

Informations syndicales, par Emmanuèle Garnier

Groupes de médecins de famille la FMOQ et le Ministère discutent du déroulement du projet

Les premières discussions sur les groupes de médecine familiale (GMF) entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été amorcées. Le 22 juin dernier, au cours d'une rencontre, les deux parties ont pris la mesure des similitudes et des divergences de leur vision respective des GMF.

Le Ministère a également présenté à la

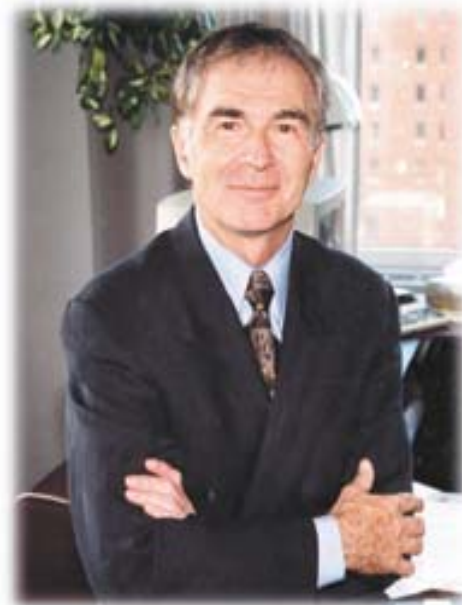


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Renald Dutil.

FMOQ le calendrier de la mise sur pied des groupes de médecine familiale. La création des GMF devrait ainsi se dérouler en quatre étapes :

- première phase : l'exploration. Cette étape, qui s'étend sur six mois, a commencé avec la sélection des groupes de médecine familiale. Elle permettra d'étudier les différentes modalités de l'implantation des GMF avec les médecins participants ;
- deuxième phase : l'implantation. D'une durée d'un an, cette étape permettra aux

Syndigraphies, ce mois-ci

Groupes de médecins de famille	
la FMOQ et le Ministère discutent du déroulement du projet	1
Treize GMF sont maintenant lancés	
le ministre Trudel est prié de négocier avec la FMOQ	2
Départ du Dr Jean-Maurice Turgeon	3
Liste des premiers groupes de médecine familiale	15
Non à la précipitation et à l'improvisation	
conférence de presse de la FMOQ sur les GMF	17

sommaire de la revue, page 5 >>>

responsables du dossier de travailler concrètement à des questions comme le mode de rémunération, l'articulation des GMF et des autres éléments du réseau et le rôle respectif des divers professionnels de la santé ;

- troisième phase : le démarrage. À ce stade, les GMF commenceront à fonctionner. Pendant un an, ils expérimenteront la nouvelle formule ;
- quatrième phase : le fonctionnement.

Les 13 GMF, auxquels se seront peut-être ajoutés quelques autres groupes, auront atteint leur vitesse de croisière. Le concept sera alors étendu à d'autres équipes médicales dans la province.

Les premiers GMF ne fonctionneront donc vraiment que dans deux ans et demi. On est loin des 10 groupes de médecine familiale qui devaient être mis sur pied en juin, comme l'avait annoncé un mois plus tôt le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Rémy Trudel.

« La conférence de presse du 14 juin où a été

annoncé le choix des 13 GMF retenus était une opération politique qu'a effectuée le ministre, explique le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ. Je ne regrette pas d'avoir refusé de la cautionner en m'abstenant d'y participer. La démarche alors proposée était improvisée et écartait la Fédération du processus d'implantation des groupes de pratique en médecine familiale. »

Des visions encore différentes

À la lumière de la rencontre entre le Ministère et la Fédération, il semble que plusieurs discussions seront nécessaires pour concilier la vision des deux parties sur les groupes de médecine familiale.

Pour le Ministère, par exemple, les GMF sont des équipes de soins de première ligne, composées de différents types de professionnels de la santé. La FMOQ, par contre, voit davantage les groupes de médecine familiale comme des équipes de médecins auxquelles se joindront d'autres professionnels, comme des infirmières. « Pas plus de 5 à 10 % de la clientèle d'un omnipraticien a besoin de l'intervention d'un autre type de professionnel de la santé. Les services d'une équipe multidisciplinaire sont importants, mais seulement pour les personnes qui en ont besoin. Les patients doivent d'abord être suivis par leur médecin de famille », explique le président de la Fédération.

Sur certains sujets, comme l'accès des patients aux soins médicaux 24 heures par jour, les points de vue des deux parties ont finalement convergé. L'accès à des services médicaux sera offert par un réseau constitué par le GMF, Info-santé, les salles d'urgence et les programmes de maintien à domicile des CLSC.

D'autres questions restent néanmoins

litigieuses. Le Ministère souhaite, par exemple, que la clientèle des GMF soit inscrite, contrairement à la Fédération qui préférerait que cette démarche ne soit pas obligatoire. En ce qui concerne la rétribution des médecins, le Ministère propose un modèle de paiement mixte, où dominera le principe de la capitation liée à l'inscription obligatoire de la clientèle. « Le gouvernement sait qu'il aura à ajouter des ressources financières pour permettre la création des groupes de pratique en médecine familiale. Il veut cependant s'assurer que ce système offrira une plus-value en matière d'accessibilité et de continuité des soins. Il désire également que les GMF soient dotés d'un mécanisme de contrôle des coûts, ce que permettraient la capitation et l'inscription de la clientèle. La Fédération ne rejette pas d'emblée ce modèle qui pourrait être pertinent dans certains milieux, mais elle croit que d'autres types d'organisations et de modes de rétribution permettraient d'atteindre les mêmes objectifs », explique le D^r Dutil.

