévention de l'ostéoporose.
- 3. Prévention de l'ostéoporose** : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour la prévention de l'ostéoporose postménopausique (voir l'ESG). **CONTRAINDICATIONS** : Évitez la prise de médicaments qui peuvent affecter l'effet du traitement. Les patientes ayant observé les signes qui sont traités par FemHRT doivent faire l'objet d'une surveillance à la recherche de signes de cancer de l'endomètre ainsi que d'examen diagnostiques pour écarter la possibilité de tumeurs malignes dans le cas de saignements vaginaux persistants ou inhabituels. Le médecin doit examiner les patientes à la recherche d'anomalies mammaires au moins une fois par an ou plus souvent en présence de tout symptôme.

INFORMATION PHARMACEUTIQUE

<p>Substance médicamenteuse Acétate de noréthindrone Formule développée :</p>  <p>Formule moléculaire : C₂₁H₂₆O₄ Masse moléculaire : 338,4</p> <p>Dénomination chimique : (13a)-13-éthynyl-10,13-époxy-5α-androstane-3-one Synonyme : 4-est-20-ene-3-one</p> <p>Description : solide blanc cristallin, point de fusion 148-149 °C, soluble dans le chloroforme, insoluble dans l'eau, stable dans les fluides aqueux et les solvants organiques.</p>	<p>Éthinylestradiol Formule développée :</p>  <p>Formule moléculaire : C₂₀H₂₆O₂ Masse moléculaire : 296,4</p> <p>Dénomination chimique : (13a)-13-éthynyl-5α-androstane-3-one USAN : 13-ethynyl-5α-androstane-3-one</p> <p>Description : solide blanc cristallin, point de fusion 148-149 °C, soluble dans le chloroforme, insoluble dans l'eau, stable dans les fluides aqueux et les solvants organiques.</p>
--	--

Composition des comprimés : Chaque comprimé contient de l'acétate de noréthindrone et de l'éthinylestradiol. Il contient aussi du stéarate de calcium, du monohydrate de lactose, de la cellulose microcristalline et de l'amidon de maïs.

Stabilité et conservation : À garder à une température ambiante contrôlée entre 20 et 25 °C.

PRÉSENTATION ET DOSAGES

FemHRT 1/5 se présente en comprimés blancs en forme de 2, marqués et ouverts « PD » sur une face et « 14 » sur l'autre, dans 1 mg d'acétate de noréthindrone et 5 µg d'éthinylestradiol.

Requêtes déposées de 28 comprimés.

INFORMATIONS DÉTAILLÉES FOURNIES SUR DEMANDE AUX MÉDECINS ET AUX PHARMACIENS.

PARKE-DAVIS
Une division de Warner-Lambert
*MC Warner-Lambert Co.,
Parke-Davis Div.
Warner-Lambert Canada Inc., sous lic.
Scarborough, ON M1V 2M2



échographies

« « « Suite de la page 172

de modifications dans les facteurs de risque comportementaux. »

Jeunes, méningocoque et dortoirs

Quels sont les jeunes les plus exposés à une infection invasive à méningocoque ? Les étudiants de première année de collège qui résident dans des dortoirs, se sont aperçus le D^r Michael Bruce, des Centers for Disease Control and Prevention, et ses collaborateurs⁹. Le risque qu'ils attrapent la maladie est plus élevé que chez les autres étudiants et jeunes de leur âge.

De septembre 1998 à septembre 1999, le D^r Bruce et son équipe ont mené une étude prospective de surveillance de l'infection à méningocoque sur des étudiants de collèges des 50 états américains. Leurs données révèlent que les sujets de première année dormant dans des dortoirs ont eu le taux d'incidence le plus élevé, soit 5,1 pour 100 000 personnes, alors qu'il était de 1,4 chez les jeunes de 18 à 23 ans qui n'étaient pas aux études, et de 0,7 chez les étudiants non diplômés.

Les chercheurs ont mené de surcroît une étude cas-témoins dans les collèges américains pour connaître l'importance des divers facteurs de risque. Les chercheurs ont apparié chaque malade à trois autres étudiants du même sexe, allant à la même école et étant comme lui diplômés ou non diplômés. Tous ces sujets ont ensuite été interrogés par téléphone à l'aide d'un questionnaire standardisé. Il

9. Bruce MG, Rosenstein NE, Capparella JM, et al. Risk factors for meningococcal disease in college students. *JAMA* 2001 ; 286 : 688-93.

index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques
ASTRAZENECA	
Atacand	52 144-145
Symbicort	88-89
.....	69
AVENTIS PHARMA INC.	
Actonel	70-71 146-147
Altace	128 156-157
AXCAN PHARMA INC.	
Modulon	87 124
BELL CANADA	
.....	couv. III
BOEHRINGER INGELHEIM	
Micardis	40-41 141-143
BRISTOL MYERS SQUIBB	
Boost	62-63
Combivent	35-37 161
Tequin	10,11 170-172
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ	
Fonds FMOQ	176
GLAXOSMITHKLINE	
Advair	16, 18, 20, 22-23 136-138
Asthme	104
Avandia	49-51 158-159
Flonase	78 134
Serevent	72 148-149
MERCK FROSST CANADA & CIE	
Singulair	couv. IV 150-151
Varivax	90 130-132
Zocor	6 166-168
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
.....	12
OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS	
.....	15, 33
ORGANON	
Marvelon	42 100
UNILEVER	
Slimfast	97
PFIZER CANADA INC.	
Aricept	64 173
Fem HRT	30 174-175
Viagra	122 154-155
Zithroman	couv. II 152-153
SERVIER CANADA INC.	
Coversyl	118 160
SOLVAY PHARMA INC.	
Pantoloc	76-77 165
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Effexor	25, 27, 29 164-166
Triphasil	8 169

s'est avéré que les étudiants victimes d'une infection invasive à méningocoque étaient plus susceptibles d'être des nouveaux qui habitent dans un dortoir, d'avoir eu une infection des voies respiratoires dans le mois précédent, et d'être de race blanche.

Les auteurs avancent une hypothèse pour expliquer le fait que les étudiants de première année sont plus touchés que les autres. « Les jeunes de première année résidant dans les dortoirs peuvent, à cause de la proximité des occupants, être plus fréquemment exposés à *Neisseria meningitidis* que les autres étudiants du collège. Par ailleurs, les nouveaux qui deviennent des porteurs asymptomatiques passagers auront une immunité protectrice qui permettra de réduire le taux d'infection dans les années subséquentes. »

« Cette étude confirme des recherches qui ont été faites dans l'armée au début des années 70, explique le **D^r Yves Robert**, médecin-conseil à la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les chercheurs avaient alors constaté que lorsque dans un dortoir une personne souffrait d'une infection invasive à méningocoque, beaucoup de cas secondaires apparaissaient ensuite. » Le dortoir est un élément clé. Des études, faites tant dans les familles que dans l'armée, montrent que le risque d'apparition d'un cas secondaire dans les 30 jours qui suivent la survenue d'une infection invasive chez une personne est nettement plus important chez ceux qui vivent sous le même toit. « Partager pendant plus de six heures le même air que le malade est un facteur de risque », précise le médecin.

Les mesures prophylactiques prises lors d'éclosions de méningococcies reposent sur ces constats. « C'est à cause du risque accru d'apparition de cas secondaires que les interventions préventives comme la chimioprophylaxie et, éventuellement, la vaccination ciblent d'abord les personnes partageant le même toit que le malade. On a démontré chez les recrues de l'armée que ces mesures sont efficaces », affirme le D^r Robert. ☘