

par Emmanuèle Garnier

Étude WHI sur la prise d'œstrogènes seuls des résultats rassurants



Dr André Lalonde

Les résultats de la Women's Health Initiative (WHI) sur la prise d'œstrogènes seuls chez des femmes hystérectomisées viennent d'être dévoilés¹. Verdict des chercheurs : « Les œstrogènes équins conjugués ne devraient pas être recommandés pour prévenir les maladies chroniques chez les femmes ménopausées. »

Les résultats publiés dans le *Journal of the*

American Medical Association (JAMA) sont néanmoins rassurants : en sept ans, l'hormonothérapie substitutive n'a pas modifié l'incidence des maladies coronariennes, a réduit de 39 % le risque de fracture de la hanche et pourrait avoir diminué de 23 % le taux de cancer du sein.

Un fait semble peut-être inquiétant : l'accroissement de 39 % du risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les femmes sous hormonothérapie. Douze cas de plus par 10 000 personnes-années. « C'est un très petit nombre », observe le Dr André Lalonde, vice-président de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Le risque, par ailleurs, ne toucherait pas toutes les femmes (*figure*). « Chez les participantes de 50 à 59 ans, le taux d'AVC était identique dans le groupe qui prenait des hormones et dans celui qui recourait à un placebo. La différence n'était significative que pour les femmes de 60 à 69 ans. »

Une interruption un an plus tôt

Le volet de l'étude WHI portant sur les œstrogènes comprenait 10 739 femmes ménopausées ayant subi une hystérectomie et initialement âgées de 50 à 79 ans. Parmi elles, 69 % avaient au moins 60 ans au début de l'étude. Les participantes devaient prendre soit 0,625 mg par jour d'œstrogènes équins conjugués, soit un placebo.

Après un suivi moyen de 6,8 ans, les résultats indiqués dans le *tableau* de la page suivante ont été obtenus.

Les risques dépassent-ils les avantages ? Ils sont du même ordre. « La lourdeur des événements morbides incidents était équivalente dans le groupe prenant des œstrogènes équins conjugués et dans celui recevant le placebo, ce qui indique qu'il n'y a aucun avantage global », expliquent les auteurs de l'essai clinique.

Les responsables des National Institutes of Health ont néanmoins décidé d'interrompre l'étude presque un an avant son échéance. Il était inacceptable, à leurs yeux, de soumettre des femmes en bonne santé à un risque d'AVC dans une étude de prévention. Et ce, alors qu'aucune nouvelle information n'émergerait de la poursuite de l'essai clinique.

Bien des gynécologues restent sur leur faim devant les

12

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

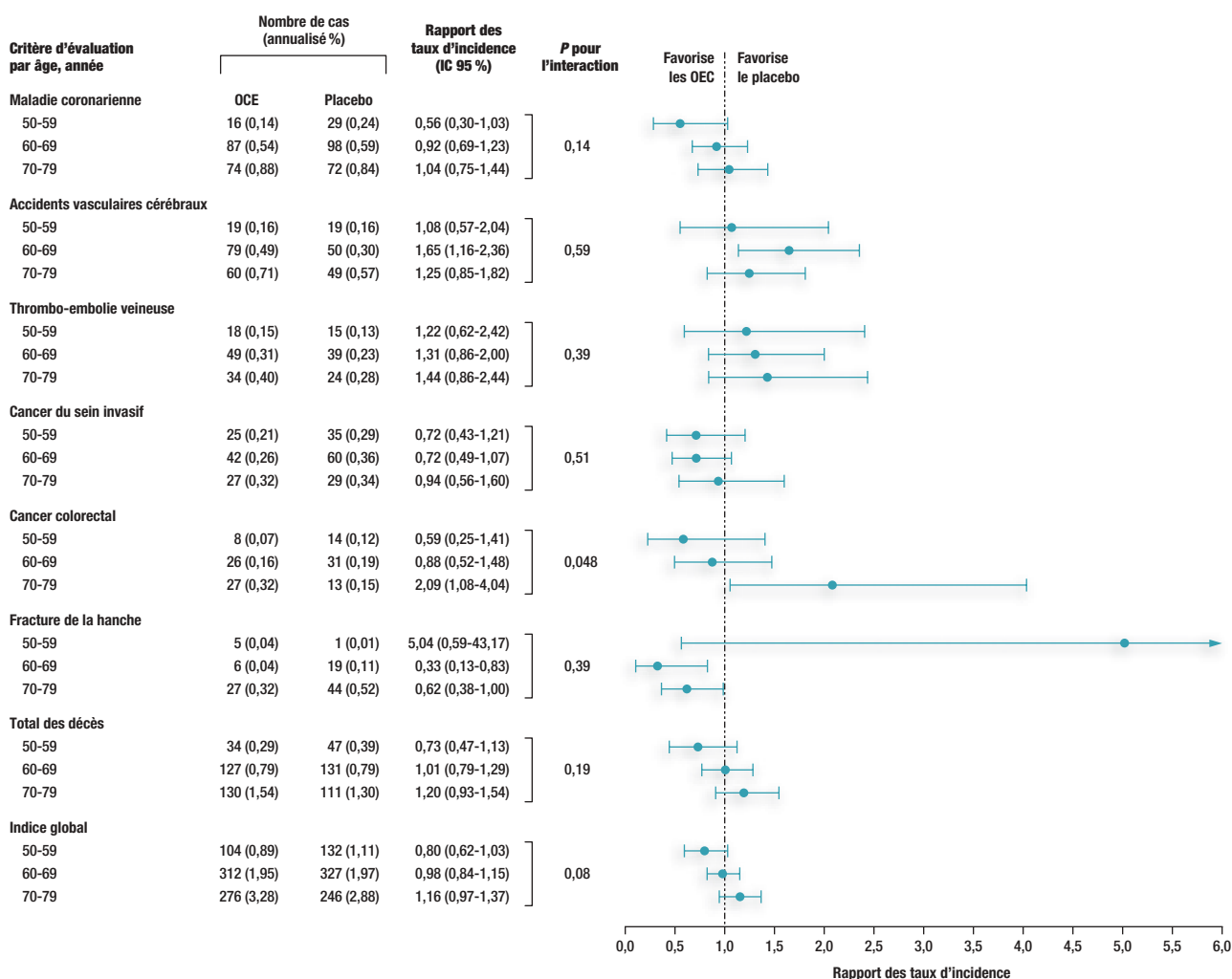
Étude WHI sur la prise d'œstrogènes seuls des résultats rassurants.....	12
Mises en garde	
Diarrhée et colite ischémique chez des patientes traitées par le Zelnom.....	15
Lésions hépatiques et Accolate.....	15
VIH/SIDA	
antirétroviral favorable au bilan lipidique.....	16
Dysfonctionnement érectile ils sont maintenant trois !	128
Bibliographies	
Soigner différemment les enfants méthodes et approche.....	130
Soigner différemment les enfants l'approche de la pédiatrie sociale	130
Médicaments	
forte hausse du nombre d'ordonnances !	131
Montréal et une éventuelle canicule pour ne pas mourir de chaleur !	159