Tout au long de la mise sur pied des GMF, la FMOQ compte apporter son appui aux médecins qui y participeront. « Nous avons la ferme intention d'être présents à toutes les étapes de l'implantation de ces groupes et d'être associés de très près aux phases touchant l'organisation des soins médicaux. Le MSSS reconnaît maintenant davantage le rôle que devra jouer la Fédération dans la création de ces GMF. »

**Treize GMF
sont maintenant lancés**

**le ministre Trudel
est prié de négocier avec la FMOQ**

Les premiers groupes de médecine familiale (GMF) sont maintenant lancés. Treize projets dans 13 régions différentes. D'autres groupes pourraient s'ajouter dès l'automne. Les nouvelles équipes comprendront des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels de la santé et des services

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

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 40068972 – Enregistrement n° 09832.

Départ du D^r Jean-Maurice Turgeon

Après avoir terminé son mandat de cinq ans, le **Dr Jean-Maurice Turgeon** quitte son poste de directeur de la Formation professionnelle à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « C'est un géant du monde syndical qui se retire. Le D^r Turgeon est l'un des pionniers de la FMOQ. Il a contribué à faire de la Fédération ce qu'elle est aujourd'hui », n'hésite pas à affirmer le **Dr Renald Dutil**, président de l'organisme.

La carrière syndicale du D^r Turgeon a été particulièrement féconde dans le domaine de la formation médicale continue. « Il a été parmi les premiers à s'intéresser à ce secteur. Jusqu'à la fin des années 70, les universités accordaient très peu d'importance à la formation continue des omnipraticiens. Le D^r Turgeon a été l'un de ceux qui ont compris qu'une Fédération comme la nôtre devait combler cette lacune. La FMOQ est ainsi devenue un chef de file dans l'enseignement postdoctoral », rappelle le D^r Dutil.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Jean-Maurice Turgeon.

cins d'obtenir des crédits de formation.

Le D^r Turgeon a réussi à faire du *Médecin du Québec* une publication rédigée pour des généralistes et en bonne partie par eux. Épris des mots, attiré par le cataglottisme, il a incité ses collègues à plonger dans l'écriture scientifique et à s'imposer en formation médicale. « Plus de la moitié des auteurs du *Médecin du Québec* sont des omnipraticiens », précise le **D^r Pierre Raïche**, qui est l'adjoint du D^r Turgeon et va maintenant lui succéder.

Le directeur de la Formation professionnelle s'est également intéressé aux autres aspects de l'enseignement postdoctoral : modules d'autoformation, congrès et guides pratiques. Fasciné par les possibilités que lui offrait Internet, il n'a pas hésité à y introduire un atelier interactif de formation. Il a aussi veillé à la « formation des formateurs ». Pour que les objectifs éducatifs soient atteints, les animateurs d'ateliers et les responsables d'une série d'articles de formation continue doivent être bien outillés.

Une publication faite par et pour les omnipraticiens

Le Médecin du Québec, dont le D^r Turgeon a été le rédacteur en chef pendant ces quatre dernières années, a été fortement marqué de son sceau. C'est sous son impulsion qu'est créée, au milieu des années 80, l'importante section de formation continue qui respecte rigoureusement les critères de l'approche méthodique. Une première en Amérique du Nord. En 1985, ce généraliste qui pratiquait alors à Rimouski dote la revue d'un comité de rédaction scientifique. Cette équipe, qu'il présidera pendant 11 ans, permet au *Médecin du Québec* de devenir un véritable outil de formation continue. Les articles sont dorénavant commandés, ce qui permet d'établir un programme d'enseignement réparti sur 24 mois, où tous les sujets importants de la médecine générale sont abordés. Les auteurs sont guidés par des objectifs d'apprentissage élaborés à partir d'études de besoins faites auprès de la clientèle cible. Les textes sont revus par des pairs. Quelques années plus tard apparaît un post-test pour permettre aux méde-

Une longue carrière syndicale

« Bien peu de médecins ont eu une activité syndicale aussi longue que celle du D^r Turgeon. Il a été présent à toutes les étapes de la vie de la Fédération », indique le D^r Dutil. Le médecin de famille de Rimouski commence sa carrière syndicale en 1969 quand il devient délégué de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent. Il en assumera ensuite la présidence de 1983 à 1996, année où il est nommé directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ, puis rédacteur en chef du *Médecin du Québec*.

« Le D^r Turgeon a joué un rôle syndical à l'échelle locale et régionale, en plus d'avoir une influence sur le plan provincial grâce aux dossiers dont il s'est occupé et aux mandats particuliers que les autorités de la FMOQ lui ont confiés. Il a été de toutes les négociations qui avaient trait aux unités de médecine familiale. Il s'est également penché sur de nombreuses autres questions liées à la formation. Son approche scientifique l'a toujours bien servi », résume le D^r Raïche.

sociaux. Ces GMF prendront en charge les patients qui s'y inscriront et leur offriront une gamme de services.

« Nous avons choisi des projets différents les uns des autres et répartis dans les diverses régions du Québec », a expliqué le **D^r Jean-Guy Emond**, président du Groupe de soutien à l'implantation, au cours de la conférence de presse organisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour annoncer la création des premiers GMF.

Les projets de groupe de médecine familiale ont été sélectionnés sur la base de plusieurs critères : la gamme de services offerts, l'appui du département régional de médecine générale et la maturité du projet. « Le groupe devait également considérer l'inscription de la clientèle, c'était une condition essentielle. Nous examinions aussi la manière dont il concevait la prestation des services 24 heures par jour, sept

Suite page 11 >>>



La conférence de presse annonçant le lancement des GMF.

