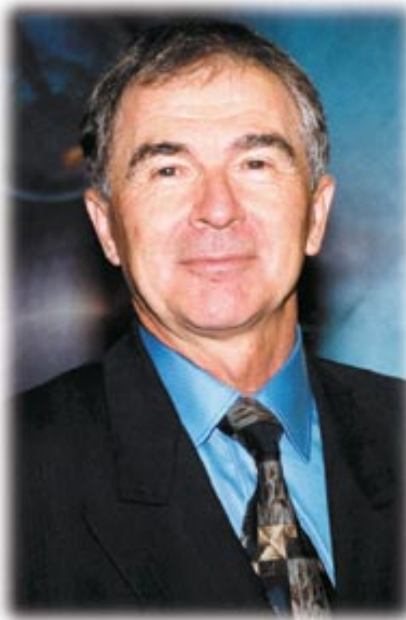


Informations syndicales, par Emmanuèle Garnier

Congrès syndical les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens

« Le thème de ce congrès, *Les soins de 1^{re} ligne : l'affaire des omnipraticiens*, m'apparaît particulièrement pertinent dans le contexte actuel. Je pense qu'il faut redéfinir la place des médecins généralistes dans notre réseau de soins médicaux. Les omnipraticiens sont de plus en plus sollicités d'assumer des tâches qui étaient auparavant remplies par des spécialistes, mais on oublie souvent que notre rôle premier est d'être des médecins de famille au sein de notre communauté. Tout le monde s'entend actuellement pour reconnaître que les soins de première ligne sont la pierre d'assise du système de santé. Les omnipraticiens doivent être au cœur de ce système », explique le D^r **Renald Dutil**, président de la Fédé-



Le D^r Renald Dutil.

ration des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), à l'ouverture du 14^e congrès syndical de l'organisme.

Ce séminaire, auquel participaient plus de 300 médecins de famille québécois, avait également une importance particulière à la veille de la négociation de la nouvelle entente générale de 2002-2005 avec le gouvernement. « Avant de terminer les propositions que nous allons soumettre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il m'apparaît essentiel de consulter les omnipraticiens. Il s'agit donc de l'un des buts de ce congrès. Ce ne sera d'ailleurs pas la seule occasion qu'auront les médecins de se prononcer sur ces questions.

Un colloque syndical offre cependant aux omnipraticiens de la base une occasion privilégiée de façonner les grandes orientations de la FMOQ. »

Une priorité : la prise en charge des patients et leur suivi

Dans chacun des groupes de discussion qui se sont penchés sur la question du renouvellement de l'entente générale, un membre du Bureau de la Fédération a présenté le « cahier des charges », ensemble de propositions qui seront présentées au MSSS (voir l'*encadré*). « Le cahier des charges a été bien accueilli, rapporte le D^r **Yves Langlois** au moment du bilan des ateliers à la fin du colloque. Il ressortait des discussions qu'il fallait accorder la priorité à la prise en charge et au suivi des patients. On doit trouver une façon de valoriser cet aspect de la pratique médicale dans le cahier des charges. »

Syndigraphies, ce mois-ci

Congrès syndical	
les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens	1
Discours du Ministre	4
Prix Gilles-DesRosiers	5
Hommage à cinq médecins de famille	19
Assemblée des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord	
comment régler la question du manque de médecins ?	21
Enquête Janus	
19 % des omnipraticiens canadiens tenteront de moins travailler	23
Deux nouveaux groupes de médecins de famille	28
Lancement de la campagne <i>Air pur au Québec</i>	
la FMOQ s'associe à la fondation David Suzuki	28
Fédération des médecins résidents du Québec	
les nouveaux omnipraticiens ne doivent plus être pénalisés	29

sommaire de la revue, page 7 >>>

Au cours du colloque, certains généralistes ont également demandé que la Fédération tente d'éliminer, dans les régions intermédiaires et périphériques, le décret qui ampute la rémunération des jeunes omnipraticiens qui travaillent dans les cabinets privés. « Nous n'arrivons plus à recruter de nouveaux médecins dans nos cliniques », s'est plainte une omnipraticienne.

La bonification des congés parentaux constituait également une priorité pour les médecins, tout comme l'amélioration du régime de retraite des omnipraticiens payés à honoraires fixes.

Les médecins ont aussi eu à se pencher sur la question de l'inscription de la clientèle. Le ministère de la Santé et des Services sociaux songerait, pour mieux rémunérer la prise en charge et le suivi des patients, à lier une majoration de la rétribution à une inscription de la clientèle. Quelle devrait être la position de la FMOQ ? « Les participants étaient prêts à considérer l'idée qu'un médecin traitant soit désigné et qu'il bénéficie par le fait même d'une meilleure rémunération. Cependant, ils étaient contre le concept de l'inscription de la clientèle si elle devait mener à la capitation », résume le D^r Langlois.

Dans les ateliers, on sentait sourdre une certaine méfiance devant la proposition du

gouvernement. « Quelles vont être les conséquences à long terme de l'inscription de la clientèle ? » se demande par exemple un médecin. « On ouvre la porte à un certain contrôle du ministère », estime un autre participant. Certains cependant estimaient que la suggestion gouvernementale gagnerait à être modifiée. « L'inscription pourrait être limitée aux patients qui souffrent de maladies chroniques et qui doivent être suivis, mais ne pas s'étendre à ceux qui ne consultent que pour un problème ponctuel », propose un omnipraticien. Cette suggestion est d'ailleurs apparue dans différents groupes de discussion.



Le D^r Yves Langlois.

Photos : Emmanuèle Garnier.

Une bonification pour la participation aux réseaux d'accessibilité

Pour répondre adéquatement aux besoins de la population, les omnipraticiens doivent offrir certains services médicaux particuliers. Prise en

Encadré

Priorités de la FMOQ concernant l'entente générale de 2002-2005 soumises au congrès

- Le redressement des conditions générales d'exercice de l'ensemble des omnipraticiens ;
- La prise en charge et le suivi des clientèles par le médecin de famille en première ligne ;
- La reconnaissance de l'ensemble des tâches et responsabilités assumées par le médecin :
 - la responsabilité sans contact direct avec le malade,
 - les tâches clinico-administratives découlant de la pratique dans les cabinets et dans les établissements ;
- La bonification de certains acquis du dernier accord-cadre :
 - la garde en disponibilité,
 - le fonds de formation continue,
 - la prime pour le travail de soir, de nuit, les fins de semaine,
 - l'exclusion des plafonds trimestriels,
 - le redressement de la rémunération des omnipraticiens afin qu'elle soit équivalente à celle de la moyenne canadienne ;
- La reconnaissance des frais de pratique des cabinets privés ;
- Le traitement parallèle du dossier de l'implantation des groupes de médecine familiale et l'attribution de budgets additionnels pour ce projet.



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14

Quelques images du congrès

1. M. Léonard Aucoin.

2. Le Dr Laurent Marcoux.

3. La Dr^e Diane Clavet.

4. Le Dr Arnaud Samson.

5. La Dr^e Dominique Tessier.

6 à 10. Travail en atelier.

11. Les Drs Lise Cusson, Jean-Joseph Condé et André Munger résumant une partie des ateliers.

12 à 14. En plénière, quelques participants intervenant au micro.

charge et suivi de patients vulnérables, consultations sans rendez-vous en dehors des heures normales, garde en disponibilité pour certaines clientèles, travail à l'hôpital. La FMOQ voulait savoir si elle devrait négocier des avantages financiers pour ceux qui offrent ces services dans le cadre d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux.

Dans les groupes de discussion, les médecins ont approuvé une meilleure rémunération du travail au sein d'un réseau d'accessibilité. Mais cette mesure doit être bien planifiée pour éviter que certains omnipraticiens ne se cantonnent à quelques activités et ne participent pas à la totalité des services qui doivent être donnés.

Tout au cours du colloque de deux jours, les omnipraticiens ont également examiné différents aspects de la première ligne. Ils ont ainsi discuté des groupes de médecine familiale (GMF) et ont examiné les obstacles qui pourraient obvier à leur création, proposé des solutions et précisé le rôle du médecin et de l'infirmière. Les congressistes se sont également penchés sur le fonctionnement des départements régionaux de médecine générale. Ils ont fait le point sur les leviers dont ces organismes disposaient et ont défini ceux qui leur seraient nécessaires. La formation des futurs médecins et la formation médicale continue ont aussi fait l'objet de discussions. ❧

Discours du Ministre

un nouveau code d'acte pour la prise en charge et le suivi des patients

Sérieux, **M. Rémy Trudel**, ministre de la Santé et des Services sociaux, a fait une incursion de trois quarts d'heure au congrès de la Fédération. Devant les médecins rassemblés, il a annoncé quelques mesures à propos de sujets longuement discutés au cours du colloque. Par exemple, la continuité des soins.

« J'accompagne la réflexion sur la possibilité d'inclure la prise en charge et le suivi des patients dans votre nomenclature d'actes pour

fins de rémunération.

L'assureur public que je représente veut accorder une valeur à la prise en charge, proportionnelle bien sûr à la complexité du problème, ce qui n'exclut pas les modes de rémunération actuels. Bien au contraire. Nous pouvons d'ores et déjà imaginer un mode de rémunération adapté à votre pratique de médecins de famille. »

Le ministre avait également une bonne nouvelle à annoncer concernant les GMF : un budget de démarrage de 750 000 \$. Ce montant permettra aux équipes d'engager un chargé de projet qui s'occupera des tâches administratives liées à la création du GMF. La subvention servira également à rémunérer les omnipraticiens responsables de chacun des projets et à rétribuer les autres médecins de l'équipe qui collaboreront à la mise sur pied du groupe.



M. Rémy Trudel.

Photos : Emmanuèle Garnier.

Suite page 19 >>>

Encadré

Actualisation des tarifs pour les cabinets privés

Au début d'octobre, le gouvernement et la FMOQ sont parvenus à un accord sur l'utilisation des sommes non dépensées de l'enveloppe budgétaire de l'année 2000-2001. Comme l'avait souhaité la Fédération, la majorité du montant disponible sera destinée à la rémunération de la pratique médicale dans les cabinets privés.

Grâce à cette somme en réserve, accrue de plus par la révision des prévisions budgétaires pour la période 2001-2003 et l'augmentation de 2,5 % de l'enveloppe de janvier 2002, les deux parties disposaient d'un montant de 27,7 millions de dollars. Le gouvernement et la Fédération ont convenu qu'une somme de 18,8 millions sera consacrée à la majoration du tarif des examens effectués dans les cabinets privés et à domicile. Cela constitue une augmentation moyenne de 3,54 %, qui sera rétroactive au 1^{er} juillet 2001.

L'accord prévoit également certaines majorations de la rémunération en obstétrique, à l'urgence et pour la pratique dans le Grand Nord.

Le travail de la D^{re} Marie-Françoise Mégie est distingué

Au cours du congrès syndical, le prix Gilles DesRosiers a été décerné à la **D^{re} Marie-Françoise Mégie**. Cette distinction, accompagnée d'un chèque de 1000 \$, a pour objectif de souligner le travail exceptionnel d'un médecin omnipraticien dans le domaine de la formation médicale continue.

« La D^{re} Mégie joue un grand rôle de formatrice dans son milieu. Plusieurs organismes spécialisés dans l'enseignement aux médecins la sollicitent comme experte dans le domaine des soins des plaies. Elle est en outre l'un des auteurs du *Précis pratique des soins médicaux à domicile*. La D^{re} Mégie a également été conférencière pour des activités d'enseignement organisées par la FMOQ et membre de comités scientifiques de plusieurs de ses congrès. Elle a de plus rédigé plusieurs articles pour le *Médecin du Québec* », explique le **D^r Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle de la FMOQ.

Intéresser les médecins aux soins à domicile

En 1981, la D^{re} Marie-Françoise Mégie est engagée au CLSC du Marigot pour donner des soins à domicile, prodiguer des soins palliatifs et s'occuper de gériatrie. Trois ans plus tard, cependant, la jeune omnipraticienne doit prendre un congé de maternité. Il lui faut alors un remplaçant. C'est avec beaucoup de difficulté qu'elle finit par trouver un omnipraticien qui consent à faire des visites à domicile, mais seulement à temps partiel.

Comment intéresser les médecins à la pratique médicale à domicile ? se demande la clinicienne une fois de retour au travail. En 1988, le CLSC du Marigot devient une unité de médecine familiale pour les résidents de l'Université de Montréal, et la D^{re} Mégie est la responsable du stage de gériatrie. « Je me suis dit que si l'on pouvait former des résidents, on pourrait peut-être aussi former des médecins en soins à domicile. Mais il fallait d'abord s'intéresser aux besoins de formation des omnipraticiens qui travaillaient déjà dans le domaine. » Personne n'avait encore jamais fait de formation continue en soins à domicile.

La D^{re} Mégie plonge dans le projet et crée avec l'aide de ses collègues les *Entretiens du Marigot*, une série de soirées-conférences sur les soins à domicile. L'activité est très courue par les médecins de Laval et de Montréal. Les omnipraticiens des autres régions, également intéressés, lui demandent une formule qui leur permettrait d'y assister



La D^{re} Marie-Françoise Mégie.

aussi. La D^{re} Mégie organise alors des congrès, dont le plus récent a eu lieu en mai dernier. En outre, la clinicienne participe à l'occasion à des symposiums internationaux à titre de conférencière. Puis elle rédige avec trois autres médecins un livre sur les soins à domicile. Le premier dans ce domaine.

La D^{re} Mégie continue parallèlement à s'occuper des futurs omnipraticiens. Actuellement, elle est professeure adjointe de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal et enseigne la gériatrie aux étudiants en médecine et aux résidents en médecine familiale.

Connaître les plaies

Dès le début de sa pratique en soins à domicile, la D^{re} Marie-Françoise Mégie se heurte à des difficultés fréquentes dans ce domaine. Les plaies qui ne guérissent pas. « Parfois, je ne savais plus quoi faire. Je cherchais des informations. Mais même dans les congrès, il n'y avait pas données ; c'était frustrant », se rappelle la médecin. Elle pousse donc encore plus loin ses recherches.

En 1981, justement, de nombreux produits destinés au traitement des plaies déferlent sur le marché. Lesquels utiliser ? Comment les employer ? Tous les collègues de la D^{re} Mégie se tournent vers elle. « L'apparition de ces produits a créé un dérapage. Les soins des plaies ne se résument pas à l'application de remèdes. Il faut d'abord bien diagnostiquer la lésion. Avec tous ces nouveaux produits, bien des médecins avaient peur de traiter une plaie parce qu'ils

ne savaient plus où donner de la tête. » L'omnipraticienne décide alors de communiquer avec les sociétés pharmaceutiques pour leur proposer d'expérimenter leurs produits. Elle veut déterminer le type de plaie pour lequel ils conviennent le mieux et étudier leurs avantages et leurs inconvénients. Elle acquiert ainsi une véritable expertise.

Les connaissances de l'omnipraticienne attirent rapidement l'attention. On lui demande de donner une importante séance de formation aux infirmières de Laval. Puis, des établissements comme l'Institut de gériatrie de Montréal, des centres de soins de longue durée et des hôpitaux l'invitent comme conférencière dans le cadre de leurs activités de formation continue. Les compagnies pharmaceutiques, appréciant ses exposés objectifs, la sollicitent également pour donner des cours.

Récemment, la D^{re} Mégie a travaillé avec des experts torontois à la création d'un module de formation sur les soins des plaies destiné aux médecins canadiens. Des praticiens de chaque province ont ensuite été formés pour donner l'atelier à leurs confrères. Le Collège des médecins de famille du Canada a d'ailleurs accordé des crédits au cours. Au Québec, la D^{re} Mégie et deux de ses collègues donnent actuellement la formation.