1. The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004 ; 291 : 1701-12.

Tableau. Résultats de l'étude WHI après un suivi moyen de 6,8 ans

Affection	Rapport des taux d'incidence (hasard ratio)	Intervalle de confiance à 95 %	Signification des résultats	Nombre de cas dans l'étude
Maladies coronariennes	0,91	0,75-1,12	Non significatif	376
Cancer du sein	0,77	0,59-1,01	Presque significatif	218
AVC	1,39	1,10-1,77	Significatif	276
Embolies pulmonaires	1,34	0,87-2,06	Non significatif	85
Cancer colorectal	1,08	0,75-1,55	Non significatif	119
Fractures de la hanche	0,61	0,41-0,91	Significatif	102
Mortalité totale	1,04	0,88-1,22	Non significatif	

Figure. Résultats de critères d'évaluation cliniques selon l'âge des participantes et le groupe assigné au moment de la randomisation.



OEC : signifie œstrogènes équinés conjugués ; IC : intervalle de confiance. Le graphique représente les données sous forme de rapports de taux d'incidence. Les lignes horizontales illustrent l'intervalle de confiance à 95 %.

JAMA, 14 avril 2004, vol 291, p. 1709. Copyright 2004. American Medical Association. Tous droits réservés.

données. « Cet essai clinique n'a pas répondu à la question essentielle : est-ce que les femmes qui ont des symptômes de ménopause d'intensité modérée à grave tirent des avantages de la prise d'œstrogènes ? Les chercheurs ont exclu ces patientes de l'étude », souligne le D^r Lalonde.

Abandon de 54 % des sujets

Le second volet de l'étude WHI souffre de la même lacune que le premier portant sur l'association d'œstrogènes et d'un progestatif. Ainsi, 53,8 % des patientes ont cessé de prendre le médicament qui leur était assigné, et 9,1 % des sujets témoins ont entrepris une œstrogénothérapie.

En transgressant les règles de l'étude, les participantes en ont un peu modifié les résultats. Si l'on ne tient compte que des sujets qui se sont conformés aux directives, la prise d'œstrogènes est associée à un plus grand risque d'AVC et d'embolie pulmonaire ainsi qu'à un taux de mortalité total plus élevé. Par contre, le risque de cancer du sein diminue davantage, ainsi que celui des fractures de la hanche et de cancer colorectal. L'indice d'évaluation globale reste toutefois inchangé.

Fait intéressant, quand l'analyse se restreint aux données des patientes de 50 à 59 ans, fidèles ou non à leur traitement, les résultats penchent un peu plus en faveur de l'hormonothérapie. Chez ces femmes susceptibles de réellement recourir à une œstrogénothérapie, le risque de maladies coronariennes tend à diminuer, l'augmentation du taux d'AVC n'est plus significative, et l'indice global tend à être meilleur (*figure*).

La faute de la progestérone ?

Les résultats de la seconde étude WHI semblent plus favorables à l'hormonothérapie que ceux de la première. La prise des œstrogènes et du progestatif augmentait non seulement le risque d'AVC, mais aussi celui de maladies coronariennes de 29 % et doublait la probabilité d'embolie pulmonaire. Par contre, l'association diminuait de 37 % le taux de cancer colorectal, en plus de réduire le risque de fracture de la hanche.