◀◀◀ *Suite de la page 3*



Le Dr Jean-Guy Emond.

jours par semaine », explique le Dr Emond. Le GMF devait, en outre, être au centre de l'organisation des services proposés. « Il doit être l'entité qui orientera les demandes de soins et conclura les ententes pour donner les services nécessaires à la population inscrite. »

Une plus grande satisfaction professionnelle

Neuf des médecins prêts à créer un GMF participaient à la rencontre avec les médias. Pourquoi ont-ils tenté l'aventure ? « Parce qu'en tant qu'omnipraticiens, nous nous apercevons que nous sommes mal outillés, entre autres sur le plan des ressources humaines. Nous manquons de cliniciens, explique le Dr Mario Dubois, responsable du GMF de Jonquière. Comme médecins de famille, effectuons-nous le bon acte au bon endroit ? Il est inconcevable, par exemple, que dans une clinique médicale des médecins passent une semaine à vacciner une partie de leur clientèle parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers d'engager une infirmière. Ne pouvons-nous pas nous allier aux professionnels de la santé qui nous entourent ? Il est évident qu'au sein des GMF les infirmières prendront une place importante. Cela nous aidera à vraiment faire de la



Le Dr Mario Dubois.

médecine. » Le généraliste, qui s'est senti un peu bousculé par le peu de temps dont il disposait pour soumettre son projet, aimerait maintenant que la réorganisation des services de première ligne démarre rapidement. « Mais il faut que cela soit discuté avec la FMOQ. Il y a des ententes qui n'ont pas encore été signées. Il faut qu'elles soient négociées. Je demande au ministre de se pencher là-dessus. »

La création d'équipes de médecine familiale fait miroiter d'autres avantages. Elle pourrait permettre d'accroître la qualité de vie et la satisfaction professionnelle des médecins, pense pour sa part le Dr Laurent Marcoux, qui fait partie du GMF Haut-Saint-Laurent. « Les médecins ont des problèmes d'épuisement professionnel parce qu'ils ne parviennent pas à faire face à la pression qu'ils subissent. Comment on peut s'en sortir ? En partageant les responsabilités et les difficultés liées à un patient ou à une situation. Quand on est seul, on travaille en vase clos, même dans une clinique de cinq ou six médecins. On se partage les services du personnel, mais partage-t-on vraiment une clientèle ? Partage-t-on la responsabilité de répondre aux besoins de la population ? Je pense que la solution viendra des GMF. »

Dans les régions rurales, l'implantation de groupes de médecine familiale est une question de survie pour les cabinets privés, estime le Dr Sylvain Dion, responsable du GMF Les Etchemins, dans la région Chaudière-Appalaches. « Les GMF permettront aux omnipraticiens des cliniques médicales participantes de se rapprocher des autres médecins du territoire, de profiter d'une

infrastructure informatique, de bénéficier des services d'une infirmière et peut-être de recevoir de l'aide pour les frais de location. Ces conditions pourraient inciter les cliniciens à rester plus longtemps et, le jour où ils voudront partir ou prendre leur retraite, il leur sera peut-être plus facile de passer le flambeau à un autre médecin. Nous faisons le pari que les GMF nous aideront à recruter des médecins ou du moins à maintenir nos effectifs. »

Une nouvelle culture

« L'opération "groupes de médecins de famille", c'est l'instauration d'une nouvelle culture de l'innovation en matière d'accès aux services médicaux et sociaux de base », a expliqué le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Rémy Trudel**. Il s'était entouré pour le lancement des GMF de représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, du Collège des médecins du Québec et de l'Association des CLSC et CHSLD.

Le **D^r Yves Lamontagne**, président du Collège, ne cachait pas sa satisfaction. « J'ai l'impression que, pour une fois, le Ministère s'est hâté de produire un projet. Je pense que les GMF vont améliorer le système et les conditions difficiles que nous connaissons actuellement. Cependant, Monsieur Trudel, je vous implore de rencontrer au plus tôt la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour obtenir la collaboration de l'ensemble des médecins de famille et apporter les raffinements nécessaires au projet. »

Intervention après intervention, le ministre se voyait prié de négocier avec la FMOQ. M. Trudel n'est pas resté sourd à ces demandes. « Pendant que ces professionnels de la santé vont faire des efforts formidables pour arriver au résultat escompté, mon travail à moi sera de m'occuper de l'argent et de la négociation des ententes. Il est nécessaire que nous arrivions à un accord avec les médecins omnipraticiens du Québec. »

Quelques heures plus tard, la FMOQ répondait à l'invitation par un communiqué de presse. « Cette demande du ministre constitue un pas dans la bonne direction pour rectifier l'approche retenue dans ce dossier », indiquait

le président, le **D^r Renald Dutil**.

Beaucoup de travail attendra néanmoins les créateurs de GMF. La mise sur pied de ces nouvelles équipes n'aura rien d'aisé, a prévenu le **D^r Bernard Millette**, expert-conseil du Groupe de travail ministériel. La création des groupes exigera beaucoup d'efforts, de créativité, de souplesse et de doigté. « Cela sera nécessaire à cause des changements dans l'organisation des pratiques, dans le rôle des différents intervenants, dans la culture et dans les habitudes de travail plutôt individualistes des médecins et des autres professionnels de la santé. Il y aura également une certaine méfiance, des réflexes de défense territoriale et la perte d'acquis pour certains. Néanmoins, les GMF constituent un beau projet pour les Québécois et les Québécoises ainsi que pour les intervenants. » Le **D^r Millette** met cependant en garde contre un trop grand empressement. « Oui, il faut avancer rapidement, Monsieur le ministre, mais pas de façon précipitée. »

L'inscription de la clientèle

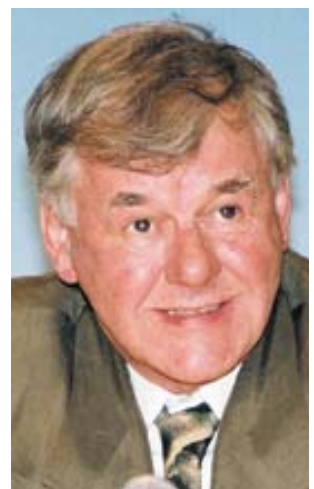
Quand les Québécois commenceront-ils à s'inscrire ? La prochaine étape est celle de la préparation, explique le **D^r Emond**. Le Groupe de soutien à l'implantation qu'il dirige commencera par évaluer l'avancement de chaque projet de GMF. L'inscription de la clientèle constituera une étape ultérieure. Le président a néanmoins quelques idées sur la manière de procéder. « Un groupe pourrait commencer à inscrire ses patients. Mais comme cette question aura des répercussions sur le mode de rémunération, le dossier devra être



Le D^r Laurent Marcoux.