La formation par et pour les omnipraticiens

Quel est l'avantage de la formation continue par et pour les omnipraticiens ? La contribution des spécialistes est importante, ne cache pas la D^{re} Mégie. « Ils peuvent traiter de sujets très pointus et voient certains cas plus souvent que nous. Cependant, l'omnipraticien qui est sur le terrain sait à quelles difficultés ses collègues se butent quotidiennement. La formation qu'il met sur pied peut ainsi être mieux adaptée à leurs besoins. »

Les activités de formation ont pris une grande place dans la carrière de la D^{re} Mégie. « J'ai été très flattée de recevoir le prix Gilles-DesRosiers, parce que ce médecin était le porte-flambeau de la formation continue par et pour les omnipraticiens. J'ai éprouvé un sentiment de fierté, parce que j'ai pris conscience que c'était ce que j'étais moi aussi en train de faire. » Le D^r DesRosiers a été le premier directeur de la Formation professionnelle de la FMOQ. La distinction qui porte son nom sera dorénavant décernée tous les ans. Le lauréat précédent était le **D^r Jean-Maurice Turgeon**. ☞

◀◀◀ Suite de la page 4

Dans son discours, M. Trudel a également apporté la réponse à une question qui a créé un flottement au cours du colloque. Qu'arrivera-t-il aux patients non inscrits à un groupe de médecins de famille ? « Les GMF prendront en charge la santé des personnes qui s'y inscriront, mais ils offriront aussi des services médicaux à la population non inscrite », a indiqué le ministre.

Donner aux médecins les moyens d'être efficaces

Le ministre, qui a confié avoir reçu des témoignages de médecins, était conscient que les omnipraticiens avaient besoin de moyens suffisants pour optimiser l'utilisation des ressources. « Ces moyens sont de plusieurs ordres, notamment : les systèmes d'information, les systèmes d'aide à la décision, les modèles d'organisation des services et les modes de financement et de rémunération. »

Mais quand le médecin disposera-t-il de ces outils ? Il semble que plusieurs ne lui seront pas offerts à court terme. La carte Accès Santé, par exemple, pourrait être disponible au cours des prochaines années. Une commission parlementaire de l'Assemblée nationale se penchera bientôt sur son utilisation. Mais déjà des travaux supervisés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ont été amorcés, a assuré M. Trudel.

Le gouvernement travaille également à offrir aux médecins des systèmes d'aide à la décision, comme des guides diagnostiques et pharmacologiques, par un portail dans Internet. « Notre ministère est aussi en discussion pour que les médecins des milieux hospitaliers puissent bénéficier d'outils de soutien à la décision clinique pour les aider à améliorer la qualité de l'organisation des services. Si cette expérience s'avérait un succès, nous songerons alors à l'étendre au milieu ambulatoire, pour autant que les systèmes d'information

Suite page 21 ▶▶▶

Hommage à cinq médecins de famille

La FMOQ a rendu hommage, à l'occasion du congrès syndical, à cinq omnipraticiens : les D^{rs} **Jean-François Dorval**, **Line Langlois**, **Isaac Wilchesky**, **Claude Tremblay** et **Yvon Ménard**. Issus de différentes régions du Québec, ils ont été choisis pour leur travail de médecins de famille, leurs activités diversifiées et leur engagement professionnel dans leur milieu.

Le nom des lauréats a été dévoilé au cours d'un banquet teinté d'humour. Le président de la FMOQ, le D^r **Renald Dutil**, est devenu pour la circonstance le complice de l'animateur bien connu, **M. Bernard Fortin**, lui-même fils et frère de médecin. Assis tour à tour à côté du président, les lauréats ont joué le jeu du *talk-show* avant de recevoir leur prix des mains du D^r Dutil.

▶▶▶

Photos : Emmanuèle Garnier.



Le D^r Jean-François Dorval.



La D^{re} Line Langlois.



Le D^r Isaac Wilchesky.



Le D^r Claude Tremblay.



Le D^r Yvon Ménard.

Cérémonie joyeuse, mais sujet sérieux. Les cinq lauréats croient tous profondément à l'importance du rôle de l'omnipraticien. « La principale tâche du médecin de famille est d'assurer la continuité des soins, estime le D^r Jean-François Dorval, de Rimouski. À titre de médecins de famille, nous sommes les seuls à pouvoir relever ce défi. Nous offrons la continuité des soins au patient que l'on voit en clinique externe et qui a besoin d'être hospitalisé ou examiné par un consultant, mais aussi à la famille. Nous avons bien souvent comme patients les grands-parents, les parents et, par la suite, même les enfants. Comme nous rencontrons les gens d'une même famille et que nous voyons les liens, il y a des choses que nous sommes les seuls à pouvoir comprendre. »

Chef du département clinique de médecine générale de l'Hôpital de Rimouski, coroner-investigateur et vice-président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent, le D^r Dorval a des activités qui vont au-delà des soins aux patients. Récemment, il a mis sur pied un programme de prévention du suicide par les armes à feu et s'intéresse maintenant à la question des dons d'organes. « Comme médecins, nous avons des responsabilités sociales qui dépassent l'engagement clinique. »

Le cœur de la médecine familiale

« Le suivi des patients constitue l'essentiel de la médecine familiale, estime pour sa part la D^{re} Line Langlois, qui travaille au CLSC des Etchemins. Le suivi nous permet de savoir si nous avons adopté la bonne ligne de conduite et si nous avons posé le bon diagnostic. » L'omnipraticienne rencontre parfois des patients ballottés entre les médecins, dans un néant où personne ne se rend compte que leur état s'aggrave. « Si un médecin ne fait pas le suivi d'un patient, comment un autre clinicien pourra-t-il savoir, trois semaines plus tard, quelle tournure le problème aurait dû prendre ? »

Le rôle du médecin de famille auprès des patients est essentiel, aux yeux de cette omnipraticienne de la région Chaudière-Appalaches. Au-delà de sa pratique, la D^{re} Langlois enseigne, supervise des résidents, est médecin-conseil en matière de violence conjugale et donne des conférences. Elle siège par ailleurs au Conseil des médecins et dentistes de son établissement.

Pour le D^r Isaac Wilchesky, combattant de la première heure pour faire reconnaître la médecine générale comme une spécialité, le cœur de cette discipline est effectivement le suivi et la prise en charge. « C'est l'essence même de la médecine familiale. » Professeur de médecine familiale à l'Université McGill, il exerce à Montréal depuis 1963.

Le D^r Wilchesky siégeait au Bureau du Collège des médecins de famille du Canada quand l'organisme a pris la décision

d'ajouter deux années supplémentaires à la formation des omnipraticiens. « Ma philosophie a toujours reposé sur la conviction que la médecine familiale est une spécialité différente des autres et nécessite une formation particulière. » Jeune médecin, il avait d'ailleurs décidé de faire lui-même une année supplémentaire en médecine interne après son cours. Le D^r Wilchesky s'est également intéressé à la mouvance syndicale ; il est membre du Bureau de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal depuis de nombreuses années.

Passion et équilibre

Derrière les différents tours qu'ont pris leur carrière, derrière les propos des lauréats perce la passion pour cette profession si humaine et si primordiale. « La pratique de la médecine est le plus beau métier du monde, parce que cela nous permet de pénétrer sans effraction dans la complexité de l'âme humaine, confie le D^r Claude Tremblay. Nous sommes très privilégiés. Nous allons jusque dans l'intimité des patients. »

Pratiquant à Saint-Georges de Beauce, le clinicien soigne des patients au cabinet, à l'hôpital, à domicile, à l'urgence, et donne des soins obstétricaux en plus de faire de la médecine administrative. « Mon objectif est de rester le plus humain possible. » Le D^r Tremblay se réjouit que la FMOQ souligne le travail d'omnipraticiens. Les généralistes consacrent de longues heures et beaucoup d'efforts à leur pratique. « Nous tenons le système de santé à bout de bras, aidés de nos confrères spécialistes et du personnel infirmier. »

L'avenir ? « L'exercice de la médecine familiale va probablement se modifier. Il n'est pas possible de continuer de la même façon à cause du développement accéléré des connaissances, de l'explosion de la technologie et de la multiplication des techniques d'investigation. Nous allons travailler en équipe beaucoup plus qu'auparavant », estime le D^r Yvon Ménard, de Longueuil.

Les activités professionnelles du D^r Ménard, comme celles des autres lauréats, sont protéiformes. Le médecin exerce

dans un cabinet privé depuis 1964, mais pratique aussi la médecine générale en psychiatrie à l'Hôpital Charles-Lemoyne. Il a une grande expérience dans le domaine médico-administratif, mais aussi syndical : il a été président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent de 1981 à 1994.

Malgré ses multiples activités, le D^r Ménard connaît l'importance de l'équilibre. « Le grand danger est de se fixer des objectifs irréalistes, explique-t-il de son sourire serein. Il ne faut pas uniquement travailler, mais aussi s'occuper de sa famille, de soi, avoir des loisirs. » Des valeurs que prônent les jeunes générations de médecins. Leurs aînés n'ont-ils pourtant pas été habitués à travailler énormément ? « La pratique n'était alors peut-être pas aussi intense et exigeante. »



Photo : Emmanuèle Garnier.

La remise du prix au D^r Dorval.

pertinents soient en place, bien sûr. »

L'emploi optimal des ressources dépend également de l'organisation des services. Cette dernière permet au système de santé de s'ajuster au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de malades chroniques, à l'accroissement des attentes de la population. « Vous avez été soucieux d'adapter vos pratiques à ces nouveaux besoins et votre Fédération y a été particulièrement sensible en proposant, depuis les dernières années, des solutions intéressantes comme les directions régionales de médecine générale (DRMG). La Fédération a également créé des modèles d'organisation de services à partir desquels la commission Clair a proposé les groupes de médecine familiale. Et plusieurs régions du Québec, là où des réseaux intégrés de services se déploient, bénéficient de la participation active de médecins et de cabinets privés. » ❧

Assemblée des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord

comment régler la question du manque de médecins ?

Sur la vaste Côte-Nord, le manque d'effectifs médicaux, qui épargne cependant les villes de Fermont et d'Havre-Saint-Pierre, est douloureux. Des membres de l'association des médecins omnipraticiens de la région, venus des différentes agglomérations, ont profité de l'assemblée générale pour exposer leur problème au **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, et aux

directeurs de la Fédération.

« Nous avons de plus en plus de difficulté à trouver un médecin dépanneur pour travailler à l'hôpital. Une ou deux semaines par mois, nous ne parvenons pas à avoir une quatrième équipe de soins hospitaliers », dit une omnipraticienne de Sept-Îles. Pourtant, le nombre de cliniciens

itinérants a plus que doublé depuis trois ans, explique le **D^r Hugues Bergeron**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ. « En 2000, 389 médecins sont allés prêter main-forte à leurs collègues dans les hôpitaux. »

Pourquoi ces difficultés accrues pour trouver de l'aide ? Les autres régions recourent-elles davantage



DES NOUVELLES QUI FONT CHAUD AU CŒUR

Une étude récente de la Harvard School of Public Health n'a révélé aucune relation significative entre la consommation d'œufs et les maladies cardiovasculaires chez des sujets en santé. De plus, aucune différence n'a été observée entre les sujets qui consommaient moins d'un œuf par semaine et ceux qui en consommaient plus d'un par jour. Il ne s'agit là que d'un rapport parmi plusieurs études récentes* indiquant que les œufs et l'apport en cholestérol alimentaire ne sont liés ni au taux élevé de cholestérol plasmatique ni à l'incidence de coronaropathie.

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

* Hu et coll. JAMA 1999; 281:1387-1394, N Engl J Med 1997; 337:1491-1498, BMJ 1996; 313:84-90, J Clin Epidemiol 1996; 49:211-216.



www.œufcanada.ca

aux médecins dépanneurs ? C'est ce qui semble être le cas. « Bien des hôpitaux des régions non éloignées font maintenant appel au dépannage, affirme le D^r Dutil. Les besoins ont augmenté dans certains établissements. Dans plusieurs, bien des médecins spécialistes préfèrent jouer le rôle de consultants et transfèrent leurs tâches aux omnipraticiens, ce qui surcharge ces derniers. »

Qui prendra en charge les patients ?

Port-Cartier souffre aussi d'un manque d'omnipraticiens. « Nous vivons une semi-crise à l'urgence. Même avec les médecins dépanneurs, nous avons de la difficulté à assurer le service, explique une clinicienne. Nous sommes quatre omnipraticiens à y pratiquer et l'été prochain, nous ne serons plus que trois. Je n'ose même pas penser comment nous allons faire. » À quelques reprises, la salle d'urgence de l'hôpital a dû fermer. Souvent, cependant, les médecins essaient de prendre un quart de travail supplémentaire pour éviter cette solution. Mais il leur faut aussi suivre des patients au cabinet.

L'omnipraticienne de Port-Cartier s'inquiète par ailleurs pour les patients dont le médecin partira bientôt. « Nous avons déjà de la difficulté à accorder des consultations à nos propres patients. Où vont aller ces personnes qui ont parfois de multiples problèmes ? On ne peut pas les laisser sans médecin ! » Les renforts, de plus, se font rares. Depuis 10 ans, aucun nouveau clinicien n'est venu pratiquer plus d'un an dans la ville.

Les universités ont augmenté le nombre d'étudiants dans les facultés de médecine ces dernières années, mais il faudra attendre encore quelque temps avant que ces futurs omnipraticiens soient prêts à travailler, ne cache pas le D^r Dutil. « Le manque d'effectifs frappe 90 %



Photo : Emmanuèle Garnier.

De gauche à droite, le D^r Pierre Gosselin, M. Jean-Pierre Tremblay, le D^r Renald Dutil, le D^r Hugues Bergeron et le D^r Louis Godin.

des régions rurales, touche les régions limitrophes et sévit même dans les régions urbaines. Mais les pénuries rendent encore plus vulnérables les régions éloignées comme les vôtres. Nous avons de très graves problèmes. Néanmoins, il peut être utile de revoir l'organisation des soins. Pourquoi y a-t-il moins de problèmes à Havre-Saint-Pierre qu'ailleurs ? Est-ce que l'organisation des services médicaux rend le milieu de travail plus intéressant ? C'est un exemple qu'il faut regarder de près. »

Et les spécialistes ?

Baie-Comeau, elle, est frappée par un manque de spécialistes. La ville en compte 14 alors que Sept-Îles, qui a le même nombre de généralistes, en dispose de 32. Bientôt, l'équipe de consultants de Baie-Comeau fondra encore.

« Nous devons donner des soins de première ligne, ce que nous faisons à la salle d'urgence. Mais une fois que nous y avons effectué notre travail, il faut donner des soins de deuxième ligne, puis de troisième ligne. Cependant, quand le patient sort de l'hôpital, il n'y a plus d'omnipraticiens pour le prendre en charge. Nous allons avoir de grandes difficultés dans les cinq prochaines années », avertit le **D^r Arnaud Samson**, vice-président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord (AMOCN).



« Si l'on veut améliorer votre situation, il faudra que tout le corps médical se penche sur la question. Ce n'est pas uniquement le problème des médecins omnipraticiens. Les spécialistes doivent examiner de nouveau la répartition de leurs effectifs. Je ne cesse de dire au ministère et à nos collègues spécialistes que lorsqu'on prie un omnipraticien de remplacer le pédiatre, on lui demande de le faire au détriment des tâches qu'il a à remplir en dehors de l'hôpital », soutient le D^r Dutil.

Une équipe SWAT de médecins

Y a-t-il des solutions pour régler le problème du manque de médecins dans les régions éloignées ? Le président de l'AMOCN, interviewé après l'assemblée, en voyait d'éventuelles se profiler. D'abord, du côté des jeunes médecins. « Le ministre Trudel veut accroître le nombre d'étudiants venant des régions éloignées dans les facultés de médecine, explique le D^r Pierre Gosselin. Cela devrait nous aider. Mais bien sûr, les résultats ne seront pas immédiats. » À court terme, une équipe de dépannage d'urgence pourrait être mise sur pied. « Au printemps dernier, le D^r Dutil et moi avons rencontré le ministre. Nous avons alors discuté de la possibilité qu'une équipe de dépanneurs d'urgence – une espèce d'équipe SWAT – soit créée pour éviter l'interruption de services. Cela pourrait diminuer la pression sur les médecins en place. »

Et à quoi ressemble la vie des médecins sur la Côte-Nord au milieu de ces pénuries d'effectifs ? « Nous sommes malgré tout capables de continuer d'avoir des activités familiales et des loisirs. Nous nous organisons, affirme le D^r Gosselin. Nous travaillons parfois un peu plus, mais ensuite nous prenons des vacances et ce sont des périodes sacrées. Bien sûr, on aimerait qu'il y ait plus d'omnipraticiens. Mais avec les médecins dépanneurs, nous avons réussi à épargner les cliniciens en place et à ne pas exiger d'eux trop de travail. » ☞

Enquête Janus

19% des omnipraticiens canadiens tenteront de moins travailler

L'avenir s'annonce sombre. Au Québec, 67 % des omnipraticiens estiment qu'il y a un problème d'accès aux soins médicaux généraux ; 62 % peuvent

difficilement prendre de nouveaux patients ou n'en acceptent plus. Pourtant, l'objectif de 25 % des généralistes québécois est de réduire leurs heures de travail dans les deux prochaines années.