Et en ce qui concerne le cancer du sein ? L'étude sur l'association œstrogéno-progestative avait dévoilé une

Recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

- La femme devrait discuter avec son médecin des risques et des avantages de l'hormonothérapie dans son cas.
- L'hormonothérapie est sûre à la dose efficace la plus faible et pour la plus courte durée possible et est recommandée pour le soulagement des symptômes de la ménopause de modérés à graves.
- Chaque année, le médecin devrait évaluer à nouveau la pertinence de l'hormonothérapie.
- Des études ont confirmé que l'hormonothérapie diminuait les fractures de la hanche. Elle peut donc être utilisée comme traitement premier de l'ostéoporose chez les femmes présentant des symptômes de ménopause de modérés à graves.

hausse de 26 % du risque. Le phénomène ne s'est pas reproduit dans le second essai clinique. Au contraire, le risque a diminué de 23 % de manière presque significative. Mais cela pourrait être l'effet du hasard, mettent en garde les auteurs de l'éditorial du JAMA². « Le risque plus élevé de cancer du sein observé dans les essais cliniques sur l'association d'œstrogènes et d'un progestatif représentent probablement un effet néfaste de l'acétate de médroxyprogestérone », pensent-ils.

Les données des deux études permettent d'envisager certaines solutions pour réduire le risque de cancer du sein. « Si c'est le Provera qui est en cause – et ce n'est pas prouvé –, on pourrait utiliser le stérilet Mirena comme progestatif. Ce dispositif, qui est installé pour une durée de cinq à six ans, libère l'hormone dans l'utérus plutôt que dans le système général. On pourrait aussi s'en servir pour rassurer les femmes qui auraient besoin d'une hormonothérapie, mais qui seraient inquiètes des risques », propose le D^r Lalonde.

Des participantes différentes des vraies patientes

Quelles conclusions globales tirer ? Selon les auteurs de l'étude WHI, « les femmes qui envisagent de prendre des œstrogènes équilibrés conjugués devraient être informées du fait que ces médicaments accroissent le risque d'AVC, mais être rassurées quant à l'absence de risque excédentaire de maladie cardiaque ou de cancer du sein pendant au moins 6,8 ans d'utilisation. »

La Société des obstétriciens et des gynécologues du

2. Hulley SB, Grady D. The WHI estrogen-alone trial – Do things look any better ? *JAMA* 2004 ; 291 : 1769-71.

Canada, quant à elle, estime qu'il n'y a pas lieu de changer la pratique clinique actuelle. Certains de ses spécialistes font par ailleurs remarquer que les patientes canadiennes susceptibles de recourir à l'œstrogénothérapie sont non seulement plus jeunes, mais aussi moins obèses que les participantes de l'étude WHI. ❧

Mises en garde

Diarrhée et colite ischémique chez des patientes traitées par le Zelnorm

De graves répercussions attribuables à la diarrhée et de rares cas de colite ischémique ont été signalés chez des personnes prenant du Zelnorm® (tégasérod), indique la nouvelle mise à jour des renseignements sur l'innocuité de ce médicament. Le tégasérod est indiqué dans le traitement du syndrome du côlon irritable avec constipation chez les femmes souffrant de douleur ou de gêne abdominale et de constipation.

Au cours des études cliniques et après la commercialisation du Zelnorm, des patientes traitées par le médicament ont été victimes de graves effets causés par la diarrhée, comme l'hypovolémie, l'hypotension et des syncopes. Les cas nécessitant une hospitalisation et une réhydratation ont toutefois été rares, soit seulement 0,04 % des sujets dans les essais cliniques.

Devant ces faits, le fabricant, Novartis, recommande aux patientes victimes d'hypotension ou d'une syncope de cesser immédiatement la prise du tégasérod. Celles qui souffrent fréquemment de diarrhées ou en ont au moment de commencer le traitement ne devraient, par ailleurs, pas prendre de Zelnorm.

Rares cas de colite ischémique

De rares cas de colite ischémique et d'autres formes d'ischémie intestinale ont également été observés chez des patientes traitées avec le

Zelnorm après sa commercialisation. Une relation causale n'a cependant pas été établie. Aucun cas n'avait été signalé au cours des essais cliniques auxquels ont participé 11 000 femmes.

Par précaution, Novartis estime que « le traitement par Zelnorm doit être interrompu immédiatement par les patientes qui présentent des symptômes d'une colite ischémique, tels que des saignements rectaux, une diarrhée hémorragique ou encore l'apparition ou l'aggravation d'une douleur abdominale. Les patientes qui présentent ces symptômes devraient être rapidement évaluées et passer les épreuves diagnostiques appropriées. Le traitement par Zelnorm ne devrait pas être repris par les patientes présentant des signes pouvant évoquer une colite ischémique. »

Le traitement par Zelnorm ne doit pas durer plus de douze semaines. Il faut également y mettre fin s'il ne donne aucun résultat après quatre semaines. ❧

Lésions hépatiques et Accolate

15

« Des hausses des taux de transaminases sériques peuvent se produire durant le traitement avec ACCOLATE », avertit AstraZeneca dans une lettre adressée aux professionnels de la santé. Le médicament, le zafirlukast, est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes indiqué dans le traitement prophylactique de l'asthme.

Les augmentations du taux de transaminases qui ont été signalées chez des utilisateurs d'Accolate® étaient généralement asymptomatiques et transitoires, mais elles pourraient être un indice précoce d'hépatotoxicité. Elles ont été, dans de très rares cas, associées à des lésions hépatocellulaires graves, à une hépatite fulminante et à une insuffisance hépatique.