M. Rémy Trudel.



Le D^r Yves Lamontagne.

Liste des premiers groupes de médecine familiale par région sociosanitaire et résumé des caractéristiques communes

Région sociosanitaire 01 : Bas-Saint-Laurent

GMF des Basques

Responsable : le **D^r Camilien Anctil**

Tous les cabinets privés de la municipalité régionale de comté (MRC) des Basques se sont regroupés avec le CHSLD-CLSC des Basques. Des partenariats seront établis avec les organismes du milieu tels les organismes communautaires, les organismes du réseau et les organismes intersectoriels. Le GMF des Basques dessert toute la population de la MRC des Basques, soit environ 10 200 personnes, et plus de 13 000 personnes en été.

Région sociosanitaire 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean

GMF de Jonquière

Responsable : le **D^r Mario Dubois**

Le GMF de Jonquière regroupe la Clinique de médecine familiale de Jonquière et le CLSC Carrefour de santé de Jonquière, et dessert la population de la MRC de Jonquière.

Région sociosanitaire 03 : Québec

GMF Beauport-Giffard-Maizerets (Enfant-Jésus et Orléans)

Responsables : le **D^r Jean Ouellet** et le **D^r Jean-Yves Bhérec**

Le GMF Beauport-Giffard-Maizerets regroupe le Centre médical de Beauport, la Clinique médicale Giffard, l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Enfant-Jésus et le CLSC Orléans. Le GMF dessert la population de Beauport, de Limoilou, une partie de la Côte-de-Beaupré et de l'île d'Orléans, notamment des clientèles spécifiques vulnérables.

Région sociosanitaire 04 : Mauricie et Centre-du-Québec

GMF des Bois-Francs

Responsables : le **D^r Sylvain Labbé**, la **D^{re} Lucie Bonin** et la **D^{re} Claudine Archambault**

Le GMF regroupe les cliniques privées du territoire du CLSC Suzor-Côté et du CLSC de l'Érable. Le GMF des Bois-Francs dessert la population des districts d'Arthabaska et de l'Érable.

Région sociosanitaire 06 : Montréal-Centre

GMF Notre-Dame-des-Faubourgs

Responsable : la **D^{re} Julie Lajeunesse**, du CLSC des Faubourgs

Le GMF Notre-Dame-des-Faubourgs regroupe la Clinique de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Notre-Dame, le CLSC des Faubourgs et le département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Le GMF dessert la population résidant dans les quartiers Centre-Sud, Centre-Ville et Plateau-Mont-Royal. Une certaine partie provient de la région métropolitaine.

Région sociosanitaire 07 : Outaouais

GMF Aylmer

Responsable : la **D^{re} Anne Du Sault**

Le GMF Aylmer regroupe le Centre médical Aylmer-Lucerne, la Clinique médicale du Vieux-Aylmer, la Clinique médicale-familiale d'Aylmer et le CLSC et CHSLD Grande-Rivière. Le GMF dessert la population de la municipalité d'Aylmer.

Région sociosanitaire 08 : Abitibi-Témiscamingue

GMF Amos

Responsable : le **D^r Frédéric Turgeon**

Le GMF d'Amos regroupe trois cliniques privées d'Amos et le CLSC-CHSLD Les Eskers. Le GMF dessert la population de la MRC Abitibi.

Région socio-sanitaire 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

GMF Sainte-Anne-des-Monts

Responsable : le **D^r René Lavigueur** du CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin

Le GMF Sainte-Anne-des-Monts regroupe la Clinique des Monts, la Clinique Sainte-Anne, le CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin et le CLSC Mer et Montagnes (un médecin à mi-temps). Le GMF dessert la population de la MRC de la Haute-Gaspésie.

Région sociosanitaire 12 : Chaudière-Appalaches

GMF Les Etchemins

Responsables : le **D^r Sylvain Dion** et le **D^r André Springuel**

Le GMF Les Etchemins regroupe la Clinique médicale de Sainte-Justine, la Clinique médicale de Saint-Prospère et le Centre de santé Les Etchemins. Le GMF dessert la population de la MRC des Etchemins.

Région sociosanitaire 13 : Laval

GMF Laval

Responsable : le **D^r Bernard Millette**

Le GMF Laval regroupe la Clinique de médecine familiale de la Cité de la Santé, le CLSC des Mille-Îles, le CHSLD de Laval et la Clinique de l'unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD du Marigot. Le GMF dessert la population de Laval sur les territoires couverts par le CLSC des Mille-Îles et du Marigot.

Région sociosanitaire 14 : Lanaudière

GMF Lavaltrie-Lanoraie

Responsable : le **D^r Mario Martineau**

Le GMF Lavaltrie-Lanoraie regroupe les cliniques médicales de Lavaltrie et de Lanoraie et le CLSC-CHSLD d'Autray. Le GMF dessert la population de la MRC d'Autray.

Région sociosanitaire 15 : les Laurentides

GMF Antoine-Labelle

Responsable : le **D^r Nicolas Mathieu**

Le GMF Antoine-Labelle regroupe la clinique Carrefour santé/services sociaux de la Vallée de la Rouge et le CLSC des Hautes-Laurentides. Le GMF dessert la population de la Vallée de la Rouge, soit environ 9000 personnes (partie sud de la MRC Antoine-Labelle, de même que la clientèle vulnérable du CLSC des Hautes-Laurentides (point de service du Centre de l'Annonciation).