Ces chiffres antinomiques, révélateurs, mais encore préliminaires, sont issus d'un sondage national auquel ont répondu un peu plus de la moitié des omnipraticiens canadiens. Cette enquête a été menée dans le cadre du projet Janus du Collège des médecins du Canada (CMFC), auquel s'est associée la FMOQ.

Les médecins travaillent beaucoup, révèlent les données. Au Québec, 49 heures par semaine, et 66 heures si l'on tient compte des gardes. « Les omnipraticiens ont augmenté leur temps de travail de quatre heures par semaine depuis 1997 », précise M^{me} Isabelle Savard, conseillère cadre à la FMOQ. Certains, environ 23 %, ont cependant réussi à réduire leur semaine de travail ces deux dernières années. Seuls 2 % des médecins comptent travailler davantage dans les 24 prochains mois.

La raison de ces résultats troublants ? « Les médecins sont épuisés. C'est ce qui explique qu'ils veulent réduire



leur nombre d'heures de travail », commente le **D^r Harold Dion**, président du Collège québécois des médecins de famille, la section québécoise du CMFC.

« On ne peut reprocher aux omnipraticiens de tenter de diminuer leur nombre d'heures de travail, estime le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ. Les médecins ont également de nouvelles valeurs maintenant et accordent plus d'importance à la qualité de vie. Le temps où le médecin n'était jamais chez lui, ne voyait ses enfants que lorsqu'ils avaient 25 ans, alors qu'il commençait à réduire sa pratique, est terminé je l'espère. Les femmes de la profession ont aidé les hommes à acquérir ces valeurs. »

Les médecins québécois travaillent toutefois moins d'heures que leurs collègues canadiens.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Dans l'ordre habituel, les D^{rs} Harold Dion et Renald Dutil, et M^{me} Isabelle Savard.

Les omnipraticiens de l'ensemble du pays consacrent 53 heures par semaine à leur travail ; 73 lorsque l'on ajoute les gardes. Mais 19 % d'entre eux prévoient travailler moins au cours des deux prochaines années.

MPOC Les *signes* peuvent



à 40-50 ans



à 50-55 ans



à 55-60 ans



Les maladies
respiratoires,
on s'y consacre



Il faudrait 3000 omnipraticiens de plus

Quelques différences apparaissent dans la pratique des omnipraticiens canadiens et québécois. Les premiers voient en moyenne 124 patients par semaine, alors que leurs collègues du Québec en rencontrent 92. Mais les médecins de famille québécois ne sont pas moins productifs que leurs confrères canadiens. « Ces derniers traitent 4,4 patients à l'heure, et les omnipraticiens québécois 4 », précise M^{me} Savard. Par ailleurs, les cliniciens canadiens travaillent davantage dans les cabinets privés et moins dans les cliniques communautaires, comme les CLSC, et dans les services sans rendez-vous que leurs collègues québécois.

Les profils de pratique des médecins se modifient tant au Québec qu'au Canada. Ainsi, 24 % des omnipraticiens du pays ont réduit leurs champs d'exercice au cours des deux dernières années, et 11 % prévoient le faire dans les deux prochaines années. Cependant, uniquement un quart des cliniciens exercent maintenant seuls.

« Ce sondage démontre qu'au Québec, comme au Canada, l'accès à un omnipraticien constitue le plus important problème. Actuellement, 30 % de la population canadienne a de la difficulté à trouver un médecin de famille. Cela doit nous inquiéter au plus au point », affirme le D^r Dutil. Selon le Collège des médecins de famille du Canada, au moins 3000 médecins de famille

être présents *avant 50 ans.*

Diagnostic précoce. Traitement anticholinergique de base².



à 60-70 ans

Atrovent[®]

(bromure d'ipratropium)
Bronchodilatateur



Combivent[®]

(bromure d'ipratropium et
sulfate de salbutamol)
Bronchodilatateur



On peut 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 (3,4 %), 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. Agnes directives 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-55 - 1A-95

supplémentaires seraient nécessaires. « Au Québec, si l'on avait 350 médecins de famille de plus, nous pourrions régler la plupart des problèmes aigus que nous connaissons actuellement. » La solution ? Évidemment, accroître encore davantage les admissions dans les facultés de médecine.

Pour plus de détails sur les résultats du sondage Janus, voir l'article intitulé « La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada », d'Isabelle Savard et Jean Rodrigue, p. 103. ☞

Deux nouveaux groupes de médecins de famille

Les groupes de médecine familiale (GMF) sont maintenant au nombre de 15. Deux nouveaux se sont ajoutés : un en Estrie et un autre sur la Côte-Nord.

Le GMF de la région de Sherbrooke, dont la responsable est la **D^{re} Marie-Josée Mailloux**, regroupe des médecins du CLSC de Sherbrooke et les omnipraticiens de deux cliniques privées, la clinique de santé du Nord et la clinique médicale du Vieux-Nord.

Le GMF de la Côte-Nord, sous la responsabilité du **D^r Robert Dubé**, est situé à Baie-Comeau. Il est constitué des médecins de la Polyclinique Boréale et desservira la population de la municipalité régionale de comté de Manicouagan. ☞

Lancement de la campagne Air pur au Québec

la FMOQ s'associe à la Fondation David Suzuki

Chaque année, environ 16 000 Canadiens, dont 4000 Québécois, meurent prématurément à cause des effets de la pollution atmosphérique. La question de la qualité de l'air ne peut plus être négligée. Conscients de cet enjeu, la FMOQ, le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) et la direction de

la Santé publique de Montréal-Centre se sont associés à la Fondation David Suzuki pour lancer une campagne de sensibilisation et d'information sur les dangers de la pollution de l'air et du réchauffement de la planète.

Les médecins québécois ont récemment reçu de la FMOQ une lettre cosignée par les trois organismes médicaux qui les invitent à s'intéresser à la santé environnementale et à installer dans leur clinique une affiche et des dépliants pour informer leurs patients. « La campagne de prévention *Air pur au Québec* est importante, et il m'apparaît essentiel que les médecins y soient en première ligne », affirme le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ.

« L'ensemble des études qui ont été faites à Montréal sur la qualité de l'air montrent qu'à cause des concentrations actuelles de polluants, il y a une augmentation des hospitalisations et des décès dus aux maladies cardiorespiratoires. Quand il y a des périodes de smog urbain, les jeunes enfants et les personnes âgées sont les plus affectés. L'été dernier, il y en a eu 18 jours », révèle le **D^r Louis Drouin**, responsable de la santé environnementale à la direction de la Santé publique de Montréal-Centre.

Au Québec, les voitures et les camions causent 38 % du total des émissions de gaz à effet de serre. En 1997, ils ont produit l'équivalent de 32 millions de tonnes de dioxyde de carbone. Le D^r Drouin demande aux médecins de faire pression sur le ministère de l'Environnement pour qu'il se penche sur ce problème. « Il faut d'abord un programme d'inspection et d'entretien obligatoire des véhicules. Vingt pour cent émettent trop de polluants. Ensuite, Montréal n'a pas besoin de



Dans l'ordre habituel, le D^r Louis Drouin, M. David Suzuki et les D^s Renald Dutil et Harold Dion.

syndigraphies

ponts supplémentaires. Si l'on en augmente le nombre, on accroîtra les déplacements et, par conséquent, l'émission de gaz à effet de serre ainsi que la détérioration de la qualité de l'air. »

Le Collège québécois des médecins de famille s'intéresse également à la santé environnementale. « Ce domaine est le parent pauvre autant du secteur de la santé que de la société, explique le **D^r Harold Dion**, président du CQMF. C'est la raison pour laquelle nous appuyons la Fondation David Suzuki depuis maintenant trois ans et que nous nous joignons également à la Santé publique de Montréal-Centre et à la FMOQ pour lancer cette campagne. Tout au long de l'année, le CQMF a envoyé plusieurs lettres aux ministres de la Santé et de l'Environnement ainsi qu'au Premier ministre pour faire part de ses inquiétudes concernant la ratification du protocole de Kyoto. »

Si les buts fixés par le protocole de Kyoto ne sont pas atteints, il y aura un prix à payer. C'est maintenant au tour de la communauté des affaires et aux citoyens de le comprendre, explique ensuite **M. David Suzuki**. « Il y a des coûts énormes dont on ne tient souvent pas compte dans la discussion. » Sur le plan humain, par exemple, le prix est déjà élevé. « Rappelez-vous que chacune des 16 000 morts annuelles liées à la pollution n'est que le sommet de l'iceberg. Pour chaque décès, des centaines de personnes se rendent à l'urgence ou ne vont pas travailler parce qu'elles ne se sentent pas bien. Donc, tous les gestes que nous faisons pour réduire l'émission de gaz à effet de serre produisent immédiatement d'énormes bénéfices. » ☘

Fédération des médecins résidents du Québec

les nouveaux omnipraticiens ne doivent plus être pénalisés

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) demande au gouvernement d'abolir le décret qui fixe à 70 % la rémunération des médecins omnipraticiens pratiquant dans les régions universitaires. Cette mesure remonte déjà à 1982. « La FMRQ interpelle le ministre de la Santé et des Services sociaux afin que ce décret soit levé au plus tard le 1^{er} juillet 2002 », a déclaré le **D^r Jean-Sébastien Delisle**, nouveau président de la Fédération.

Les délégués de la FMRQ ont adopté unanimement



COGNAC
CAMUS

EN VENTE MAINTENANT,
LES COGNACS HAUT DE GAMME CAMUS

CAMUS XO BORDERIES
LE SEUL * COGNAC ORU UNIQUE *
EN VENTE AU QUÉBEC
(CCNP + 987995)

CAMUS EXTRAORDINAIRE
TROPHÉE DU MEILLEUR
COGNAC AU MONDE
AU CONCOURS INTERNATIONAL
DES VINS ET SPIRITUEUX EN 1999
(CCNP + 580472)

**TENTEZ VOTRE CHANCE. ENVOYEZ-NOUS VOS
APPRÉCIATIONS EN QUELQUES MOTS ET GAGNEZ
L'UN DES 10 SACS DE VOYAGE CAMUS**

DISPONIBLE À LA SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC
REPRÉSENTÉ PAR ELIXIRS, VINS ET SPIRITUEUX
4058 HINGSTON - MONTRÉAL QUÉBEC H4A 2J7
T: 514-489-9080 • F: 514-489-6258



Le D^r Jean-Sébastien Delisle.

Photo : L'Actualité Médicale.

cette résolution en même temps que celle qui requiert l'abolition de la réduction de la rémunération des jeunes médecins spécialistes. Cette mesure avait été instaurée il y a six ans et diminuait alors de 15 à 30 % le salaire des nouveaux spécialistes durant leurs quatre premières années d'exercice. Depuis, le gouvernement a modifié cette règle pour en assouplir l'application, mais sans jamais l'éliminer.

La FMRQ a également voté plusieurs résolutions pour défendre certains de ses membres à la suite de l'attentat contre le World Trade Center. Une jeune femme médecin qui suivait une formation postdoctorale au Centre universitaire de santé McGill a été agressée quelques jours après les événements du 11 septembre à cause de son origine ethnique. La Fédération a condamné cette attaque. De plus, elle s'est engagée à dénoncer tout acte d'une telle nature, à aider les médecins résidents victimes de tels gestes et à s'assurer que des mesures préventives et correctrices seront prises. ☘

nouvelles médicales, par Emmanuèle Garnier

Mammographie de dépistage

un examen annuel est dorénavant possible

Depuis le 1^{er} novembre, les médecins peuvent obtenir pour les patientes qu'ils désirent suivre de près une mammographie de dépistage gratuite tous les ans plutôt que tous les deux ans. Une modification du Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* a réduit l'intervalle minimal entre deux tests. La mammographie peut, en outre, être dorénavant offerte aux femmes de 35 à 40 ans. Quant aux patientes de 40 à 49 ans, elles n'auront plus besoin de présenter un risque élevé de cancer du sein pour bénéficier d'une mammographie gratuite.

« L'ancien règlement ne permettait pas de suivre les recommandations des guides de pratique », explique la **D^{re} Patricia Goggin**, directrice médicale du Programme québécois de dépistage du cancer du sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) ainsi que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) ont adopté depuis un an de nouvelles directives concernant la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans.

Le GECSSP conseille dorénavant aux médecins de discuter avec leurs patientes qui atteignent la quarantaine des avantages et des risques de la mammographie et de convenir avec elles du moment où commencera le dépistage¹. Chez celles pour qui il est pertinent avant 50 ans, « l'examen doit avoir lieu au moins tous les deux ans, l'intervalle optimal se situant probablement entre 12 et 18 mois », indique le CMQ². « On trouve plus souvent des cancers à évolution rapide dans ce groupe d'âge », précise la D^{re} Goggin.

Chez les femmes de moins de 40 ans, la mammographie n'est indiquée que dans des cas exceptionnels. Par exemple, pour les patientes dont les tests génétiques révèlent un risque accru de cancer du

sein. « Chez les femmes porteuses de mutations sur les gènes BRCA-1 et BRCA-2, les spécialistes recommandent un suivi avant l'âge de 40 ans », affirme la D^{re} Goggin. La nouvelle limite d'âge, maintenant abaissée à 35 ans, permet maintenant aux médecins d'effectuer ce dépistage précoce.

Entre 50 et 69 ans : une mammographie tous les deux ans

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein ne change pas de ligne de conduite : offrir aux femmes de 50 à 69 ans une mammographie tous les deux ans. L'efficacité de l'examen dans ce groupe d'âge a été démontrée par plusieurs études avec répartition aléatoire. L'intervalle de deux ans, qui a été adopté par la plupart des pays offrant un programme de dépistage, serait sûr. Des recherches ont montré que le taux de cancer survenant en un an est très faible.

Malgré ces données, bien des cliniciens restaient inquiets au sujet de leurs patientes de 50 à 69 ans qui cumulaient plusieurs facteurs de risque de cancer du sein. « Maintenant, ces médecins peuvent prescrire une mammographie de dépistage annuelle », explique la directrice médicale du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Échographies, ce mois-ci

Mammographie de dépistage	
un examen annuel est dorénavant possible	30
Asthme	
les glucocorticostéroïdes inhalés	
réduisent la masse osseuse	32
Ménopause	
mise à jour des recommandations	182
Service d'appui pour la méthadone	
une aide pour les médecins	
de patients héroïnomanes	186
Maladie de Parkinson	
homologation du Comtan,	
un adjuvant de la lévodopa	196

1. Ringash J, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Soins de santé préventif en l'an 2001 : le dépistage du cancer du sein par la mammographie chez les femmes de 40 à 49 ans exposées à un risque moyen. *Le Médecin du Québec* 2001 ; 36 (5) : 73-82.

2. Collège des médecins du Québec. Communiqué sur le dépistage du cancer du sein par mammographie pour les femmes de 40 à 49 ans. *Le Collège* 2000 ; 40 (1) : 6-7.