Il peut arriver qu'il n'y ait pas de signe précurseur avant la découverte de graves lésions hépatiques. Les rapports de pharmacovigilance signalent quelques cas où aucun symptôme clinique ni signe ne laissait soupçonner des troubles hépatiques.

Mesures à prendre

Les précautions à prendre ? « Bien qu'il n'ait pas été démontré que le dosage périodique des transaminases sériques puisse prévenir les lésions graves, ce dosage doit être effectué avant et périodiquement après l'instauration du traitement avec Accolate® », recommande AstraZeneca.

Les médecins doivent également avertir leurs patients de surveiller l'apparition des signes et des symptômes de lésions hépatiques : douleur au quadrant supérieur droit de l'abdomen (hypertrophie du foie), nausées, vomissements, fatigue, léthargie, prurit, ictère, symptômes pseudogrippaux, anorexie, urine foncée et selles de couleur anormale ou blanchâtres. Lorsque ces problèmes se manifestent, le patient doit consulter immédiatement.

Devant l'apparition de signes ou de symptômes d'hépatotoxicité ou une anomalie du taux de transaminase ou de bilirubine, le clinicien doit interrompre sur-le-champ le traitement par le zafirlukast et surveiller étroitement l'état du patient. « Il faut mesurer immédiatement le taux de transaminases sériques, en particulier l'ALT sérique, et traiter le patient en conséquence », préconise le fabricant.

Après l'arrêt du traitement, les symptômes des patients régressent et la concentration des enzymes hépatiques revient à la normale ou presque dans la plupart des cas, mais pas toujours.

Depuis le lancement d'Accolate au Canada, en 1997, un cas d'hépatite, quatre cas de troubles hépatobiliaires ou peut-être d'hépatite, un cas d'hydrocholécyste et quatre cas de hausse du taux d'enzymes hépatiques ont été signalés chez des patients traités par le zafirlukast.

Dans le monde, les rapports de pharmacovigilance ont recensé 46 cas d'hépatite, 14 d'insuffisance hépatique, trois d'hépatite fulminante et 59 d'autres types graves de troubles hépatiques. Parmi ces patients, sept sont morts. Ces données ne tiennent cependant pas compte de l'effet des affections préexistantes ni des traitements concomitants. ❧

VIH/SIDA

antirétroviral favorable au bilan lipidique

par Luc Dupont

Un nouveau médicament, le Reyataz™ (atazanavir), a été approuvé par Santé Canada dans le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, de l'infection par le VIH et du sida. L'atazanavir, un inhibiteur de la protéase du VIH-1, est le premier antirétroviral à posologie unique quotidienne de sa catégorie.

Le nouveau médicament est également l'inhibiteur de la protéase qui a le moins de répercussions sur le bilan lipidique des patients. « Cette donnée est importante, car on a vu jusqu'à maintenant, chez nos patients, beaucoup d'hyperlipidémies liées aux inhibiteurs de la protéase, ce qui a comme conséquence de hausser le risque de décès par maladies cardiovasculaires », indique le **D^r Pierre Côté**, omnipraticien travaillant dans le domaine du sida et pratiquant entre autres à la Clinique médicale du Quartier Latin, de Montréal.

Trois études cliniques montrent les effets de l'atazanavir sur les lipides. Dans l'une d'elles, le Reyataz a entraîné une baisse du taux de cholestérol LDL à jeun de 6 % par rapport aux valeurs initiales, alors que l'association lopinavir-ritonavir provoquait une hausse de 5 %. Du côté des triglycérides, l'écart est encore plus marqué soit -2 % contre 55 %.

Efficacité variable

Sur le plan de l'efficacité, les essais cliniques montrent que le Reyataz est équivalent, voire légèrement supérieur, à un inhibiteur de la protéase standard à posologie biquotidienne tel que le nelfinavir. Il est également aussi performant que le traitement habituel incluant l'efavirenz. Précisons que ces études ont été menées chez des patients qui n'avaient jamais reçu de traitements antirétroviraux.

(Suite à la page 128) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 16)

Chez des patients ayant été traités antérieurement (et ayant connu un seul échec thérapeutique), le portrait est différent. Une étude de phase III montre que seulement 66 % des patients recevant le Reyataz ont obtenu une suppression virale, comparativement à 81 % de ceux à qui l'on avait administré l'association lopinavir-ritonavir.

« Toutefois, si l'on prend un autre groupe de patients, c'est-à-dire ceux ayant déjà eu un traitement intensif, on se rend compte que l'atazanavir, lorsqu'il est potentialisé, possède une capacité « de sauvetage » qui égale celle du Kaletra™ (lopinavir-ritonavir), l'un des plus puissants inhibiteurs de la protéase de sa catégorie », ajoute le D^r Côté. Les résultats cliniques sur ce plan sont cependant limités.

Le D^r Côté est d'avis que le Reyataz pourra être avantageusement prescrit à tous les patients qui connaissent un problème d'hypercholestérolémie. Il souligne également avec force l'avantage de la dose unique quotidienne qui facilite la fidélité au traitement. « C'est un facteur important quand on sait que la non-observance est actuellement le facteur le plus déterminant dans l'échec des thérapies contre le sida. »

Attention à la prise concomitante de certains médicaments

Du côté des effets indésirables, rien à déclarer que l'on ne sache déjà concernant les médicaments de cette classe : ils sont associés à des nausées, des céphalées et des éruptions cutanées. Dans l'ensemble des essais cliniques sur le Reyataz, les problèmes de peau ont touché 20 % des patients. En revanche, l'incidence de la diarrhée est de deux à trois fois moins élevée qu'avec les traitements incluant les inhibiteurs de la protéase à posologie biquotidienne.