Région sociosanitaire 16 : la Montérégie

GMF Haut-Saint-Laurent

Responsable : le **D^r Kevin Brissette**

Le GMF Haut-Saint-Laurent regroupe le Centre médical d'Ormstown, le Centre médical Huntingdon, le CLSC Huntingdon et les cabinets médicaux des D^{rs} Renée Lafrenière et Marc Héту, situés à Saint-Chrysostome. Le GMF dessert la population de la MRC du Haut-Saint-Laurent.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux

négocié entre la Fédération et le MSSS. Pendant un an, le mode de fonctionnement pourrait rester le même qu'actuellement, mais avec

certain ajustements. La clientèle pourra alors s'inscrire au fur et à mesure. À la fin de l'année, une simulation permettra de voir quelles



Le D^r Bernard Millette.

auraient été les modalités de rémunération si toute la clientèle avait été inscrite et de les comparer au mode de paiement présentement en vigueur. Les ententes et les négociations pourront ensuite avoir lieu. Rien ne se fera de façon improvisée. »

Et qu'en sera-t-il de la nouvelle formule d'accessibilité aux services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine ? « Nous allons trouver des façons de faire avec les différents groupes dans les diverses régions. La solution retenue sera probablement différente pour une région très éloignée et pour un

milieu urbain ayant de nombreuses ressources. Il y aura une réponse adaptée au problème des gens », promet le D^r Emond. La clientèle inscrite pourra avoir à sa disposition un numéro de téléphone qui lui permettra d'être orientée vers un professionnel de la santé, comme une infirmière. « Le type de réponse variera ensuite selon la situation. Parfois, le patient sera dirigé vers le médecin de garde ou vers l'hôpital après ce premier contact. C'est ce que l'on va organiser un peu partout au Québec. »

Et l'argent ? « Monsieur Trudel, vous n'avez pas encore prononcé le mot "dollar", a fait remarquer un journaliste. Quel sera le rythme d'investissement de votre ministère dans le programme ? » Le ministre avait déjà discuté de la question avec son prédécesseur, M^{me} Pauline Marois, au moment où elle allait accéder au ministère des Finances. « Nous avons convenu que toutes les ressources financières pour le démarrage des premiers groupes de médecine familiale seraient là. Nous aurons suffisamment d'argent à même la réserve de 600 millions qui a été créée. Il y a une réserve dans la réserve pour l'implantation des GMF. Les dollars sont là, mais je n'ose pas évoquer publiquement l'importance du montant », répond prudemment M. Trudel.

Non à la précipitation et à l'improvisation

conférence de presse
de la FMOQ sur les GMF

Le 12 juin, la FMOQ lance un ferme avertissement au ministre de la Santé et des Services sociaux : les groupes de médecine familiale (GMF) ne doivent pas être créés dans la précipitation. La Fédération est d'autant plus inquiète que de grands pans du projet restent inconnus à deux jours du lancement des premiers GMF. Le Ministère n'a encore négocié avec elle aucune entente.

« Jusqu'à présent, même si la FMOQ a invité à maintes reprises les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à discuter de ce projet, ils n'en ont pas trouvé le temps. Dans un dossier aussi important que la mise sur pied des groupes de médecine familiale, la collaboration de la Fédération est essentielle », avertit le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, au cours d'une percutante conférence de presse organisée 48 heures avant l'annonce de la création des premiers groupes. Les deux vice-présidents, les **D^s Louis Godin** et **William Barakett**, et le secrétaire général, le **D^r Marc-André Asselin**, participaient également à la rencontre avec les médias.

La réforme est trop cruciale pour être laissée aux fonctionnaires et aux comités ministériels, a expliqué le président, qui a d'ailleurs annoncé son absence au lancement des GMF organisé



La conférence de presse organisée par la FMOQ.

Pour avoir plus d'informations sur les groupes de médecine familiale et la position de la FMOQ, voir le bulletin Les Groupes de médecine de famille : il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain ! dans le site Internet de la Fédération (www.fmoq.org).

par le MSSS. « Une approche aussi bureaucratique que celle que le Ministère a adoptée risque de torpiller un projet qui nous tient à cœur et sur lequel comptent les omnipraticiens et la population. Je ne dis pas que nous boycotterons les groupes de médecine familiale, mais je demande au ministre de réévaluer toute son approche. »

D'importantes questions laissées sans réponse

Des questions majeures restaient en suspens alors que la réorganisation des soins de première ligne allait être amorcée :

- Quelles seront les obligations des médecins qui travailleront au sein d'un GMF ?
- Comment s'inscriront les patients auprès de ces groupes de médecins ?
- Quelles seront les conditions d'exercice des omnipraticiens participants ?
- Quels rôles et quelles responsabilités auront les infirmières ?
- Comment les médecins seront-ils rémunérés ?
- Qu'en sera-t-il des frais de cabinet et du paiement du matériel technique et informatique ?

Vu de l'extérieur, le dossier des GMF semblait mené avec une certaine improvisation. Les médecins désirant créer un groupe n'ont disposé que d'une semaine pour concevoir et présenter un projet aussi complexe sans en connaître toutes les répercussions. Pis, cinq jours avant la conférence de presse, deux importants représentants du Ministère avaient révélé aux négociateurs de la FMOQ que le MSSS n'avait pas encore une vision claire de ce que seraient les GMF.