Et après 69 ans ? Les études menées sur la mammographie de dépistage ne comprennent pas un nombre suffisant de sujets de 70 ans et plus pour que l'on puisse déterminer les avantages et les inconvénients pour ces patientes. « Le risque augmente avec l'âge. Il est donc raisonnable de continuer le dépistage à un intervalle de deux ans chez les femmes en bonne santé », affirme la D^{re} Goggin. ☞

Asthme

les glucocorticostéroïdes inhalés réduisent la masse osseuse

L'asthme est-il traité au détriment de la masse osseuse ? Cette hypothèse que l'on avait avancée va devenir un dilemme pour le médecin. Une nouvelle étude parue dans le *New England Journal of Medicine* montre que les glucocorticostéroïdes pris par inhalation entraînent une légère perte osseuse à la hanche chez les femmes préménopausées¹. Et cette diminution, liée à la dose, pourrait, si elle se prolonge, accroître le risque de fracture après la ménopause.

Dans une étude prospective de trois ans, le D^r Elliot Israel, de la Harvard Medical School, et ses collègues ont suivi 109 femmes asthmatiques de 18 à 45 ans. Un premier groupe ne prenait pas de glucocorticostéroïdes, un deuxième était traité quotidiennement avec quatre à huit doses d'acétonide de triamcinolone en aérosol-doseur (100 µg par vaporisation), et le dernier groupe recourait à plus de huit doses par jour. Les chercheurs ont mesuré la densité osseuse des patientes par absorptiométrie biphotonique. Ils ont également dosé l'ostéocalcine et la parathormone sériques, le N-télopeptide et le cortisol urinaires ainsi que l'excrétion de calcium.

Résultat ? La prise de glucocorticostéroïdes par inhalation a été associée à une légère réduction, liée à la dose, de la densité osseuse du trochanter et de toute la hanche. Cette perte s'élevait à 0,00044 g/cm² par vaporisation par année. Toutefois, aucun effet associé à la dose n'a été observé au col du fémur ou à la colonne vertébrale. La mesure du taux des marqueurs sériques et urinaires ne permettait pas par ailleurs de prévoir le degré de perte osseuse.

1. Israel E, Banerjee TR, Fitzmaurice GM, et al. Effects of inhaled glucocorticoids on bone density in premenopausal women. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 941-7.



Le D^r Paolo Renzi.



Le D^r Louis-Georges Ste-Marie.

Les données des chercheurs semblent solides. L'association entre le nombre de bouffées de stéroïdes par année d'utilisation et le déclin de la densité osseuse du trochanter et de toute la hanche demeure, et ce, même quand les femmes qui ont dû prendre des glucocorticostéroïdes par voie orale ou parentérale à certains moments de l'étude sont exclues.

Ces résultats ne sont pas sans conséquences sur le plan clinique. « D'après les recommandations des conférences consensuelles, une femme asthmatique qui commence à 30 ans à être traitée avec l'équivalent de 1200 µg de glucocorticostéroïdes par inhalation (six bouffées d'acétonide de triamcinolone deux fois par jour) et atteint la ménopause à 50 ans aurait, selon les calculs, une masse osseuse au trochanter de 0,106 g par cm² de moins qu'une

femme non traitée d'un âge similaire. Ce degré de perte osseuse a été associé à un risque de fracture de la hanche de plus du double de celui des femmes normales de 65 ans et plus, ont estimé les chercheurs. En outre, le risque de fracture peut même être plus grand chez les patientes dont l'ostéopénie est provoquée par les glucocorticostéroïdes », avertissent-ils.

« Même si le risque précis de perte osseuse associée à différentes préparations de glucocorticostéroïdes par inhalation et à divers systèmes de libération peut varier, nos données semblent indiquer que ces médicaments doivent être pris à la plus faible dose nécessaire pour maîtriser les symptômes de l'asthme », recommandent le D^r Israel et ses collègues.

Suite page 177 >>>

Tableau 1.

Manifestations indésirables (pas importe le lien de causalité) dont la fréquence était supérieure au placebo lors de quatre essais contrôlés d'une durée de 1, 3, 3 et 6 mois respectivement.

	OXEZE TURBUHALER			Placebo TURBUHALER
	Total Nbre (%)	6 µg 2 (p.) Nbre (%)	12 µg 2 (p.) Nbre (%)	Nbre (%)
Nombre total de patients inclusibles	359	190	168	412
Céphalées	66 (18%)	15 (8%)	51 (30%)	84 (20%)
Toux	11 (3%)	4 (2%)	7 (4%)	2 (0%)
Toux de pharynx	18 (5%)	3 (2%)	15 (9%)	10 (2%)
Crampes	10 (3%)	3 (2%)	7 (4%)	3 (1%)

PHYSIOLOGIE ET ADMINISTRATION

OXEZE TURBUHALER (fumarate de formotérol diluât) NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ À UNE DOSE PLUS ÉLEVÉE QUE LA DOSE RECOMMANDÉE. L'asthme peut se détériorer rapidement sur une période de quelques heures ou lentement sur une période de plusieurs jours ou davantage. Si le traitement avec l'agoniste B₂ par inhalation à action rapide devient moins efficace ou si le patient a besoin d'un plus grand nombre d'inhalations que d'habitude, cela peut signaler la détérioration de l'asthme. Dans un tel cas, il faut réévaluer immédiatement le schéma thérapeutique. Il n'est pas approprié d'augmenter la dose quotidienne d'OXEZE TURBUHALER dans cette situation (voir PRÉCAUTIONS).

Les bronchodilatateurs ne doivent pas constituer le seul agent ou l'agent principal dans le traitement de patients atteints d'asthme modéré, grave ou instable. Une évaluation médicale régulière peut être requise dans les cas d'asthme grave. Ces patients auront besoin de doses élevées de corticostéroïdes par voie orale ou par inhalation. Une aggravation soudaine des symptômes peut nécessiter une augmentation de la dose de corticostéroïdes, qui devront être administrés sous surveillance médicale.

Qu'une dose excessive peut être à l'origine d'effets indésirables sérieux, il ne faut augmenter ni la dose ni la fréquence des prises. Il faut individualiser la dose, et le médecin traitant doit surveiller la réponse du patient de façon continue.

1. Traitement d'entretien bisquotidien à long terme

Pris régulièrement deux fois par jour, OXEZE TURBUHALER fournit une bronchodilatation 24 heures sur 24 et peut remplacer la prise régulière par inhalation d'un bronchodilatateur à action rapide et à courte durée d'action (p. ex. salbutamol ou terbutaline), lorsqu'on le prend en concomitance avec un corticostéroïde.

Il faut individualiser la dose d'OXEZE TURBUHALER en fonction des besoins du patient; la dose prescrite devrait être la plus faible dose capable de maîtriser les symptômes ou d'atteindre l'objectif thérapeutique.

Adultes

La dose habituelle est de 6 ou 12 µg d'OXEZE TURBUHALER, deux fois par jour, à 12 heures d'intervalle. Certains adultes peuvent avoir besoin de 24 µg, deux fois par jour. Chez les adultes, la dose maximale recommandée est de 48 µg par jour.

Enfants (6 à 16 ans)

La dose habituelle normale est de 6 ou 12 µg d'OXEZE TURBUHALER, deux fois par jour, à 12 heures d'intervalle. Chez les enfants, la dose maximale recommandée est de 24 µg par jour.

Traitement au besoin :

2. Pour le soulagement de la bronchoconstriction aiguë chez les patients qui reçoivent un traitement d'entretien avec OXEZE TURBUHALER

Adultes et adolescents (de 12 à 16 ans)

La dose habituelle est de 6 ou 12 µg au besoin.

3. Pour le soulagement de la bronchoconstriction aiguë et la prévention du bronchospasme chez les patients qui demeurent symptomatiques malgré une corticothérapie par inhalation

Adultes et adolescents (de 12 à 16 ans)

La dose habituelle est de 6 ou 12 µg au besoin. On doit toujours viser à administrer la plus faible dose efficace.

4. Pour la prévention de la bronchoconstriction provoquée par l'effort

Adultes et enfants de 6 ans et plus

6 ou 12 µg avant l'effort.

Quand on utilise OXEZE TURBUHALER au besoin, la dose maximale sur une période de 24 heures ne doit généralement pas dépasser 72 µg. L'emploi prolongé (plus de 3 jours de suite) de plus de 48 µg peut signaler une maîtrise sous-optimale de l'asthme et la nécessité de réévaluer le traitement.

Chez les enfants et les adolescents, la gravité de l'asthme peut varier avec l'âge; il faut donc envisager des réévaluations périodiques pour déterminer quelle est la dose la plus faible requise pour maintenir la maîtrise des symptômes et si un traitement continu avec OXEZE TURBUHALER est encore indiqué (voir PRÉCAUTIONS).

OXEZE TURBUHALER est offert en deux concentrations, soit 6 µg et 12 µg par inhalation. On recommande la concentration la plus élevée chez les patients qui ont besoin d'une dose de 12 µg ou plus, deux fois par jour. À l'heure actuelle, OXEZE TURBUHALER n'est pas recommandé dans l'indication au besoin chez les enfants de moins de 12 ans. Il n'est pas non plus recommandé chez les enfants de moins de 6 ans dans le traitement d'entretien à long terme et la prévention de la bronchoconstriction provoquée par l'effort, en raison des données cliniques limitées pour ce groupe d'âge.

Il est important de dire aux patients d'éviter d'inspirer dans le dispositif et de toujours replacer le couvercle après chaque usage d'OXEZE TURBUHALER.

À NOTER : La substance active d'OXEZE TURBUHALER est amenée dans les poumons lorsque le patient inhale; par conséquent, il est essentiel de demander au patient d'inspirer vivement et profondément par l'embout buccal. Le patient peut ne pas goûter le médicament ni en ressentir le contact lorsqu'il inhale à partir d'OXEZE TURBUHALER, en raison de la petite quantité de médicament inhalée.

PRÉSENTATION

OXEZE TURBUHALER (fumarate de formotérol diluât) est offert en deux concentrations : 6 µg/dose mesurée (60 doses) et 12 µg/dose mesurée (60 doses).

La concentration d'OXEZE TURBUHALER est identifiée par la couleur de la mallette : turquoise pâle pour la concentration à 6 µg/dose mesurée et turquoise foncé pour la concentration à 12 µg/dose mesurée.

OXEZE TURBUHALER contient également du lactose (600 µg par dose mesurée). Cette quantité ne devrait normalement causer aucun problème aux personnes intolérantes au lactose.

OXEZE TURBUHALER ne peut être rempli de nouveau et doit être jeté lorsqu'il est vide.

Les marques de commerce citées dans ce texte sont la propriété du groupe AstraZeneca.

Monographie fournie sur demande.

AstraZeneca Canada Inc.:
1004 Middlegate Road, Mississauga, Ontario L4Y 1M4

Références :

1. Tötterman KJ, *et al.* *Exp Respir J* 1998;12:573-579.
2. Monographie d'Oxeze® Turbuhaler® (fumarate de formotérol diluât), AstraZeneca Canada Inc.

Fier commanditaire de la collection de guides de pratique clinique en direct de l'Association médicale canadienne




Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

O-P0301

échographies



◀◀◀ Suite de la page 32

Recourir plus rapidement à un traitement d'appoint

L'étude des chercheurs américains pourrait-elle changer le traitement de l'asthme ? Au Canada, contrairement aux États-Unis, les lignes directrices ne recommandent que les glucocorticostéroïdes par inhalation comme anti-inflammatoire initial. « Je ne pense pas que l'étude du D^r Israel change cette directive. Ce qu'elle pourrait modifier, c'est le stade où il faut ajouter un traitement d'appoint, estime le D^r Paolo Renzi, directeur de la clinique d'asthme du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). La Conférence canadienne consensuelle sur l'asthme de 1999 recommande de prescrire une thérapie supplémentaire plutôt que de doubler la dose de stéroïdes inhalés lorsque le patient doit prendre au moins l'équivalent de 1000 µg de bécloéthasone quotidiennement, soit deux bouffées deux fois par jour de 125 µg de Flovent®, de 200 µg de Pulmicort® ou de 100 µg de Qvar^{MC}. Mais elle permet de recourir à un traitement d'appoint à des doses de glucocorticostéroïdes plus faibles, soit l'équivalent de 500 µg quotidiennement ou d'une bouffée deux fois par jour. »

Pourtant, le pneumologue hésite à prescrire d'emblée des doses réduites de glucocorticostéroïdes à ses patients. « Même si l'on n'a pas de preuve irréfutable, il semblerait que les stéroïdes empêcheraient le remaniement des bronches, un phénomène qui pourrait causer une

Suite page 179 ▶▶▶

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

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Avant de recevoir ZOCOR® (simvastatine), le patient devrait être soumis à un régime alimentaire équivalent 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 indiqués 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 de 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 POSOLOGIE 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 du NCEP (*N.S. National Cholesterol Education Program*) (voir BIBLIOGRAPHIE).

Traitement concomitant

Voir Association avec d'autres régulateurs de métabolisme lipidique à 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 Myopathie causée par une interaction médicamenteuse sous MISE EN GARDE).

COMPOSITION

ZOCOR® (comprimés de simvastatine, norme de Merck Frost) pour l'administration orale orale 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 prégélatinisé	méthylcellulose
butylhydroxytoluène	sulfate 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 chamais, en forme de bouchier, enrobé par film, estampillé 736 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30.

Le comprimé ZOCOR® à 10 mg est de couleur pêche, en forme de bouchier, 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 bouchier, enrobé par film, estampillé 740 d'un côté et Z de l'autre. Paquet de 30 et flacon en polyéthylène de haute densité de 100.

Le comprimé ZOCOR® à 40 mg est de couleur rouge brique, en forme de bouchier, 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 brique, en forme de capsule, enrobé par film, estampillé 543 d'un côté et 80 de l'autre. Paquet de 30.

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(903-b.10.00)

Références

1. Données consignées aux dossiers de Merck Frost Canada & Cie, Experience Report, 19 juillet 2000.
2. Craven, J.R. et coll. - Effects of high doses of simvastatin and atorvastatin on high-density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A-1 - *Am J Cardiol*, 83(10), 1999, p. 1476-1477.
3. Données consignées aux dossiers de Merck Frost Canada & Cie, Merck Research Laboratories, 1999.
4. Données consignées aux dossiers de Merck Frost Canada & Cie, monographie du produit, 1999.

34250187a

Membre



Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

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

◀◀◀ Suite de la page 179

Ménopause mise à jour des recommandations

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada vient de commencer à publier les recommandations découlant de la Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose de 2001 dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Ces directives éclairent entre autres certains points controversés de l'hormonothérapie substitutive (HTS)¹.

Le point sur l'HTS

Le cerveau. L'HTS a un effet bénéfique sur la mémoire, révèle le rapport. « Chez la femme ménopausée en bonne santé, l'œstrogène protège contre la dégradation de la mémoire à court et à long terme qui accompagne le vieillissement normal. » La prise d'hormones réduirait également le risque d'apparition de la maladie d'Alzheimer, mais est sans effet sur l'évolution de la maladie une fois qu'elle s'est manifestée.

Le cancer du sein. Le document confirme que le recours à l'œstrogénothérapie pendant une période de moins de cinq ans n'augmente pas le risque de cancer du sein. Une prise plus longue d'hormones pourrait cependant être liée à une légère augmentation du risque, mais il reviendrait au

niveau de départ cinq ans après l'arrêt de la thérapie.

Les maladies cardiovasculaires. Les femmes présentant une cardiopathie ischémique avérée ne devraient pas recevoir des œstrogènes uniquement pour prévenir de nouveaux accidents cardiovasculaires. Mais pour les patientes sans problèmes cardiaques ? « En attendant les résultats de vastes essais randomisés en cours, on doit faire preuve de prudence lorsque l'HTS est prescrite à une femme en bonne santé (ne présentant pas de cardiopathie ischémique avérée) dans le seul but de prévenir des accidents cardiovasculaires. Les décisions de traitement devraient tenir compte des risques et des avantages qui ne sont pas d'ordre cardiovasculaire. »

Différents aspects de la ménopause

Ostéoporose. Les études ont démontré que l'alendronate et le risédronate réduisent le risque de fractures vertébrales et non vertébrales, notamment les fractures de la hanche. Les recherches sur le raloxifène et la calcitonine, elles, n'ont confirmé que la diminution du risque de fractures vertébrales. Il semble également qu'un traitement à l'œstrogène ou à l'étidronate réduise la probabilité de fractures vertébrales.