Le D^r Côté tient à signaler une hausse possible du taux de bilirubine — jusqu'à 47 % des cas selon une étude —, ce qui entraîne un jaunissement de la peau et des yeux. Il faut également savoir que l'administration de l'atazanavir en concomitance avec certains médicaments (benzodiazépines, dérivés de l'ergot, et neuroleptiques) est contre-

indiquée en raison de la possibilité d'interactions faisant intervenir le CYP450. Quant à la prise parallèle du Reyataz et du Viagra^{MC}, le clinicien conseille d'être prudent et de ne prescrire qu'une demi-dose de sildénafil.

La posologie recommandée d'atazanavir est de 400 mg (deux capsules de 200 mg), à prendre une fois par jour avec de la nourriture, en association avec d'autres agents antirétroviraux. Son prix est d'environ 335 \$ par mois. En comparaison, un traitement par le nelfinavir à raison de 1250 mg, deux fois par jour, coûte approximativement 618 \$. ☹

Dysfonctionnement érectile

ils sont maintenant trois !

par Luc Dupont

Le Levitra^{MC} (vardénafil), le tout dernier médicament d'ordonnance permettant de traiter la dysfonctionnement érectile, est maintenant approuvé par Santé Canada. Sur le plan de l'efficacité, il se compare aisément aux deux autres, le Cialis^{MC} et le Viagra^{MC}, tout en présentant quelques différences importantes.

« Des trois inhibiteurs de l'enzyme PDE5¹, le vardénafil est celui qui possède la plus grande rapidité d'absorption, donc d'action, explique le D^r Peter Chan, urologue au Centre universitaire de santé McGill. Il atteint sa concentration maximale (Tmax) en 0,8 heure. Il est suivi du Viagra qui y parvient en 1,16 heure et du Cialis, en 2 heures. »

Des trois médicaments, le Levitra est aussi celui qui présente la deuxième plus longue demi-vie : « 4,7 heures, contre 3,8 heures pour le Viagra et 17,5 heures pour le Cialis, précise le D^r Chan. La demi-vie est un très bon indicateur de la durée d'efficacité. » Là s'arrête cependant la comparaison, selon le spécialiste, car il n'existe encore aucune étude comparant les trois médicaments.

1. PDE5 : phosphodiesterase de type 5. En présence d'une stimulation sexuelle, l'inhibition de cette enzyme déclenche, à l'intérieur des muscles péniliens, une cascade de réactions rendant l'érection possible.

Efficace chez les diabétiques

Dans un essai clinique portant sur 507 patients, des doses de 5 mg, de 10 mg et de 20 mg de vardénafil ont permis une amélioration des érections chez respectivement 65 %, 80 % et 85 % des hommes traités, contre 28 % chez les sujets prenant un placebo. Toutefois, seulement 51 % des patients prenant la dose de base de 10 mg réussissaient à avoir une érection permettant un rapport sexuel complet contre 65 % de ceux qui prenaient la dose de 20 mg ; dans le groupe recevant un placebo, 32 % y parvenaient.

Plusieurs études démontrent aussi l'efficacité du Levitra chez les patients diabétiques, habituellement considérés comme difficiles à traiter. Avec la dose de 10 mg, 57 % de ces sujets constataient une amélioration de leurs érections par rapport à 72 % chez ceux qui prenaient celle de 20 mg. Cependant, seulement 49 % et 54 % respectivement parvenaient à avoir des rapports sexuels complets.

Chez les patients prostatectomisés, les résultats étaient encore plus bas. En outre, dans cette population, la réponse au traitement pouvait varier en fonction de la gravité de l'atteinte.

Nouvelle contre-indication

Comme les deux autres médicaments de sa catégorie, le vardénafil ne peut être administré en même temps que des composés nitrés, en raison de ses possibles effets hypotenseurs. « Le Levitra a toutefois une contre-indication additionnelle : il ne peut être prescrit en même temps que le Hytrin® et le Cardura^{MC}, des médicaments de la classe des alpha₁-antagonistes employés dans le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate, car cette interaction est aussi susceptible d'entraîner des chutes de pression », affirme le D^r Chan.

Sur le plan des effets indésirables, le vardénafil ressemble aux autres molécules de sa catégorie. Il peut provoquer des maux de tête (13 %), des bouffées congestives (12 %) et des rhinites (9 %). « Les troubles momentanés de la vision que l'on retrouvait avec le Viagra sont

théoriquement possibles, mais n'ont pas été signalés au cours des essais cliniques sur le Levitra », ajoute le spécialiste.

L'absorption d'une quantité modérée d'alcool (100 ml d'alcool à 40 % chez une personne de 70 kg) n'a aucun effet significatif sur l'efficacité du médicament. De même, le Levitra peut être pris avec ou sans aliments. Par contre, un repas riche en matières grasses (30 %) peut retarder d'une heure l'atteinte de la concentration sanguine maximale de la molécule.