Ne pas négliger les autres problèmes du réseau

Les GMF n'offriront pas une solution à tous les maux du système, a mis en garde le D^r Dutil. Au mieux, une dizaine de groupes de pratique de médecine familiale pourraient commencer à fonctionner cette année. « Nous demandons donc au ministre de ne pas se servir de ce dossier comme prétexte pour négliger le reste du réseau de la santé et des services sociaux. Les deux plus grands problèmes auxquels doivent faire face les omnipraticiens sont la difficulté d'accès aux ressources diagnostiques et la pénurie de médecins. Nous allons même avoir de la difficulté à implanter les premiers GMF à cause de cela. »

IMS HEALTH



D^r Claude Mercure

M. Roger A. Korman, Ph. D., président d'IMS HEALTH, Canada et vice-président directeur d'IMS HEALTH, North America, est heureux d'annoncer la participation du D^r Claude Mercure à titre de représentant du Collège des médecins du Québec au sein du **Conseil consultatif d'information sur la santé (CCIS)** au Québec.

Syndic et directeur des enquêtes de 1995 à 2000, le D^r Mercure travaille au Collège depuis 1969, ayant débuté au Service d'inspection professionnelle. De 1981 à 1995, il a été syndic adjoint et directeur adjoint des enquêtes. Depuis 2000, il continue d'œuvrer comme syndic adjoint au sein de cette direction.

Diplômé de l'Université de Montréal et spécialiste en pédiatrie depuis 1965, le D^r Mercure est titulaire d'une maîtrise en administration hospitalière. Il est également spécialiste en santé communautaire et Associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en pédiatrie.

Fondateur, en 1967, du Service des soins à domicile de l'Hôpital Sainte-Justine, le D^r Mercure a également été chargé de projet pour la transformation de l'École des infirmières en services médicaux et de laboratoire et comme membre invité de la commission Castonguay sur la périnatalité et les services pédiatriques.

Le **Conseil consultatif d'information sur la santé (CCIS)** a été créé en 1997 par IMS HEALTH dans le but de veiller aux considérations éthiques sur l'utilisation des données sur les ordonnances rédigées au Québec. Le conseil regroupe les principaux intervenants du secteur québécois de la santé dont la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada.

IMS HEALTH a été fondée au Canada en 1960 et est devenue le plus important fournisseur d'information sur la santé au Canada. La société recueille et diffuse l'information sur les diagnostics, le traitement des maladies, les tendances de la consommation des médicaments et les estimations concernant le remboursement des ordonnances. IMS HEALTH (NYSE : RX), chef de file mondial en matière d'information pour le secteur de la santé et l'industrie pharmaceutique, a des bureaux dans plus de 100 pays.

nouvelles médicales, par Emmanuèle Garnier

Une 100^e greffe pulmonaire au CHUM



Le Dr Charles Poirier.

Le 8 mai dernier, un 100^e patient recevait une greffe pulmonaire au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Depuis 1997, l'équipe du Programme de transplantation pulmonaire effectue de 25 à 30 greffes par année. Un volume d'activité qui lui permet de se classer au deuxième rang au Canada et parmi les 10 plus actives en Amérique du Nord. Le défi que constituait le transfert du programme à l'Hôpital Notre-Dame, il y a trois ans et demi, a donc été relevé.

Le Dr Pasquale Ferraro.



« Le taux de survie à moyen et à long terme des

patients est excellent, et même supérieur à celui de plusieurs grands centres américains et européens », n'hésite pas à affirmer le **Dr Charles Poirier**, pneumologue et codirecteur du programme. Le pourcentage de patients vivants au bout d'un mois est de 90 %, de 80 % après un an et de 61 % au bout de trois ans.

Les malades doivent cependant attendre de 9 à 12 mois avant d'avoir une transplantation pulmonaire. Depuis 1997, l'équipe du CHUM,

qui comprend une douzaine de spécialistes et de professionnels de la santé, a néanmoins réussi à doubler le nombre de greffes effectuées. « Malheureusement, 20 % de nos patients ne recevront pas un organe à temps et décéderont », déplore le Dr Poirier.

L'équipe regarde maintenant dans la direction des greffes d'organes provenant de donneurs vivants pour pallier la pénurie. « Dans un an et demi, nous allons être prêts à réaliser ce type de transplantation », espère le **Dr Pascale Ferraro**, le spécialiste en chirurgie thoracique qui a effectué la majorité des 100 greffes. L'opération, qui se pratique déjà aux États-Unis, est surtout destinée aux patients atteints de fibrose kystique. Au CHUM, trois ou quatre interventions de ce type pourraient être effectuées par année. « Il faut deux donneurs. Ce sont généralement des membres de la famille. On retire à chacun un lobe que l'on greffe au receveur. C'est une intervention très complexe, mais le taux de survie se compare à celui que l'on obtient avec les transplantations pulmonaires standard. Le grand avantage de cette méthode est d'éviter au patient d'être sur une liste d'attente », précise le chirurgien, également codirecteur du Programme de transplantation.

Suite page 90 >>>

Échographies, ce mois-ci

Une 100 ^e greffe pulmonaire au CHUM	22
Pneumocoque	
un vaccin pour les enfants de moins de cinq ans	94
Le vaccin conjugué contre le méningocoque	
maintenant disponible pour les patients	97
Vaccination et inquiétude des parents	
un bulletin pour aider les médecins	101

médicin 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 réévaluer 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'assurer 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 prothèses dentaires à la même effet.

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

Posologie recommandée

Adultes et adolescents de 12 ans et plus

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

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

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

Enfant (4 à 11 ans) : ADVAIR[®] 100 Diskus[®] (50 µg de salmétrérol 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 salmétrérol étant éliminé principalement par métabolisme hépatique, ce doit l'administrer avec prudence chez les patients atteints d'une affection hépatique.

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Principe actif

Dénomination commune: xinafoate de salmétrérol

Dénomination chimique: 4-hydroxy- α [[1]9-(4-phénylbutoxy)éthoxy]amino]-méthyl-1,2-benzodiméthanol, 1-hydroxy-2-naphthoate.