Santé sexuelle. Une androgénothérapie peut être prescrite aux femmes ménopausées prenant des œstrogènes dont la baisse de libido s'est produite sans raison connue. Le sildénafil serait cependant sans effet sur elles. Toutefois, ce médicament pourrait améliorer la réponse sexuelle des femmes dont la baisse de désir découle de la prise d'inhibiteurs

1. Smith T, Contestabile E. Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose : sommaire exécutif. *J Obstet Gynecol Can* 2001 ; 23 (9) : 855-62.

Suite page 186 ▶▶▶

révéler s'il constate que son bronchodilatateur à courte durée d'action est moins efficace ou s'il doit l'utiliser plus souvent. Une aggravation soudaine des symptômes peut nécessiter une dose plus élevée de corticostéroïdes, l'administration devant se faire sous surveillance médicale.

Un traitement continu par ADVAIR[®], administré deux fois par jour, procure une bronchodilatation qui dure 24 heures, et peut remplacer l'administration régulière d'un bronchodilatateur à courte durée d'action (4 heures) administré par voie orale ou par inhalation (par exemple, salbutamol). Les β_2 -agonistes à courte durée d'action ne doivent servir qu'au soulagement des symptômes aigus de l'asthme (voir la section PRÉCAUTIONS).

On doit révéler régulièrement l'état du patient afin de s'assurer que la concentration d'ADVAIR[®] prescrite est toujours optimale; celle-ci ne doit d'ailleurs être modifiée qu'après consultation médicale. On doit avoir recours à la plus faible dose de propionate de fluticasone permettant d'obtenir une bonne maîtrise de l'asthme.

On doit aviser le patient que pour tirer pleinement parti du traitement, il doit prendre régulièrement ADVAIR[®], que des symptômes soient présents ou non. En général, pour contribuer à prévenir la candidose, il faut se rincer la bouche et se gargariser avec de l'eau après chaque inhalation. Le nettoyage des protèges dentaires à la même effet.

ADVAIR[®] DISKUS[®] ne doit être administré que par inhalation orale.

Posologie recommandée

Adultes et adolescents de 12 ans et plus

ADVAIR[®] 100 DISKUS[®] (50 µg de salmétérol et 100 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

ou
ADVAIR[®] 250 DISKUS[®] (50 µg de salmétérol et 250 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

ou
ADVAIR[®] 500 DISKUS[®] (50 µg de salmétérol et 500 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

Enfants (4 à 11 ans) - ADVAIR[®] 100 Diskus[®] (50 µg de salmétérol et 100 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation deux fois par jour.

Remarque générale

À l'heure actuelle, on ne dispose pas suffisamment de données cliniques pour recommander l'emploi d'ADVAIR[®] chez les enfants de moins de 4 ans.

Personnes âgées et insuffisants rénaux - Il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose chez les patients âgés, par ailleurs en bonne santé, ni chez les insuffisants rénaux (voir la rubrique Interactions médicamenteuses de la section PRÉCAUTIONS). Le salmétérol étant éliminé principalement par métabolisme hépatique, on doit l'administrer avec prudence chez les patients atteints d'une affection hépatique.

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Principe actif

Dénomination commune: xinafoate de salmétérol

Dénomination chimique: 4-hydroxy- α [[[19-(4-phénylbutoxy)éthoxy]amino]-méthyl]-1,3-benzodioxolane, 1-hydroxy-2-naphthoate.

Formule chimique:



Formule moléculaire: $C_{27}H_{36}NO_7$, H₂O
Poids moléculaire: 603,8

Description: Poudre cristalline blanche ou blanc cassé, dont le point de fusion est d'environ 123 °C

Solubilité: Dans l'eau = 0,07 mg/mL (à pH = 8)
Dans de la solution saline = 0,88 mg/mL (0,9 % p/v)
Dans le méthanol = 40 mg/mL
Dans l'éthanol = 7 mg/mL
Dans le chloroforme = 3 mg/mL
Dans l'isopropyl = 2 mg/mL

pKa et pH: Le salmétérol est amphotère. C'est pourquoi il est partiellement ionisé dans l'eau sur toute l'échelle de pH. Cependant, étant donné que les espèces ionisées sont faiblement solubles, il n'a pas été possible de déterminer avec précision les deux constantes de macrodissociation par titrage potentiométrique. Le pKa apparent correspondant à la dissociation du groupement phénol (déterminé par spectrophotométrie dans l'ultraviolet) est de 9,3. Les quatre microconstantes se situent entre 8,9 et 5,7.
Le pH d'une solution aqueuse saturée de xinafoate de salmétérol (0,07 mg/mL) est d'environ 8.

Coefficient de partage: Le coefficient de partage entre le n-octanol et l'eau varie en fonction du pH; il a été déterminé par C.L.H.P.

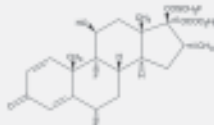
log P = 3,2 (pH 8,2)
log P = 2,0 (pH 7,4)
log P = 0,6 (pH 4,8)

Principe actif

Dénomination commune: propionate de fluticasone

Dénomination chimique: 6-fluorométhyl 6 α , 9 α -difluoro-11 β -hydroxy-16 α -méthyl-3-oxo-17 α -propionyloxyandrost-1,4-diene-17 β -carbothioate

Formule chimique:



Formule moléculaire: $C_{28}H_{34}F_2O_5$

Poids moléculaire: 500,6

Description: Le propionate de fluticasone est une poudre blanche

ou blanc cassé. Il est entièrement soluble dans le diméthylsulfoxyde et dans le diméthylformamide, quelque peu soluble dans l'acétone, le dichlorométhane, l'acétate d'éthyle et le chloroforme. Légèrement soluble dans le méthanol et l'éthanol à 95 %, et presque insoluble dans l'eau. Le propionate de fluticasone se décompose sans fusion. Le début de la décomposition se produit à environ 225 °C.

Composition

ADVAIR[®] DISKUS[®] est un dispositif d'inhalation de poudre sèche qui libère 50 µg de salmétérol et 100, 250 ou 500 µg de propionate de fluticasone par inhalation. La préparation contient également du lactose.

Stabilité et recommandations d'entreposage

Ne pas conserver ADVAIR[®] DISKUS[®] à plus de 30 °C. Garder ce médicament dans un endroit sec.

PRÉSENTATION

ADVAIR[®] 100 DISKUS[®] est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande d'aluminium de 60 caques. Chaque caque contient 50 microgrammes (µg) de salmétérol (sous forme de sel de xinafoate) et 100 µg de propionate de fluticasone comme principes actifs. Elle contient également du lactose comme véhicule.

ADVAIR[®] 250 DISKUS[®] est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande d'aluminium de 60 caques. Chaque caque contient 50 microgrammes (µg) de salmétérol (sous forme de sel de xinafoate) et 250 µg de propionate de fluticasone comme principes actifs. Elle contient également du lactose comme véhicule.

ADVAIR[®] 500 DISKUS[®] est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande d'aluminium de 60 caques. Chaque caque contient 50 microgrammes (µg) de salmétérol (sous forme de sel de xinafoate) et 500 µg de propionate de fluticasone comme principes actifs. Elle contient également du lactose comme véhicule.

MONOGRAPHIE DU PRODUIT FOURNIE SUR DEMANDE.



GlaxoSmithKline
Bureau d'Info du Québec
145, rue Transcanadienne
Saint-Laurent (Québec) H4S 1Z1



www.stmrocanada.com

'ADVAIR' est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc. DISKUS est une marque déposée de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc. L'apparence, à savoir le contour, la forme et la taille, du dispositif d'inhalation DISKUS est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc.

Mis à jour mai 2001

◀◀◀ Suite de la page 182

sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS).

Thérapies complémentaires. Selon le rapport, il est utile que le médecin connaisse les thérapies complémentaires pour conseiller efficacement les femmes sur les différents traitements possibles.

Les auteurs du document n'hésitent pas à citer quelques remèdes naturels.

« Des préparations à base de certaines plantes, telles que l'actée en grappe (*Cimifuga Racemosa*), le ginko biloba, l'extrait de millepertuis, la valériane et le kava, offrent des solutions de rechange au traitement à court terme de symptômes particuliers. » Mais il y a aussi les mesures non pharmacologiques plus classiques : une alimentation saine, l'exercice physique, la réduction du stress et l'abandon du tabac. ☸

Service d'appui pour la méthadone
une aide pour les médecins de patients héroïnomanes

Le SAM, Service d'appui pour la méthadone, est maintenant officiellement lancé. Son but : aider les médecins et les autres professionnels de la santé qui s'occupent de patients prenant de la méthadone. Le SAM leur permet d'entrer en contact avec un expert en toxicomanie, en méthadone ou en obstétrique, de connaître les ressources disponibles pour les patients, d'obtenir la liste des pharmacies vendant de la méthadone, de trouver des

Suite page 189 ▶▶▶

pas écarter le risque d'une plus grande sensibilité chez certaines personnes âgées. **Interactions médicamenteuses :** Traitement concomitant aux diurétiques : Les patients qui prennent simultanément des inhibiteurs de l'ECA et des diurétiques, et particulièrement ceux pour qui le traitement aux diurétiques a été récemment introduit, pourraient occasionnellement présenter une baisse excessive de la tension artérielle suite à l'introduction du traitement. Le risque d'un effet hypotenseur après la première dose de COVERSYL peut être minimisé soit en interrompant la prise du diurétique ou en augmentant l'apport en sel avant l'introduction du traitement avec COVERSYL. Si l'un des deux est possible d'interrompre le traitement avec le diurétique, la dose de départ de COVERSYL peut être diminuée et le patient devrait être sous surveillance étroite pendant plusieurs heures après la dose initiale et jusqu'à ce que la tension artérielle se soit stabilisée (voir MISES EN GARDE et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION). Agents qui augmentent le potassium sérique : Puisque COVERSYL abaisse la production d'aldostérone, une élévation du potassium sérique peut survenir. Des diurétiques d'épargne potassique tels que le spironolactone, le triamterène ou l'amiloride, ou des suppléments de potassium devraient être administrés seulement pour les cas d'hypokaliémie documentés, et ce avec prudence, et une vérification fréquente du potassium sérique devrait être effectuée puisqu'ils peuvent entraîner une augmentation significative du potassium sérique. Les substituts de sel contenant du potassium devraient aussi être utilisés avec prudence. **Agents qui causent la sécrétion de rénine :** L'effet antihypertenseur de COVERSYL est augmenté par les agents antihypertenseurs qui causent une sécrétion de rénine (p. ex. : les diurétiques). **Lithium :** Des taux de lithium sérique accrus et des symptômes d'intoxication au lithium ont été rapportés chez des patients recevant un traitement concomitant au lithium et aux inhibiteurs de l'ECA. La coadministration de ces médicaments devrait se faire avec prudence et une vérification fréquente des taux de lithium sérique est recommandée. Si un diurétique est aussi utilisé, le risque d'intoxication au lithium pourrait être encore plus élevé. **Agents qui affectent l'activité sympathique :** Les agents qui affectent l'activité sympathique (p. ex. : les ganglioplegiques ou les anti-adrénérgiques) peuvent être utilisés avec prudence. Les bêta-adrénérgiques augmentent encore plus l'effet antihypertenseur de COVERSYL. **Digoxine :** Une étude pharmacocinétique n'a rapporté aucun effet sur la concentration de digoxine plasmatique lorsque coadministrée avec COVERSYL.

EFFETS SECONDAIRES

On a évalué l'innocuité de COVERSYL (perindopril erbumine) auprès d'environ 3000 patients hypertendus dont 1216 (y compris 181 patients âgés) participant à des essais cliniques contrôlés. On a évalué l'innocuité à long terme de COVERSYL auprès d'environ 1000 patients traités pendant 1 an ou plus. Lors d'études avec l'insuffisance cardiaque, 167 patients ont été traités avec le perindopril dans le cadre d'essais à 3 mois contrôlés contre placebo et l'innocuité à long terme a été évaluée chez 513 patients traités pendant 6 mois ou plus, dont 352 ont été suivis pendant plus d'un an. Les effets indésirables les plus graves, survenus chez tous les patients traités avec COVERSYL lors des études cliniques contrôlées, ont été l'angio-œdème (0,1 %), l'hypotension orthostatique (0,4 %) et la syncope (0,6 %). Les cas d'infarctus du myocarde et d'accident cérébro-vasculaire signalés sont possiblement reliés à une hypotension excessive sous-jacente chez les patients à risque élevé (voir MISES EN GARDE). Au cours de l'évaluation de l'innocuité à long terme chez les patients présentant une insuffisance cardiaque, les effets indésirables rapportés avec la plus forte incidence ont été les douleurs d'angine (2,5 %) et l'hypotension orthostatique (2,3 %). Les effets indésirables les plus fréquents rapportés lors d'études nord-américaines contrôlées contre placebo avec COVERSYL en monothérapie pour l'hypertension (n=630) ont été les maux de tête (26,0 %), la toux (13,0 %), l'asthénie (8,7 %), les étourdissements (8,6 %), l'infection des voies respiratoires supérieures (7,9 %), les maux de dos (6,8 %), la diarrhée (4,6 %) et l'œdème (4,3 %). On a dû arrêter le traitement chez 6,9 % des patients à cause d'un effet indésirable. Dans la phase à double insu des essais contrôlés contre placebo pour l'insuffisance cardiaque, les effets indésirables les plus souvent rapportés ont été l'asthénie (6,6 %), l'étourdissement (6,0 %), les douleurs abdominales/gastralgies (4,2 %), les réactions cutanées (4,2 %), les nausées/vomissements (3,6 %) et les maux de tête (3,0 %). L'arrêt du traitement en raison d'effets indésirables a été requis pour 5,4 % des 167 patients traités avec le perindopril, comparativement à 4,7 % des 170 patients qui recevaient un placebo. Les réactions indésirables, ne tenant pas compte de l'imputabilité au médicament, rapportées au cours d'études cliniques contrôlées ou non contrôlées ou après la commercialisation du médicament chez moins de 1 % des patients souffrant d'hypertension ou d'insuffisance cardiaque traités avec COVERSYL sont énumérées ci-dessous.

Générales : réaction anaphylactique, angio-œdème, douleurs thoraciques, douleurs cervicales, œdème, fièvre, malaise, douleurs, œdème périphérique, soif. **Cardiovasculaires :** arythmie, bradycardie, refroidissement des extrémités, claudication intermittente, infarctus du myocarde, hypotension orthostatique, symptômes orthostatiques, syncope, vasodilatation, enflure des jambes. **Dermatologiques :** alopecie, éruptions cutanées, dermatite, boutons de fièvre, bouffées de chaleur, pemphigus, prurit, purpura, irritation, syndrome de Stevens-Johnson, transpiration, erythrodermie toxique, urticaire. **Gastro-intestinaux :** anorexie, constipation, bouche sèche, sécheresse des muqueuses, dyspepsie, flatulences, hémorragie gastro-intestinale, augmentation de l'appétit, infarctus mésentérique (1 patient), stomatite. **Hématologiques :** anémie hémolytique, neutropénie, thrombocytopenie.

Musculo-squelettiques : arthralgie, arthrite, douleurs osseuses, hypertonie/crampes musculaires, douleurs lombaires, myalgie, myasthénie, sciatalgie. **Neurologiques/psychiatriques :** rêves anormaux, agitation, amnésie, accident cérébrovasculaire, troubles cognitifs, confusion, dépression, hyperkinésie, troubles de la mémoire, modification de l'humeur, nervosité, déformation perceptive, troubles du sommeil, somnolence, problèmes d'élocution, tremblements, vertiges.

Respiratoires : asthme, bronchite, bronchospasme, dyspnée, pharyngite, pneumonie, rhinite, sinusite, trouble de la gorge, fibrose pulmonaire.

Urogénitales : hématurie, pierres aux reins, troubles menstruels, polyurie nocturne, oligurie, polyurie, œdème scrotal, fréquence urinaire, incontinence urinaire, rétention urinaire, insuffisance rénale, troubles de la libido.