Le vardénafil est offert en comprimés de 5 mg, de 10 mg et de 20 mg. Il est vendu en boîte de quatre au prix approximatif de 57 \$ (dose de 10 mg). En comparaison, le Viagra (dose de 50 mg) se vend environ 55 \$ et le Cialis (dose de 10 mg), 59 \$. Aucun des trois produits n'est assuré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. ❧

Soigner différemment les enfants l'approche de la pédiatrie sociale

du D^r Gilles Julien



Complémentaire à la pédiatrie traditionnelle, la pédiatrie sociale va au-delà des symptômes physiques de l'enfant. Elle s'y intéresse globalement en tenant compte de son milieu et de son environnement.

Dans un premier temps, cette autre forme de pédiatrie analyse ce que l'on appelle « l'enveloppe » de l'enfant, son tempérament, son développement, ses habitudes, ses

croyances et ses comportements. Puis, la quête de vérité se poursuit au plus profond de lui afin de découvrir ses racines, son noyau, son appartenance. C'est un peu le principe « dis-moi d'où tu viens et je te dirai qui tu es. »

Posant un nouveau regard sur la santé et le bien-être des enfants, le D^r Gilles Julien pratique la pédiatrie sociale. Depuis plus de vingt-cinq ans, il s'intéresse aux enfants en difficulté. Avec tendresse, il se penche sur les enfants blessés, trahis, abandonnés par la société. Souvent ces souffrances se traduisent par des troubles fonctionnels, des affections diverses ou des problèmes de développement. C'est pour eux qu'il a écrit ce livre !

Dans la nouvelle édition de cet ouvrage paru d'abord en 1999, l'auteur révèle les bases de son approche. Il y décrit la méthode APCA, soit apprivoiser, partager, comprendre et agir, qui permet de soulager les enfants socialement malades ou victimes de la société.

Par de nombreux exemples et témoignages, l'auteur démontre qu'il est possible d'alléger les souffrances des enfants et même de guérir des maladies qui semblent compliquées aux yeux de la médecine traditionnelle.

Les Éditions Logiques, Montréal, 2004, 320 pages, 29,95 \$.

Soigner différemment les enfants méthodes et approches

du D^r Gilles Julien



Comment faire pour « bien faire avec les enfants » ! Voilà ce que le D^r Gilles Julien, pédiatre social, révèle dans son deuxième livre qui permet également de reconnaître les besoins des enfants et ceux de leurs familles.

Toujours préoccupé par l'environnement dans lequel évoluent ses jeunes patients, le médecin propose des outils afin d'évaluer leurs besoins,

qu'ils soient physiques, sociaux, psycho-émotifs ou spirituels, en tenant compte de la personnalité de chacun.

S'appuyant sur des exemples concrets, il décrit son cheminement dans le monde turbulent des enfants au sein de l'organisme AED (Assistance d'enfants en difficulté) qu'il a fondé. Ayant pignon sur rue dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, l'endroit accueille les enfants en difficulté et leur famille.

Pour le D^r Julien, l'action repose sur une sorte d'équation tenant compte des besoins et des attentes des enfants, de leurs forces et faiblesses, de leur motivation et de leur degré de pauvreté. Le résultat de l'opération, parfois de haute voltige, doit être l'amélioration de leur qualité de vie et de leur développement. Car souvent, agir et repartir à zéro, apparaît comme étant le plus difficile à accomplir ! Par conséquent, le D^r Julien propose des objectifs à atteindre, assortis de plans d'action bien définis. Rien n'est laissé au hasard. Chacune des approches doit être adaptée à la réalité de l'enfant. Misant sur le cas par cas, il indique comment lire au plus profond de l'enfant, en sondant son cœur afin de le connaître vraiment.

De nombreux témoignages appuient les propos de l'auteur. En outre, des tableaux et graphiques facilitent la compréhension et l'application des théories.

Les Éditions Logiques, Montréal, 2004, 170 pages, 24,95 \$.

That ongoing debate: Who can play doctor – sort of

The Government of Quebec by its bill 90 allows other persons apart from doctors to practice some sort of medicine. According to the "Informations syndicales" in the February issue of this journal. « Les pharmaciens ont dorénavant le droit d'ajuster un traitement » and « Certaines infirmières pourront prescrire des traitements médicaux »¹. Some commentary by Dr. Yves Langlois and the editorial by Dr. Renald Dutil in the same issue both give us further details: « Comme la loi 90 n'est pas très précise, les activités des autres professionnels de la santé pourraient éventuellement empiéter sur celles qui constituent le noyau dur de la médecine »², also « Il y a un risque que certains ordres professionnels effectuent des diagnostics, même s'ils parlent d'évaluation »³. These matters have been of concern to our profession over the past several years, but the discussions took on a more urgent tone in 2001 after the College of Physicians of Quebec (CPQ) proposed « ...un nouveau modèle de partage des activités relevant du domaine de la médecine. Ce texte contient en effet une nouvelle définition de la médecine et présente un nouveau modèle de répartition des activités et actes médicaux avec les non-médecins. Selon cette nouvelle définition, d'autres personnes pourraient exercer des activités ou actes médicaux sous ou sans la surveillance d'un médecin »⁴.