Formule développée:



Formule moléculaire: C₂₇H₃₀N₂O₇ · H₂O

Poids moléculaire: 683,8

Description: Poudre cristalline blanche ou blanc cassé, dont le point de fusion est d'environ 125 °C

Solubilité: Dans l'eau = 0,07 mg/mL (à pH = 8)
Dans 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'acrylonitrile = 2 mg/mL

pKa et pH: Le salmétrérol est amphotère. C'est pourquoi il est particulièrement 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 microdissociation par titrage potentiométrique. Le pKa apparent correspondant à la dissociation du groupement phénol (déterminé par spectrophotométrie dans l'acrylonitrile) est de 9,3. Les quatre microconstantes se situent entre 8,9 et 9,7.
Le pH d'une solution aqueuse saturée de xinafoate de salmétrérol (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 9,2)

log P = 2,0 (pH 7,4)

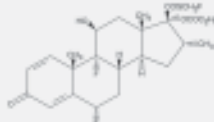
log P = 0,6 (pH 4,6)

Principe actif

Dénomination commune: propionate de fluticasone

Dénomination chimique: 8-fluorométhyl-6 α , 9 α -difluoro-11 β -hydroxy-16 α -méthyl-3-oxo-17 α -propionyloxyandrost-1,4-diene-17 β -carbaldoxime

Formule développée:



Formule moléculaire: C₂₈H₃₄F₆O₅

Poids moléculaire: 506,6

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 salmétrérol et 100, 250 ou 500 µg de propionate de fluticasone par inhalation. La préparation contient également du lactose.

Stabilité et recommandations d'emballage

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

PRÉSENTATION

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

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

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

MONOGRAPHIE DU PRODUIT FOURNIE SUR DEMANDE.

gsk GlaxoSmithKline

ADVAIR[®]

GlaxoSmithKline
Bureau d'Info des Québec
IMS, suite Transcendence
Saint-Laurent (Québec) H4S 1D7



www.sthma.ca/sas

ADVAIR[®] est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Sano Wellcome Inc. DISKUS[®] est une marque déposée de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Sano Wellcome Inc. *L'apparence, il s'agit de couleur, la forme et la taille, du dispositif d'inhalation DISKUS[®] est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Sano Wellcome Inc.

Révisé en mai 2001

◀◀◀ Suite de la page 22

Une expertise en bronchoscopie d'intervention

En 1990, le taux de survie des patients ayant subi une greffe pulmonaire n'était que de 50 % au bout de trois ans. « Nos résultats se sont améliorés parce que nos techniques chirurgicales ont progressé, que les agents immunosuppresseurs sont plus efficaces et que la prophylaxie contre les infections est meilleure. Lorsqu'un rejet survient, nous arrivons également mieux à le traiter », explique le D^r Ferraro.

Le CHUM dispose par ailleurs d'une expertise en bronchoscopie d'intervention. Le D^r Poirier et sa collègue, la D^{re} Rita Jean-François, ont adapté différentes techniques comme l'électrocautère, la cryothérapie et l'insertion de prothèses endobronchiques pour traiter les complications bronchiques. « Chez 7 à 10 % des patients, il se produit avec le temps une sténose au point de jonction entre le nouveau poumon et les bronches du receveur. Nous essayons de la rouvrir », explique le D^r Poirier.

L'équipe du Programme de transplantation participe également à des études internationales. « Cela donne aux patients la possibilité d'avoir accès plus tôt à de nouveaux médicaments », fait valoir le pneumologue. Le CHUM est ainsi l'un des centres qui fait l'essai du rad, un immunosuppresseur contre le rejet à court et à long terme. « C'est le premier grand projet international où ce médicament est utilisé pour des transplantations pulmonaires. Il a déjà été employé