Sensorielles : vision anormale, douleurs auriculaires, larmoiement, modification du goût, bourdonnements d'oreilles.

ANOMALIES DES TESTS DE LABORATOIRE

Électrolytes sériques : Hyperkaliémie (voir PRÉCAUTIONS)

Azote uréique du sang et créatinine sérique : On a observé des élévations des concentrations d'azote uréique du sang et de créatinine sérique (BUN > 40 mg/dl; créatinine sérique > 2,5 mg/dl) chez, respectivement, 0,2 % et 0,3 % des patients traités avec COVERSYL en monothérapie. Les baisses de sodium sérique et les augmentations de créatinine sérique étaient plus fréquentes avec l'administration concomitante d'un diurétique qu'avec l'administration de COVERSYL seul.

Hématologie : On a observé de faibles diminutions de l'hémoglobine et de l'hématocrite chez les patients traités avec COVERSYL, mais rarement d'importance clinique. Aucun des patients participant aux études contrôlées n'a eu à abandonner le traitement à cause d'une anémie.

Fonction hépatique : On a signalé des élévations des concentrations des enzymes hépatiques et/ou de la bilirubine sérique (voir PRÉCAUTIONS). Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez 47 000 patients souffrant d'hypertension essentielle, sous surveillance médicale et traités pendant un an avec COVERSYL avec ou sans autres médicaments au cours d'une étude européenne ouverte ont été la toux (9,7 %), les symptômes digestifs (2,0 %), la fatigue (1,8 %), les maux de tête (1,4 %) et l'étourdissement (1,4 %). En tout, 5,1 % des patients participant à cette étude ont dû interrompre le traitement à cause des effets indésirables et

3,2 % d'entre eux à cause de la toux.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT EN CAS DE SURDOSAGE

Les données sur le surdosage de COVERSYL (perindopril erbumine) chez les humains sont limitées. La manifestation clinique la plus probable serait sous forme de symptômes attribuables à une hypotension grave qui serait normalement traitée par une augmentation intraveineuse du volume avec du chlorure de sodium à 0,9 %. Cependant, des deux cas rapportés lors des essais cliniques avec COVERSYL, un (dose inconnue) a nécessité une aide respiratoire et l'autre a présenté des symptômes d'hypothermie et d'arrêt circulatoire suivis de son décès après avoir ingéré jusqu'à 180 mg de COVERSYL. Donc, l'intervention en cas de surdosage avec COVERSYL pourrait nécessiter un soutien vigoureux. COVERSYL peut être éliminé du système par hémodialyse, avec une clairance d'environ 52 ml/min pour le perindopril et 67 ml/min pour le perindoprilat, son métabolite actif (voir ACTIONS ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Pharmacocinétique and métabolisme).

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie de COVERSYL (perindopril erbumine) doit être adaptée à chaque cas.

Hypertension : Avant d'amorcer le traitement, on doit tenir compte du traitement antihypertenseur antérieur, du degré d'élévation de la tension artérielle et de la restriction sodée. Il peut s'avérer nécessaire d'adapter la posologie des autres médicaments antihypertenseurs administrés avec COVERSYL. La présence d'aliments dans le tractus gastro-intestinal réduit la biodisponibilité du perindoprilat. **Monothérapie :** La dose initiale recommandée de COVERSYL, chez les patients non traités par des diurétiques, est de 4 mg une fois par jour. Il faudrait adapter la posologie selon la réponse de la tension artérielle, habituellement à intervalles d'au moins 2 semaines. La dose d'entretien habituelle est de 4 à 8 mg par jour, administrés en une seule prise par jour. On n'a pas obtenu de baisse supplémentaire de la tension artérielle par suite de l'administration de doses supérieures à 8 mg par jour. Chez certains patients traités par une dose quotidienne unique, l'effet hypertenseur peut diminuer vers la fin de l'intervalle posologique. Cette diminution peut être évaluée en mesurant la tension artérielle juste avant l'administration du médicament afin de vérifier si un contrôle satisfaisant est maintenu pendant 24 heures. Si ce n'est pas le cas, on doit envisager d'administrer la dose quotidienne en 2 prises fractionnées ou d'augmenter la dose. Si la tension artérielle n'est pas contrôlée avec COVERSYL seul, on peut ajouter un diurétique. Suite à l'ajout d'un diurétique, il se pourrait qu'on doive réduire la dose de COVERSYL. **Traitement par association avec un diurétique :** Une hypotension symptomatique peut parfois survenir suite à l'administration de la dose initiale de COVERSYL. Elle est plus susceptible de se manifester chez les patients qui prennent déjà un diurétique. Il serait préférable d'interrompre l'administration du diurétique pendant 2 ou 3 jours avant d'amorcer le traitement avec COVERSYL afin de réduire les risques d'hypotension (voir MISES EN GARDE). Si le traitement par diurétique ne peut être interrompu, une dose initiale de 2 mg de COVERSYL devrait être utilisée, suivi d'une observation attentive du patient pendant plusieurs heures et jusqu'à ce que sa tension artérielle se soit stabilisée. On devrait par la suite ajuster la posologie de COVERSYL jusqu'à l'obtention de la réponse optimale. **Insuffisance cardiaque globale :** Chez les patients présentant une insuffisance cardiaque globale, COVERSYL est généralement utilisé conjointement avec un diurétique et, lorsqu'approprié, un glucoside digitalique. Le traitement devrait être amorcé sous surveillance médicale attentive. La tension artérielle et la fonction rénale devraient être surveillées, tant avant que durant le traitement avec le perindopril, puisque des cas d'hypotension grave et, plus rarement, de défaillance rénale conséquente, ont été rapportés (voir MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS). Avant de débiter le traitement, il faut tenir compte de tout traitement aux diurétiques liquides et de la possibilité d'une carence aiguë en sel et en volume de régence. Si possible, la dose de diurétique devrait être réduite avant de débiter le traitement. Le potassium sérique devrait aussi être sous surveillance (voir PRÉCAUTIONS - Interactions médicamenteuses). La dose initiale recommandée est de 2 mg, prise une fois par jour, le matin, sous surveillance médicale étroite. La dose peut, dans la plupart des cas, être augmentée à 4 mg une fois par jour (une fois l'acceptabilité de la tension artérielle démontrée). La dose efficace habituelle lors d'essais cliniques a été de 4 mg/jour administrée en une seule prise. L'ajustement de la dose peut être effectué sur une période de 2 à 4 semaines. **Les personnes âgées :** Pour les personnes âgées, le traitement devrait débiter avec une dose de 2 mg administrée le matin. Cette dose peut au besoin être augmentée à 4 mg par jour après un mois de traitement et administrée en une ou deux prises. **Insuffisance rénale :** En cas d'insuffisance rénale, la posologie de COVERSYL doit être ajustée. Les doses ci-dessous sont recommandées :

Clairance de la créatinine	Posologie recommandée
Entre 30 et 60 ml/min	2 mg par jour
Entre 15 et 30 ml/min	2 mg aux deux jours
< 15 ml/min	2 mg le jour de la dialyse

Le suivi médical de ces patients inclut un contrôle périodique des concentrations de potassium et de créatinine.

PRÉSENTATION

2 mg : Chaque comprimé rond biconvexe blanc à prise orale contient 2 mg de perindopril erbumine. Offert en boîtes de 30 comprimés (contenant une plaquette thermoformée de 30 comprimés).

4 mg : Chaque comprimé biconvexe blanc de forme oblongue contient 4 mg de perindopril erbumine. Offert en boîtes de 30 comprimés (contenant une plaquette thermoformée de 30 comprimés).

Monographie du produit disponible sur demande.

© Marque déposée de Servier Canada Inc.

Références :

- Tcherdakov P. Long-term evaluation of the antihypertensive activity of Coversyl (perindopril) in 26,008 treated, uncontrolled hypertensive patients. *JAMA* 1995;307(Suppl):S3-S12.
- Lechat P, Garnham SP, Desche P, et al. Efficacy and acceptability of perindopril in mild to moderate chronic congestive heart failure. *Am Heart J* 1993;126:798-806.
- Navokarasu NT, Rahman AR, Abdullah I. First-dose response to angiotensin-converting enzyme inhibition in congestive cardiac failure: a Malaysian experience. *Int J Clin Pract* 1999;53(1):25-30.
- Monographie de Coversyl, 2001.



SERVIER

SERVIER CANADA INC.
235 Armand-Frappier Blvd.
Laval Québec Canada
H7V 4A7



échographies

◀◀◀ Suite de la page 186

médicins prescrivant le dérivé de morphine dans diverses régions du Québec ou à l'extérieur de la province, d'adresser un patient à un professionnel du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN).

Le service a été créé un peu sur le modèle du service Consultation-Sida. « Certains médecins de famille ont des connaissances qui leur permettent de suivre des patients traités avec de la méthadone, et ils le font très bien, mais dans certaines situations, ils ont besoin d'être appuyés. Dans ces cas, ils peuvent recourir au SAM, qui peut répondre à leurs questions », explique le Dr Pierre Lauzon, conseiller à la direction du CRAN, organisme qui a créé le SAM.

« Nous désirions également donner aux médecins qui travaillent en dehors des grands centres un

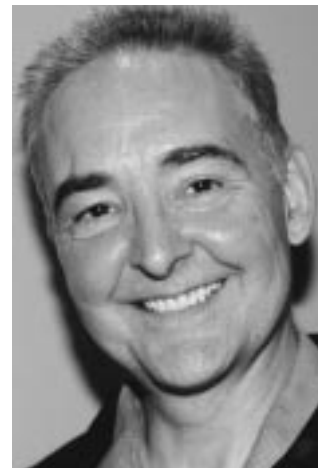


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Pierre Lauzon.

point de référence sur leur territoire. Nous avons mis sur pied un réseau de médecins pivots dans presque chacune des régions. L'expertise n'est pas seulement à Montréal », explique M. Jean Gauthier,

Suite page 191 ▶▶▶

p. ex., obésité francobas, hypertension, fatigue et faiblesse, irritabilité menstruelle, hypersensibilité, stries abdominales violettes, adénome, glycémie, ostéoporose, etc., en cas de surdosage chronique par inhalation. Le traitement du surdosage chronique nécessite une réduction graduelle de la dose de stéroïdes inhalés. De insister sur les mots « réduction graduelle », car le surdosage chronique de stéroïdes administrés par inhalation doit être considéré comme une cause possible de suppression de la production endogène de corticostéroïdes. En cas de surdosage, il faut réduire progressivement la dose de stéroïdes inhalés tout en surveillant la maîtrise des symptômes asthmatiques. Il est conseillé d'évaluer périodiquement la fonction de l'axe HHS au cours de ce rajustement posologique, afin de s'assurer que la production endogène de corticostéroïdes suralimentaires soit stable. On doit s'attendre à ce que la formulation HFA-DPB puisse tout autant entraîner un surdosage chronique que les autres stéroïdes administrés par inhalation.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Généralités :
On doit utiliser la plus petite dose de dipropionate de bécloéthasone nécessaire pour maintenir les symptômes à leur minimum. Une fois ceux-ci bien maîtrisés, il faut tenter de réduire la dose de dipropionate de bécloéthasone, afin de déterminer la plus petite dose possible permettant de maintenir cet état. Parallèlement à la réduction de la posologie doit avoir lieu périodiquement.

QVAR® (dipropionate de bécloéthasone) en aérosol pour inhalation doit être administré par inhalation orale uniquement.

Comme les effets de QVAR® reposent sur une utilisation régulière et sur une technique d'inhalation appropriée, il faut informer le patient de la nature prophylactique de ce traitement et lui faire savoir que pour obtenir des effets optimaux, il doit prendre QVAR® régulièrement, même s'il ne ressent pas de symptômes. Les symptômes asthmatiques devraient diminuer au cours de la première ou de la deuxième semaine après le début du traitement.

Le patient doit consulter son médecin s'il croit que les bronchodilatateurs à courte durée d'action deviennent moins efficaces ou s'il doit utiliser ce type de médicament plus souvent qu'à l'habitude.

Il faut avertir les patients qui utilisent des bronchodilatateurs en inhalation de les employer avant l'administration de QVAR®, de manière à augmenter la pénétration du QVAR® dans l'arbre bronchique. Comme la bronchodilatation prend un certain temps, il faut attendre plusieurs minutes entre l'utilisation de chaque inhalateur.

Il se peut que le médicament n'atteigne pas les bronchioles ou les siphons mésentériques sans trop d'absorption. Par conséquent, si l'on n'obtient pas de réponse manifeste après dix jours de traitement, il faut tenter de se débarrasser de mucus à l'aide d'expectorants et/ou d'une corticothérapie générale de courte durée.

Règle générale, on peut prévenir la candidose en se rinçant la bouche à l'eau et en se gargarisant après chaque inhalation. Le brossage des dents à la même effet. Il ne faut pas interrompre le traitement au QVAR® brusquement, mais plutôt de manière graduelle.

Posologie :

QVAR® (dipropionate de bécloéthasone) est indiqué pour le traitement prophylactique de l'asthme bronchique répondant aux stéroïdes chez les patients de 12 ans ou plus. D'autres études cliniques sur l'efficacité et l'efficacité chez les enfants seront nécessaires pour étayer l'indication chez ce groupe d'âge.

L'intervalle posologique recommandé pour QVAR® est de 100 à 800 µg. Chaque activation de QVAR® 50 µg libère de la valve 50 µg de DPB, équivalent à 40 µg de DPB du dispositif. Chaque activation de QVAR® 100 µg libère de la valve 100 µg de DPB, équivalent à 80 µg de DPB du dispositif.

Asthme léger :
50 à 100 µg de QVAR® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 100 à 200 µg).

Asthme modéré :
100 à 200 µg de QVAR® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 200 à 400 µg).

Cas plus graves :
300 à 400 µg de QVAR® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 600 à 800 µg). La dose quotidienne totale de QVAR® recommandée est inférieure à la dose recommandée de CFC-DPB, car la quantité de QVAR® qui se dépose dans les poumons est plus élevée. La posologie doit être individualisée.

Facteurs de conversion suggérés pour les patients qui passent de CFC-DPB à QVAR®

Dose de CFC-DPB (µg/l)	200	400 à 500	600 à 750	800 à 1000
Dose de QVAR® (µg/l)	100	200	300	400

À noter : La conversion doit être calculée en fonction de la dose de CFC-DPB appropriée au moment de la substitution. Les patients symptomatiques peuvent avoir besoin d'une plus forte dose de CFC-DPB, augmentation qui devrait être prise en considération lors du calcul de la dose de QVAR®.

Patients qui ne sont pas sous corticothérapie générale

Les patients asthmatiques qui ont besoin d'un traitement d'entretien peuvent tirer avantage de QVAR® aux doses recommandées ci-dessus. Chez les patients qui répondent au QVAR®, la fonction pulmonaire s'améliore généralement en 1 à 4 semaines après le début du traitement. Une fois l'effet désiré obtenu, on devrait songer à réduire la dose au minimum requis pour maintenir un soulagement efficace des symptômes.

Il faut être particulièrement prudent chez les patients qui passent d'une corticothérapie générale à un traitement par inhalation, car la récupération de la fonction corticosurvéillante, dépendant par l'emploi prolongé de stéroïdes administrés par voie générale, est un lent processus.

Les symptômes asthmatiques du patient doivent être stables avant que ne débute le traitement au QVAR®. Au début, QVAR® doit être administré conjointement avec la dose d'entretien habituelle de corticostéroïdes généraux employée par le patient. Après une semaine environ, on peut commencer à réduire le traitement par voie générale en réduisant la dose quotidienne ou en réduisant la dose un jour sur deux. La réduction peut commencer après un intervalle d'une ou deux semaines, selon la réponse du patient. De recommander fortement que le sevrage se fasse lentement. Le sevrage graduel de la corticothérapie générale se fait en réduisant la dose quotidienne par paliers de 1,0 mg de prednisone — ou d'une dose équivalente d'un autre corticostéroïde — à intervalles d'au moins une semaine, le patient étant sous étroite observation. Durant cette période, certains patients peuvent éprouver des symptômes de sevrage tels que douleurs articulaires et/ou musculaires, lassitude et dépression, malgré le maintien ou même l'amélioration de la fonction pulmonaire. Il faut encourager ces patients à poursuivre le traitement par inhalation, mais il faut surveiller de près les signes objectifs d'insuffisance suralimentaire. En cas de signes d'insuffisance suralimentaire, augmenter temporairement la dose de corticostéroïdes généraux et poursuivre le sevrage plus lentement par la suite.