This proposal was met by shock and dismay by some of our colleagues and led to an active debate at the annual meeting of the Quebec Medical Association (QMA). The debate was continued a short time later in an ever more active manner at the 2001 annual meeting of the CPQ. Details of this ongoing debate were subsequently published by *Le Médecin du Québec* in March 2002⁴. This concluded that : « Le domaine et la pratique de la médecine comprennent l'ensemble des connaissances, de l'expertise et de l'expérience délimitées par :

- a) le programme d'étude d'une école de médecine reconnue ;
- b) le permis requis pour pratiquer la médecine au Québec ;
- c) les connaissances et l'expérience requises dans le cadre de la formation de spécialistes et autres membres de la profession ;
- d) la mise à jour des connaissances par le biais d'un perfectionnement continu ;
- e) l'apprentissage associé aux modalités d'accréditation requises pour conserver le statut professionnel ;
- f) l'observation du code de déontologie des médecins. »

This long debate about « Who can play doctor » is not yet over. The fact that only a qualified medical practitioner can practice medicine has been voiced by our colleagues as a statement of fact and the efforts of Dr. Yves Langlois, Dr. Renald Dutil and others who are participating in these negotiations should be supported by all of us. Only then can we be assured of the proper exercise of our profession and the protection of the public.

***Dr. Peter Roper, Assistant Professor
Faculty of Medicine, McGill University***

Bibliographie

1. Garnier E. La loi 90 et les champs d'exercice : que gagnent et que perdent les médecins ? *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (2) : 1.
2. Garnier E. Loi 90 – Complémentarité plutôt que substitution. *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (2) : 14
3. Garnier E. La loi 90 et les champs d'exercice : que gagnent et que perdent les médecins ? *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (2) : 2.
4. Roper P. L'explosion des professions du secteur de la santé, le domaine et la pratique de la médecine et le partage des actes médicaux – Faut-il poursuivre le débat ? *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (3) : 129-34.

Médicaments forte hausse du nombre d'ordonnances !

par Francine Fiore

Avec plus de 361 millions d'ordonnances exécutées par les pharmacies de détail canadiennes en 2003 (excluant celles des hôpitaux), le pays a atteint un sommet sans

précéder au cours de la dernière décennie. Les données de l'an dernier marquent d'ailleurs une augmentation de 7,9 % comparativement à 2002.

Selon les données recueillies par IMS HEALTH Canada, chaque Canadien a reçu en moyenne 11 ordonnances de médicaments au cours de l'an dernier. À un coût moyen de 44 \$ chacune, elles font grimper la facture à 15,9 milliards de dollars.

(Suite à la page 157) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 129)

Alors qu'ils comptent pour environ la moitié des 57 000 cliniciens du Canada, les médecins de famille ont rédigé 80 % des ordonnances (290 768), soit en moyenne 9 597 chacun. Il faut dire que les médecins canadiens sont fort occupés. Ainsi, en 2003, il y a eu 309 millions de visites dans les cabinets de médecins, dont 73 % auprès d'un médecin de famille.

Toutefois, le nombre élevé de prescriptions de médicaments et de traitements est parfois difficile à maîtriser. Selon le **D^r Mark Kazimirski**, médecin de famille pratiquant à Windsor en Nouvelle-Écosse, tous les médecins ne disposent pas d'un système électronique leur permettant de gérer adéquatement l'information requise, dont un profil à jour du patient et une base de données sur les interactions médicamenteuses. Tous ne bénéficient pas non plus d'un outil d'aide à la décision qui préciserait quel médicament utiliser dans un cas clinique particulier.

Le D^r Kazimirski pense que les difficultés de gestion sont plus importantes dans le cas des personnes âgées qui prennent souvent plusieurs médicaments. « De plus, nous ne mesurons pas les résultats de nos interventions pharmacologiques et nous ne pouvons donc pas mettre à profit notre expérience », indique-t-il.

Médicaments et maladies

Selon les données d'IMS HEALTH Canada, les médicaments les plus prescrits sont ceux servant à traiter les maladies cardiovasculaires, dont les hypocholestérolémiants. Ils sont

suivis des agents psychothérapeutiques (comprenant les antidépresseurs), des hormones, des agents anti-infectieux, des analgésiques et des antispasmodiques.

Bien sûr, il existe un lien des plus étroits entre les maladies et les médicaments prescrits. Ainsi, en 2003, l'hypertension était la maladie la plus souvent diagnostiquée (20,3 millions de cas), suivie de la dépression (9,3 millions de diagnostics) et du diabète (8,7 millions de personnes). Les consultations pour des problèmes de dépression ont augmenté d'un peu plus de 60 % depuis 1995.

Les médicaments génériques et brevetés

Les médicaments génériques sont responsables de près de 50 % de l'augmentation du nombre de médicaments présents en 2003. Sur cinq prescriptions exécutées par les pharmacies, deux concernent un produit générique.

Les médicaments brevetés continuent quand même d'envahir le marché alors que 19 nouvelles molécules ont été lancées au Canada l'an dernier. Le nouveau médicament le plus vendu en 2003 a été le réducteur de cholestérol Crestor[®], dont les ventes ont représenté plus de 30,7 millions de dollars. Il est suivi en deuxième position par l'inhibiteur de la cyclo-oxygénase-2, Bextra[®], un nouvel agent antiarthritique dont les ventes ont atteint 17,2 millions de dollars.

Premier médicament contre la dysfonctionnement érectile mis sur le marché depuis l'arrivée du

(Suite à la page 159) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 157)

Viagra® en 1999, Cialis®, lancé au Canada en novembre dernier, se classe, quant à lui, au dixième rang avec des ventes de 1,6 million de dollars. ☺

Montréal et une éventuelle canicule

pour ne pas mourir de chaleur !

par Francine Fiore

Afin d'éviter une catastrophe estivale semblable à celle qui a touché la France l'été dernier, l'Agence de développement des réseaux

locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal lance un programme de prévention à l'intention des personnes âgées.