Il faut avertir les patients chez qui l'on a interrompu une corticothérapie générale de reprendre immédiatement le traitement en cas de stress ou de crise asthmatique grave et de consulter leur médecin afin de savoir quoi faire ensuite. Il faut aussi avertir ces patients de porter sur eux une carte qui indique qu'ils peuvent avoir besoin d'une corticothérapie générale complémentaire en cas de stress ou de crise d'asthme grave. Les patients qui ont reçu des stéroïdes généraux à fortes doses pendant de longues périodes peuvent présenter une dépression corticosurvéillante. La fonction corticosurvéillante

de ces patients doit être évaluée périodiquement et la dose de stéroïdes généraux doit être réduite au prudence.

Certains patients ne peuvent se passer complètement des corticostéroïdes oraux. Si tel est le cas, il faut administrer une dose d'entretien minimale en cas de QVAR®.

Administration :

QVAR® doit être administré par inhalation orale chez les patients de 12 ans ou plus. Le début d'action et le degré de soulagement varient d'une personne à l'autre. Les symptômes asthmatiques devraient diminuer au cours de la première ou de la deuxième semaine après le début du traitement, mais l'effet maximal peut prendre jusqu'à 3 ou 4 semaines. Afin de diminuer le risque d'effets indésirables, il est toujours souhaitable de réduire la posologie à la plus petite dose efficace une fois que la dose initiale est parvenue à stabiliser le patient. Des doses plus élevées peuvent assurer une stabilisation accrue chez les patients qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement après 3 ou 4 semaines. On n'a cependant pas établi l'efficacité et l'innocuité de doses de QVAR® supérieures à celles qui sont recommandées.

Comme dans le cas de tout autre aérosol pour inhalation, on recommande de tester le dispositif en vaporisant QVAR® dans l'air avant la première utilisation. On recommande de faire de même (à vaporisation) si le dispositif n'a pas été utilisé pendant plus de 14 jours (voir RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AU CONSOMMATEUR).

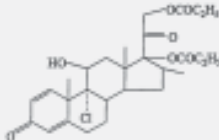
QVAR® est un aérosol liquide qui n'a pas besoin d'être agité. Grâce à la bonne proportionnalité de l'aérosol, le dispositif fournit chaque fois la même dose, peu importe la façon employée, 50 µg ou 100 µg. La proportionnalité signifie que l'aérosol à 100 µg/dose fournit deux fois plus de médicament que l'aérosol à 50 µg/dose. On peut être sûr d'obtenir des doses constantes, car celles-ci sont ajustées à plusieurs tentatives sont effectuées. La quantité de QVAR® libérée est toujours la même à chaque activation, peu importe la position dans laquelle le dispositif est rangé. Ainsi, une seule activation suffit pour obtenir une dose faible. On peut également être assuré d'une posologie constante, grâce à la durée de vie qui figure sur l'étiquette du produit. Lorsque le contenu est presque vide, la quantité de médicament qui traverse l'embout buccal diminue abruptement, ce qui ne peut manquer de remarquer le patient.

Aucune étude clinique n'a été menée sur l'emploi d'un espaceur avec QVAR®, mais les études in vitro indiquent que l'espaceur AeroChamber® est compatible avec QVAR®. L'utilisation d'un espaceur : QVAR® a été conçu de telle sorte qu'on puisse l'utiliser sans espaceur. Si un espaceur est jugé nécessaire, l'espaceur AeroChamber® est un dispositif compatible qui peut être utilisé avec l'aérosol-doseur QVAR®, car celui-ci ne modifie pas la fraction de particules inhalées.

RENSEIGNEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Substance médicamenterale : Dipropionate de bécloéthasone
Non causatif : Dipropionate de bécloéthasone
Dénomination chimique : 17,21-Dipropionate de 9-chloro-11β,17,21-trihydroxy-16β-méthylpregna-1,4-diene-3,20-dione

Formule développée :



Formule moléculaire : C₂₇H₃₅ClO₆
Poids moléculaire : 521,1
Aspect physique : Poudre blanche de couleur blanche à crème.
Solubilité : Légèrement soluble dans l'eau, très soluble dans le chloroforme et entièrement soluble dans l'acétone et l'alcool.
Point de fusion : 205 °C à 215 °C

Composition :

QVAR® est un aérosol-doseur pressurisé pour usage par inhalation orale uniquement. Chaque unité contient une solution de dipropionate de bécloéthasone dans du 1,1,1,2-tétrahydrofurane (gaz propulseur désigné aussi par HFA-134a ou hydrofluorocane-134a) et de l'hexane. Ce produit ne contient pas de CFC. La taille moyenne des particules émises par l'aérosol est plus petite (1 à 1,5 micronètre) pour les deux tentatives (QVAR® 50 µg et QVAR® 100 µg) que celles des particules de DPB formées dans les CFC (chlorofluorocarbures), qui est de 3,5 à 4 micronètres.

Stabilité et recommandations concernant l'entreposage :
CONTENU SANS PRESSION. Ne pas perforer la cartouche. Ne pas utiliser ou entreposer près de la chaleur ou d'une flamme nue. L'exposition à une température supérieure à 50 °C peut causer une explosion. Ne jamais jeter le contenu au feu ou dans un incinérateur. Garder hors de portée des enfants. Conserver entre 15 °C et 30 °C. La froid (jusqu'à température de -10 °C) n'empêche pas le fonctionnement efficace de l'aérosol-doseur.

FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

QVAR® (dipropionate de bécloéthasone) est offert en deux tentatives, chacune présentée sous deux formes.

QVAR® 50 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 290 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVAR® 100 µg est également offert en cartouches de 6,5 g contenant 100 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVAR® 100 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 200 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVAR® 100 µg est également offert en cartouches de 6,5 g contenant 100 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

Monographie fournie sur demande

• QVAR® et • 3M® sont des marques de commerce de 3M utilisées sous licence au Canada.

Produits pharmaceutiques 3M



Soins-santé grand public McNeil



échographies

◀◀◀ Suite de la page 189



Photo : Emmanuelle Garnier.

M. Jean Gauthier.

coordonnateur du SAM. Depuis trois ans, les services relatifs à la méthadone se sont effectivement multipliés au Québec.

1600 personnes prennent de la méthadone

Au Québec, une centaine de médecins prescrivent de la méthadone. Et environ 1600 personnes, dont la plupart sont à Montréal, recourent à ce traitement de substitution.

« Le SAM offre, deux fois par année, une formation aux médecins qui souhaitent prendre en charge ces patients », affirme le D^r Lauzon.

Le nouveau service a été lancé par la ministre déléguée à la Santé et aux Services sociaux, M^{me} Agnès Maltais.

Pourquoi faut-il un tel réseau ? « Entre 10 000 et 12 000 personnes consomment de l'héroïne au Québec. L'approche de la « réduction des méfaits » et le don de la méthadone sont peu connus. Il faut donc parler aux professionnels. Ils doivent savoir, quand ils sont en contact avec un héroïnomane, que ce dernier peut avoir accès à de la méthadone. »

Suite page 193 ▶▶▶

Les réactions indésirables observées chez moins de 0,5 % de tous les sujets, hyperlipidémie ou insuffisance cardiaque, sont les suivantes :

Corps entier :	allergie, œdème de la face, frissons, prise de poids, déshydratation;
Appareil cardiovasculaire :	réactivation, accéleré vasculaire, œdème, insuffisance cardiaque;
Appareil digestif :	tachycardie ventriculaire, flutter auriculaire, constipation, œdème de la langue, hémorragie gastro-intestinale, flatulences, anorexie, selles sanguinolentes;
Hématologie :	anémie, y compris l'anémie hémolytique, thrombopénie, agranulocytose;
Système nerveux :	confusion, amnésie, anxiété;
Appareil locomoteur :	arthrite;
Appareil respiratoire :	asthme, envasement;
Foie et amniotes :	dermatite, réaction de photosensibilité, urticaire, eczéma, perçage;
Appareil génito-urinaire :	érythrodermie, syndrome de Stevens-Johnson, dysurie, polyurie, insuffisance rénale;
Sens des organes :	acouphènes;
Anomalies dans les résultats d'examens de laboratoire :	hématocrite, diminution de la leucocytose, augmentation du taux d'azote uréique dans le sang, hyperphosphatémie, asthénie;

Résultats cliniques des examens de laboratoire
Hématologie :
Hyperkaliémie :
 Créatinine et azote uréique : On a constaté des augmentations (> 1,25 fois la limite supérieure de la normale) des taux de créatinine et d'azote uréique dans le sang chez 2 % des cas pour chacun de ces substances, chez les sujets traités par ACCUPRIL en monothérapie. Ces augmentations sont plus susceptibles d'être présentes dans les cas traités par Accupril et dualtique que chez ceux traités seulement par ACCUPRIL. Elles ont souvent rétrogradé avec la poursuite du traitement. Dans les essais cliniques contrôlés portant sur l'insuffisance cardiaque, on a observé des élévations des taux sanguins d'azote uréique et de la créatinine dans 11 % et 8 %, respectivement, des cas traités par ACCUPRIL. La plupart de ces patients prenaient aussi des diurétiques avec ou sans digitaux.
 Foie : Des augmentations des taux d'enzymes hépatiques (taux de bilirubine plasmatique) ont été observés (cf. PRÉCAUTIONS).

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE On ne dispose pas de données en ce qui concerne le surdosage d'ACCUPRIL (chlorhydrate de quinapril) chez les humains. Les manifestations cliniques les plus probables consistent en des symptômes imputables à l'hypotension artérielle grave, qu'on doit normalement traiter par expansion volumique à l'aide d'une solution de chlorure de sodium à 0,9 % administrée par voie intraveineuse. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale ont peu d'effet sur l'élimination du quinapril et du quinapilate.
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION La posologie d'ACCUPRIL (chlorhydrate de quinapril) doit être adaptée à chaque cas.

Hypertension artérielle Au moment de la mise en route du traitement, il faut tenir compte du traitement antihypertenseur récent, du degré d'hypertension artérielle et de la restriction de sel. Les autres antihypertenseurs employés avec ACCUPRIL peuvent aussi nécessiter une adaptation posologique.

Monothérapie : La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée chez les patients ne prenant pas de diurétique est de 10 mg une fois par jour. On peut envisager le recours à une dose initiale de 2,5 mg une fois par jour chez les patients qui ne sont ni âgés, ni atteints d'insuffisance rénale ou d'une insuffisance cardiaque concomitante, et qui ne présentent pas de déplétion du volume des liquides (cf. PRÉCAUTIONS). Hypotension. La posologie doit ensuite être adaptée selon l'effet du traitement sur la pression artérielle, généralement à intervalles de deux à quatre semaines. Il ne faut pas dépasser 40 mg par jour.

Chez certains patients traités une fois par jour, l'effet antihypertenseur peut diminuer vers la fin de l'intervalle posologique. On peut en juger en mesurant la tension artérielle tout de suite avant la prise du médicament, ce qui permet de déterminer si la stabilisation de la pression artérielle est bien maintenue pendant 24 heures. Dans le négatif, on doit envisager soit deux prises par jour pour une même dose totale par 24 heures, soit une augmentation de la dose. Lorsqu'un effet plus une maîtrise suffisante de la pression artérielle à l'aide d'ACCUPRIL seul, on peut y ajouter un diurétique. Après l'indication du dualtique, il est parfois possible de diminuer la dose d'ACCUPRIL.

Traitement diurétique concomitant : Une hypotension symptomatique peut parfois survenir après la dose initiale d'ACCUPRIL. Elle est plus susceptible d'être présente chez les patients prenant déjà un diurétique. Il est conseillé d'interrompre, si c'est possible, l'administration du diurétique pendant deux ou trois jours avant de commencer le traitement par ACCUPRIL, en vue de diminuer le risque de réaction hypotensive (cf. MISES EN GARDE). Si une telle interruption du diurétique est impossible, on doit administrer une dose initiale de 5 mg d'ACCUPRIL avec étroite surveillance médicale pendant quelques heures ou jusqu'à la stabilisation de la pression artérielle. On adapte ensuite graduellement la posologie d'ACCUPRIL (comme il est expliqué ci-dessus) jusqu'à l'obtention d'un effet optimal.

Adaptation posologique chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale : Consulter les PRÉCAUTIONS pour l'utilisation chez les patients en hémodialyse. Réduire la dose initiale conformément aux directives ci-dessous :

Clairance de créatinine (mL/min)	Dose initiale maximale recommandée (mg)
> 60	10
30 à 60	5
10 à 30	2,5
< 10	Données insuffisantes pour recommander une dose

On augmente ensuite graduellement la posologie (comme il est expliqué ci-dessus) jusqu'à l'obtention d'un effet optimal.

Posologie pour les personnes âgées (plus de 65 ans) : La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée chez les personnes âgées est de 10 mg une fois par jour (en fonction de l'état de la fonction rénale) ou doit ensuite augmenter graduellement la dose (comme il est expliqué ci-dessus) jusqu'à l'obtention d'un effet optimal.

Insuffisance cardiaque congestive ACCUPRIL est indiqué comme traitement adjuvant aux diurétiques et/ou aux glycosides cardiaques. La mise en route du traitement doit se faire avec étroite surveillance médicale. Il faut surveiller la pression artérielle et la fonction rénale avant et pendant le traitement par ACCUPRIL, car il y a eu des cas d'hypotension grave et, plus rarement, d'insuffisance rénale concomitante (cf. MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS).

Lors de la mise en route du traitement, il faut tenir compte d'un traitement diurétique récent et de la possibilité d'une déplétion hydrosodique grave. Pour réduire le risque de réaction hypotensive, il est conseillé de diminuer, si c'est possible, la dose du diurétique avant de commencer le traitement par ACCUPRIL. La balance est aussi à surveiller (cf. PRÉCAUTIONS, Interactions médicamenteuses).

La dose initiale recommandée est de 5 mg une fois par jour, à administrer avec étroite surveillance médicale pour déterminer l'effet initial sur la pression artérielle. Après cette dose initiale, il faut garder le patient en observation pendant au moins deux heures ou jusqu'à ce que sa pression artérielle ait été stabilisée pendant au moins une heure supplémentaire (cf. MISES EN GARDE, Hypotension). Cette dose peut améliorer les symptômes d'insuffisance cardiaque, mais il faut généralement de plus fortes doses pour augmenter la durée de survie à l'effort. Par conséquent, lorsque la dose initiale d'ACCUPRIL est bien tolérée ou que l'hypotension symptomatique est bien maîtrisée après le début du traitement, on doit augmenter la posologie graduellement à 10 mg une fois par jour. On peut ensuite augmenter la posologie à 20 mg une fois par jour, puis à 40 mg (divisés en deux prises par règles, en fonction du résultat thérapeutique).

L'adaptation posologique peut se faire à intervalles hebdomadaires, selon les besoins indiqués par la persistance de signes ou de symptômes d'insuffisance cardiaque.

Insuffisance rénale ou hyperkaliémie : Selon les données pharmacocinétiques, l'élimination d'ACCUPRIL dépend de la fonction rénale. La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée est de 5 mg chez les patients dont la clairance de créatinine se situe entre 30 et 60 mL/min et de 2,5 mg chez ceux dont la clairance de créatinine est entre 10 et 30 mL/min. Les données sont insuffisantes pour recommander une dose d'ACCUPRIL chez les patients dont la clairance de créatinine est inférieure à 10 mL/min. Lorsque le patient tolère bien la première dose, on peut administrer ACCUPRIL deux fois par jour à partir du jour suivant. En l'absence d'hypotension excessive ou d'une détérioration importante de la fonction rénale, on peut ensuite augmenter la dose à intervalles hebdomadaires, selon la réponse clinique et l'hémodynamique du patient.

PRÉSENTATION Les comprimés d'ACCUPRIL (chlorhydrate de quinapril) se présentent comme suit : ACCUPRIL à 5 mg : Dosés à 5 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ovale, portant en relief l'inscription « PD 527 » sur une face et sur l'autre, le chiffre « 5 ». Flacons de 90 comprimés.

ACCUPRIL à 10 mg : Dosés à 10 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme triangulaire, portant en relief l'inscription « PD 530 » sur une face et sur l'autre, le chiffre « 10 ». Flacons de 90 comprimés.

ACCUPRIL à 20 mg : Dosés à 20 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ronde, portant en relief l'inscription « PD 532 » sur une face et sur l'autre, le chiffre « 20 ». Flacons de 90 comprimés.

ACCUPRIL à 40 mg : Dosés à 40 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ovale, portant en relief l'inscription « PD 535 » sur une face et sur l'autre, le chiffre « 40 ». Flacons de 90 comprimés.

Monographie du produit fournie sur demande.

Références :

1. Ondetti MA. Structural relationships of angiotensin converting-enzyme inhibitors to pharmacologic activity. *Circulation* 1983;77(1):1-17.
2. Fabes B et coll. Characterization of cardiac angiotensin-converting enzyme (ACE) and in vivo inhibition following oral quinapril to rats. *Br J Pharmacol* 1990;100:651-655.
3. Kinoshita A et coll. Measurement of angiotensin I converting enzyme inhibition in the heart. *Circ Res* 1993;73:51-66.
4. Monocaprine d'ACCUPRIL, 1996. S. Knapp LE et coll. The safety and tolerability of quinapril. *J Cardiovasc Pharmacol* 1991;15(2):547-555.
5. Dzau V. Angiotensin-converting enzyme as a multimechanistic factor in CAD. *J Myocard Ischemia* 1995;7(1):6-14.

échographies

« « « Suite de la page 191



M^{me} Agnès Maltais.

Photo : Emmanuèle Garnier.

Le programme SAM coûtera environ 125 000 \$. « Ce n'est pas si cher pour mettre des professionnels de la santé en réseau. »

« Je pense que le fait de diffuser largement le traitement à la méthadone dans le réseau de la santé et d'augmenter le nombre de médecins qui s'y connaissent va normaliser ce type de thérapie. Pendant longtemps, elle a eu un caractère exceptionnel. Il y a un mythe autour des patients héroïnomanes. Comme si ces personnes n'étaient pas des patients comme les autres », affirme le D^r Lauzon.

Divers organismes qui s'intéressent à la question de la méthadone ont également été associés au projet : le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, les centres publics de réadaptation, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les services correctionnels.

Le SAM dispose d'un site Internet : www.info-sam.qc.ca. Pour communiquer avec le service : Montréal : (514) 284-3426. Dans le reste du Québec (sans frais) : 1 866 726-2343. ☎



Suite page 196 >>>>

élévées n'ont toutefois pas été observées à la posologie de 40 mg/jour. Ces anomalies n'ont pas été accompagnées de signes de toxicité importants sur le plan clinique.

De rares cas de leucémie ont été rapportés à la suite d'un traitement au moyen d'autres bisphosphonates. Cependant, aucun lien de causalité n'a été établi entre cette maladie et le traitement ou l'affection sous-jacente du patient.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

On ne possède aucune donnée précise concernant le traitement d'un surdosage avec FOSAMAX[®] (alendronate méso-sodique). Un surdosage par voie orale peut provoquer une hypocalcémie, une hypophosphatémie et des effets indésirables au niveau des voies digestives supérieures, tels que nausées, éructations, pyrosis, œsophagite, gastrite ou ulcère. En pareil cas, on doit administrer du lait ou des antécédents pour faire l'alendronate. En raison du risque d'irritation œsophagienne, il est déconseillé de provoquer des vomissements et le patient ne doit pas s'allonger.

La dialyse ne sert d'aucun secours en cas de surdosage.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

FOSAMAX[®] (alendronate méso-sodique) doit être pris uniquement avec de l'eau ordinaire, au moins 30 minutes avant tout aliment solide ou liquide, ou tout autre médicament. D'autres boissons (y compris l'eau minérale), les aliments solides et certains médicaments réduisent l'absorption de FOSAMAX[®] (voir Interactions médicamenteuses). Si l'intervalle est inférieur à 30 minutes, l'absorption de FOSAMAX[®] sera moindre et, par voie de conséquence, ses effets aussi.

En vue de faciliter le transit du médicament jusqu'à l'estomac et de réduire ainsi le risque d'irritation œsophagienne, il faut informer les patients de prendre FOSAMAX[®] uniquement au lever avec un grand verre d'eau (200 à 250 mL), et de ne pas s'allonger durant au moins les 30 minutes qui suivent et jusqu'à ce qu'ils aient pris le premier repas de la journée. Les patients ne doivent pas prendre FOSAMAX[®] le soir au coucher ni le matin avant le lever. Il faut informer les patients que la non-observance de ces recommandations peut augmenter le risque de troubles œsophagiens (voir MISE EN GARDE et Information à communiquer au patient sous POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Tous les patients doivent prendre des suppléments de calcium et de vitamine D si l'apport alimentaire est insuffisant.

Bien que l'on n'ait mené aucune étude dans le but d'évaluer précisément les effets résultant de la substitution de FOSAMAX[®] à un autre traitement médicamenteux contre l'ostéoporose ou la maladie de Paget, aucun effet néfaste connu ou théorique n'a été souligné chez les patients ayant reçu d'autres médicaments contre l'ostéoporose ou la maladie de Paget.

Le traitement avec FOSAMAX[®] n'a pas été évalué au-delà d'une période de cinq ans; toutefois, les études se poursuivent.

Il n'est pas nécessaire de régler la posologie chez les patients âgés ni chez les patients atteints d'une insuffisance rénale légère au maximum (clairance de la créatinine comprise entre 0,56 et 1 mL/s [35 et 60 mL/min]). FOSAMAX[®] n'est pas recommandé chez les patients atteints d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 0,58 mL/s [$<$ 35 mL/min]), car on ne possède aucune donnée sur l'utilisation du médicament chez ce type de patients.

Traitement de l'ostéoporose postménopausique

La posologie recommandée est de 10 mg, une fois par jour.

Prévention de l'ostéoporose postménopausique

La posologie recommandée est de 5 mg, une fois par jour.

Traitement de l'ostéoporose chez l'homme

La posologie recommandée est de 10 mg, une fois par jour.

Traitement et prévention de l'ostéoporose cortisoiénique chez l'homme et la femme

La posologie recommandée est de 5 mg, une fois par jour, sauf dans le cas des femmes ménopausées ne recevant pas d'œstrogènes, chez qui la posologie recommandée est de 10 mg, une fois par jour.

Traitement de la maladie osseuse de Paget chez l'homme et la femme

La posologie recommandée est de 40 mg, une fois par jour, durant 6 mois.

Traitements répétés – Maladie de Paget

Dans les études cliniques où des patients ont été évalués tous les 6 mois, la fréquence des réchutes au cours des 12 mois qui ont suivi le traitement a été de 9 % (3 sur 32) parmi les patients qui ont répondu au traitement avec FOSAMAX[®]. À l'heure actuelle, on ne possède pas de données spécifiques sur les traitements répétés; toutefois, la réponse au traitement avec FOSAMAX[®] chez les patients traités antérieurement au moyen d'un bisphosphonate a été semblable à celle qui a été observée chez les patients qui n'avaient pas reçu de bisphosphonates. On peut envisager un deuxième traitement avec FOSAMAX[®] à la suite d'une évaluation effectuée 6 mois après la fin du traitement chez les patients qui ont connu une rechute (objectivée par une augmentation du taux sérique de phosphatase alcaline mesuré périodiquement). On peut également envisager un deuxième traitement chez les patients dont le taux sérique de phosphatase alcaline n'a pu être normalisé.

Information à communiquer au patient

Il faut informer les patients qu'ils ne peuvent obtenir les bienfaits escomptés du traitement avec FOSAMAX[®] que s'ils prennent le comprimé avec de l'eau ordinaire, au lever, au moins 30 minutes avant tout aliment solide ou liquide, ou tout autre médicament. Il a été démontré que même le jus d'orange et le café réduisent considérablement l'absorption de FOSAMAX[®].

En vue de faciliter le transit du médicament jusqu'à l'estomac et de réduire ainsi le risque d'irritation œsophagienne, il faut informer les patients de prendre FOSAMAX[®] avec un grand verre d'eau, et de ne pas s'allonger durant au moins les 30 minutes qui suivent et jusqu'à ce qu'ils aient pris le premier repas de la journée. Ils ne doivent pas saucer ni croquer les comprimés en raison de la possibilité d'une ulcération œsophagienne. Il faut préciser aux patients qu'ils ne doivent pas prendre FOSAMAX[®] le soir au coucher, ni le matin avant le lever. Il faut informer les patients que la non-observance de ces recommandations peut augmenter le risque de troubles œsophagiens. Il faut avertir les patients en présence de tout symptôme œsophagien (telles une difficulté à avaler ou une déglutition douloureuse, des douleurs rétrosternales, ou encore l'apparition ou l'aggravation de brûlures d'estomac); ils doivent interrompre immédiatement la prise de FOSAMAX[®] et consulter leur médecin.

Enfin, il faut informer les patients concernant l'importance d'un apport adéquat en calcium et en vitamine D.

COMPOSITION

Le comprimé FOSAMAX[®] renferme 6,53 mg, 13,05 mg ou 52,21 mg d'alendronate méso-sodique trihydraté, soit les équivalents molaires de 5 mg, de 10 mg et de 40 mg, respectivement, de la forme acide libre, ainsi que les ingrédients non médicinaux suivants : cellulose microcristalline,

croscarmellose sodique, lactose anhydre et stéarate de magnésium comprimé à 10 mg contient également de la cire de carnauba.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Entreposer à la température ambiante (15 °C à 30 °C).

PRÉSENTATION

Le comprimé FOSAMAX[®] à 5 mg est blanc, rond, sans enrobé et porte contour d'un os d'un côté et MKR 005 de l'autre. Plaquette de 30.

Le comprimé FOSAMAX[®] à 10 mg est blanc, ovale, enrobé (cisé) et porte l'inscription MKR gravée d'un côté et 036 de l'autre. Plaquette de 30.

Le comprimé FOSAMAX[®] à 40 mg est blanc, triangulaire, non enrobé et porte l'inscription FOSAMAX d'un côté et MKR 212 de l'autre. Plaquette de 30.

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(791-a,5,01)

34263030a, 34263030b



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

◀◀◀ Suite de la page 193

Maladie de Parkinson

homologation du Comtan, un adjuvant de la lévodopa

Le Comtan^{MD} (entacapone), un adjuvant de la lévodopa destiné aux patients souffrant de la maladie de Parkinson, est maintenant offert au Canada. Le produit n'a aucune propriété antiparkinsonnienne en soi, mais permet d'inhiber une enzyme, la COMT, qui dégrade la lévodopa.

Le Comtan doit être prescrit avec la lévodopa et un inhibiteur de la dopadécarboxylase, la carbidopa ou le bensérazide. Le nouveau produit est indiqué lorsque l'effet de ces traitements s'épuise en fin de dose. « On pense qu'à une fréquence donnée d'administration de la lévodopa, on obtiendrait un taux de lévodopa plasmatique plus soutenu qui se traduirait par une stimulation dopaminergique plus soutenue dans le cerveau, donc par un plus grand effet sur les signes et symptômes de la maladie de Parkinson », explique la monographie.

L'étude Nordica a montré que le fonctionnement moteur des patients qui prenaient 200 mg d'entacapone était relativement bon durant 10,7 heures par jour, alors qu'il ne l'était que pendant 9,4 heures chez ceux qui avaient eu un placebo¹. L'essai, d'une durée de six mois, a été effectué sur 171 patients atteints de la maladie de Parkinson qui étaient traités avec de la lévodopa et soit de la carbidopa,

1. Rinne UK, Larsen JB, Siden A, et al. Entacapone enhances the response to levodopa in parkinsonian patients with motor fluctuations. *Neurology* 1998; 51 : 1309-14.

Suite page 200 ▶▶▶

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, suivis de la vaginite (2,8 %), des douleurs abdominales (1,9 %), de l'insomnie (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 éruption réaction au point d'injection, stomatite, écoulements ou dyspnée (1,9 % chacun). Les effets indésirables suivants sont apparus à une fréquence de 1 % ou moins :

Appareil digestif : dyspepsie, flatulence, mucosite, 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 bilirubémie, 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.

POSÉOLOGIE 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 1,5 gramme.

On n'a détecté 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, le 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).

Veuillez 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.L.)

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

Renseignements thérapeutiques

3M/McNeil
 Qvar 135 190-191

ASTRA ZENECA
 Atacand plus 64 154-155
 Nexium 14-17 156-157
 Oxeze 144 176-177
 Pulmicort 92 147

AVENTIS PHARMA INC.
 Actonel 62-63 158-159
 Altace 86-87 152-153

BELL CANADA
 couv. III

BOEHRINGER INGELHEIM
 Combivent 23-25 187
 Micardis 26-27 161-163

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ
 Fonds FMOQ 200

FOURNIER PHARMA
 Lipidil Supra 128 149

GLAXOSMITHKLINE
 Advair 72-73 184-186
 Asthme 140
 Flonase 88 160
 Flovent 34 168-169
 Pathfinder 33
 Serevent 12 174-175
 18

LABORATOIRE MDS
 Services 142

MERCK FROSST CANADA & CIE
 Fossamax 100 194-196
 Zocor couv. IV 180-182

OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS
 21, 43

ORGANON
 Marvelon 116
 Remeron 44-45 170-171

PETER MIELZUNSKI
 Camus 29

PFIZER CANADA INC.
 Accupril 53 192-193
 Fem HRT 31 178-179
 Norvasc couv. II 197
 Viagra 99 150-151
 Zithromax 46 198-199

PHARMACIA CANADA
 Celebrex 54 172-173

SERVIER CANADA
 Coversyl 36 188-189

SMITH & NEPHEW
 Allevyn 6

SOLVAY PHARMA INC.
 Pantoloc 136 183

WYETH-AYERST CANADA INC.
 Alesse 132 148
 Effexor 10-11 164-166
 Triphasil 8 167



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

no.1.LRT1.10/99
 *M.C. de Pfizer Products Inc.
 Pfizer Canada Inc., licencié

◀◀◀ *Suite de la page 196*

soit du bensérazide. Les sujets présentaient tous une fluctuation motrice en fin de dose.

Ajuster la dose de lévodopa

Comme l'entacapone potentialise les effets de la lévodopa, il peut être nécessaire d'adapter la dose de celle-ci pendant les premiers jours ou les premières semaines afin d'atténuer certains effets causés par la stimulation dopaminergique comme les dyskinésies, les nausées, les vomissements et les hallucinations.

Les effets indésirables liés à l'emploi de Comtan sont habituellement légers ou modérés et n'entraînent que rarement l'abandon du traitement, assure la monographie. Pendant les essais cliniques, les effets secondaires les plus fréquents chez les patients qui recevaient de l'entacapone étaient les dyskinésies (29 %), l'hyperkinésie (10 %), les nausées (14 %), la coloration foncée de l'urine (13 %), la diarrhée (10 %), les étourdissements (10 %) et les douleurs abdominales (9 %).

Le médicament est contre-indiqué pour les patients qui prennent des inhibiteurs non sélectifs de la monoamine oxydase. Il ne doit pas non plus être prescrit aux patients souffrant d'insuffisance hépatique. Il risque, en outre, de causer des interactions avec des produits comme l'épinéphrine, la norépinéphrine et l'apomorphine, qui sont eux-mêmes métabolisés par la COMT.

Un flacon de 100 comprimés de 200 mg de Comtan coûte environ 163 \$. Le produit est fabriqué par Novartis Pharma. ☒