Le concept n'est pas nouveau. Depuis quatre ans, la campagne d'éducation *Quand il fait chaud pour mourir* renseigne les aînés sur ce qu'il faut faire en cas de chaleur extrême. Mais cette fois, les centres d'accueil et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) sont particulièrement visés. Des affiches, des brochures et d'autres documents d'information y sont acheminés afin de sensibiliser les responsables et les membres du personnel aux méfaits de la chaleur chez leurs pensionnaires.

Également appelés à collaborer, les médecins recevront un bulletin de la Direction de la santé

(Suite à la page 161) ▶▶▶

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ALTANA PHARMA INC.	
Corporatif.....	40
ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.	
Pantoloc	8-9..... 116
AVENTIS PHARMA INC.	
Actonel	87..... 132-134
Altace	95..... 146-147
BAYER INC.	
Aspirin	69..... 135
BAYER INC. / GLAXOSMITHKLINE INC.	
Levitra.....	59..... 148-149
BIOVAIL	
Wellbutrin.....	17-19..... 20
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Micardis.....	28..... 118
Tequin.....	6..... 158-159
FERRING INC.	
DDAVP	88..... 151
GLAXOSMITHKLINE INC.	
Avandia.....	78-79..... 142-143
JANSSEN-ORTHO INC.	
Pariet.....	49..... 140-141
LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA	
.....	108
MERCK FROSST CANADA & CIE	
Vioxx.....	couv. IV..... 152-154
OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS	
.....	125
ORGANON CANADA LTÉE	
Andriol	80..... 151
Marvelon.....	couv. III
PFIZER CANADA INC.	
Accupril.....	couv. II..... 162-163
Aricept	50..... 155
Lipitor	47..... 136-137
Polysporin	96..... 150
PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA	
Bextra	38-39..... 138-139
SCHERING CANADA INC.	
Nasonex.....	26..... 147
SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA	
.....	129
SOLVAY PHARMA INC.	
Teveten.....	60..... 156-157
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Alesse.....	4..... 160-161
Prevnar	56-57..... 144-145

◀◀◀ (Suite de la page 159)

publique à ce sujet. « Le médecin doit évaluer l'état de santé de la personne âgée, vérifier son traitement médicamenteux et l'adapter à la situation, indique le **D^r Louis Drouin**, responsable de l'unité Santé au travail et environnementale à la Direction de la santé publique de l'Agence.

Les personnes les plus touchées

Personne n'est vraiment à l'abri des effets néfastes de la chaleur intense tels que les crampes musculaires, l'épuisement et le coup de chaleur, qui peut être mortel. « On demande aux CLSC de repérer dans le cadre de leur programme de soins à domicile les personnes présentant des risques et vivant seules, surtout celles qui habitent un logement au centre-ville de Montréal où la chaleur devient très élevée, dit le D^r Drouin. On recommande également aux gens qui connaissent une personne âgée ou malade vivant seule, de lui téléphoner afin de vérifier son état et de s'assurer qu'un membre de la famille, des amis, des voisins ou le service de maintien à domicile effectuent une surveillance régulière. »

Bien sûr la climatisation demeure la meilleure solution pour se rafraîchir en période de canicule. « Nous repérons les établissements qui sont climatisés et nous recommandons à ceux qui ne le sont pas de prévoir au moins une pièce climatisée à l'intention de leurs pensionnaires », souligne le D^r Drouin. Les données démontrent, par ailleurs, que seulement 20 % des logements de Montréal sont climatisés

(Suite à la page 164) ▶▶▶

Échographies

◀◀◀ (Suite de la page 161)

comparativement à 60 % à Toronto. Des abris climatisés pourraient cependant être disponibles un peu partout en ville si la situation devenait alarmante.

Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, de nature cardiovasculaires, cérébrovasculaires, respiratoires, rénales ou neurologiques, sont particulièrement exposées aux complications et aux exacerbations causées par la chaleur. Les patients qui prennent des tranquillisants, des diurétiques ou des anticholinergiques, qui sont sous dialyse ou qui ont subi des pertes de liquides corporels à cause de problèmes gastro-intestinaux sont également vulnérables. Leur traitement médicamenteux doit être adapté à leur état de déshydratation.

Mesures à prendre

Environnement Canada émet un avertissement de chaleur et d'humidité accablante dès que le thermomètre grimpe à 30 °C et que l'indice Humidex (température et taux d'humidité combinés) atteint 40 °C. Dans ce cas, il faut recommander de cesser toute activité et exercice intenses pratiqués à l'extérieur et de se reposer dans un endroit frais. Les gens doivent boire beaucoup de liquide sans attendre d'avoir soif, sauf s'ils ont une contre-indication médicale. À éviter, les boissons alcoolisées ou à forte teneur en caféine (café, thé, colas) ou très sucrées, car elles favorisent la déshydratation. Il est préférable de prendre de l'eau ou des boissons sportives diluées dans l'eau.

Le dépliant *Attention au coup de chaleur* est disponible dans tous les bureaux régionaux de la CSST. On peut également consulter le site Internet www.santepub-mtl.qc.ca ☎