L'ADMINISTRATION PAR VOIE INTRAVEINEUSE. (voir Solutions intraveineuses compatibles.) La concentration de la solution diluée devait être de 2 mg/ml, avant l'administration. **Solutions intraveineuses compatibles :** Vous pouvez utiliser l'une ou l'autre des solutions intraveineuses suivantes pour préparer une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL : dextrose à 5 % pour injection, USP; chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; dextrose à 5 % et chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; lactate de Ringer et dextrose à 5 % pour injection, USP; bicarbonate de sodium à 5 % pour injection, USP; Plasma-Lyte 56/dextrose à 5 % pour injection, USP; lactate de sodium M/9 pour injection, USP. **Préparation de la solution :** Pour préparer la solution de **TEQUIN I.V.** pour administration par voie intraveineuse, il faut ajouter 20 mL du produit à 10 mg/mL à 80 mL de diluant pour obtenir 100 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 200 mg de gatifloxacine, ou 40 mL du produit à 10 mg/mL à 160 mL de diluant pour obtenir 200 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 400 mg de gatifloxacine. Il faut inspecter à l'œil nu la fiole de médicament intraveineux afin de détecter toute particule en suspension avant la dilution et l'administration. Les solutions contenant des particules visibles doivent être mises au rebut. Étant donné qu'aucun agent de conservation ni agent bactériostatique n'est ajouté à ce produit, il faut utiliser une technique aseptique lors de la préparation de la solution intraveineuse finale. Puisque les fioles sont destinées à un usage unique, toute portion inutilisée de leur contenu devrait être jetée. Puisqu'on dispose de peu de données sur la compatibilité de la solution de gatifloxacine pour injection intraveineuse avec d'autres substances administrées par voie intraveineuse, on ne devrait pas ajouter d'additifs ni d'autres médicaments dans les fioles ampoule de **TEQUIN I.V.** ni perfuser simultanément ces agents et la gatifloxacine dans la même tubulure intraveineuse. Si la même tubulure intraveineuse est utilisée pour effectuer la perfusion séquentielle de plusieurs médicaments, il faudrait alors rincer la tubulure avant et après la perfusion de **TEQUIN I.V.** avec une solution de perfusion compatible avec **TEQUIN I.V.** et avec tout autre médicament administré par la même tubulure. Si l'on doit administrer en même temps **TEQUIN I.V.** et un autre médicament, on devrait les administrer séparément, selon la dose et la voie d'administration recommandées pour chacun d'eux. **RENSEIGNEMENTS PHARMACOLOGIQUES INGRÉDIENT ACTIF**
Nom propre : gatifloxacine. **Nom chimique :** sesquihydrate de lactate (2)-1-cyclopropyl-6-fluoro-1,4-dihydro-8-méthoxy-7-(3-méthyl-1-pyridazinyl)-4-oxoquinoline-3-carboxylique. **Formule empirique :** C₂₂H₂₇FN₃O₅ · 1,5 H₂O. **Poids moléculaire :** 482,42. **Description :** La gatifloxacine est une poudre cristalline sesquihydrate dont la couleur varie de blanc à jaune pâle. Elle existe sous forme racémique, sans rotation optique nette. La solubilité de la gatifloxacine dans l'eau dépend du pH de la solution. Elle est légèrement soluble dans l'hexane et l'hexane et très soluble dans l'acide acétique. Le point de fusion de la gatifloxacine est de 183°C. **Composition :** Les comprimés **TEQUIN** contiennent les ingrédients inactifs suivants : hydroxypropylméthylcellulose, stéarate de magnésium, méthylcellulose, cellulose microcristalline, polyéthylène glycol, polysorbate 80, siméthicone, glycinate d'ammonium, acide sorbique et dioxyde de titane. **TEQUIN I.V.** est une solution de gatifloxacine stérile, sans agent de conservation, dont le pH varie de 3,5 à 5,5. **TEQUIN I.V.** contient les ingrédients inactifs suivants : dextrose anhydre (5 %), eau pour injection, hydroxyde de sodium et acide chlorhydrique (je cas échéant, pour régler le pH). **Préparation de la gatifloxacine pour administration par voie intraveineuse Solutions intraveineuses compatibles :** Vous pouvez utiliser l'une ou l'autre des solutions intraveineuses suivantes pour préparer une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL : dextrose à 5 % pour injection, USP; chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; dextrose à 5 % et chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP; lactate de Ringer et dextrose à 5 % pour injection, USP; bicarbonate de sodium à 5 % pour injection, USP; Plasma-Lyte 56/dextrose à 5 % pour injection, USP; lactate de sodium M/9 pour injection, USP. **Préparation de la solution :** Pour préparer la solution de **TEQUIN I.V.** pour administration par voie intraveineuse, il faut ajouter 20 mL du produit à 10 mg/mL à 80 mL de diluant pour obtenir 100 mL d'une solution

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

La monographie de produit est disponible sur demande.
 1. Mandell, L.A. *Clin Infect Dis*, 2000;31:380-421. 2. IMS Santé. Étude nationale sur les ordonnances mensuelles, de décembre 1999 à mars 2001. 3. Ramirez, J.S. et coll., *J Res Dis*, 1999;29(11-suppl):539-548. 4. Sullivan, J.G. et coll., *J Res Dis*, 1999;29(11-suppl):549-550. 5. Fogarty, C. et coll., *J Res Dis*, 1999;29(11-suppl):568-569. 6. Parris, P.F. et coll., protocole A400-304, données en dossier, Bristol-Myers Squibb, 1998. 7. Sioney, J.A.L. et coll., *J Res Dis*, 1999;29(11-suppl):511-516. 8. Bordenau, J.M. et coll., *Int J Antimicrob Agents*, 2000;14:45-50. 9. Stein, G.E., *Infect Med*, 2000;17:564-570. 10. Fish, D.N., *Pharmacother*, 2000;21(1):35-58. 11. Monographie de Tequin, Bristol-Myers Squibb Canada Inc. 12. Easen, J. et coll., *J Res Dis*, 1999;29(11-suppl):570-575. 13. Monographie de chlorhydrate de modifloxacine.

Groupe pharmaceutique
Bristol-Myers Squibb
 approuvé l'utilisation appropriée des antibiotiques.
 Usage autorisé de la MD, Bristol-Myers Squibb Canada Inc.

Bristol-Myers Squibb Canada Inc.
 2365, chemin de la Côte-de-Liesse
 Montréal, Québec H4W 2M7

Membre
 CCPP R&D

94

pour des greffes d'autres organes. »
 L'amélioration des solutions de préservation des poumons représente également une autre voie intéressante, explique le D^r Ferraro, qui effectue des recherches dans ce domaine. Les solutions qui existent actuellement limitent à six heures le temps qui peut s'écouler entre le prélèvement et la transplantation. « De meilleures techniques de conservation nous permettraient d'obtenir des organes de centres éloignés. Actuellement, les prélèvements peuvent être réalisés au Québec, en Ontario, mais difficilement dans l'Ouest canadien. »

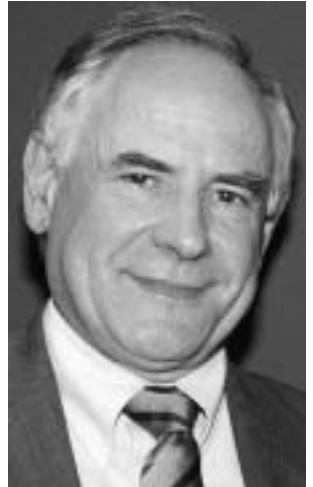
Pneumocoque un vaccin pour les enfants de moins de cinq ans



La D^r Valérie Lamarre.

Un premier vaccin protégeant les nourrissons et les jeunes enfants contre les infections à *Streptococcus pneumoniae* vient d'être homologué par Santé Canada. Le nouveau produit, Prevnar^{MC}, a une efficacité de 97,4 %. Il offre une protection contre les sept sérotypes responsables de 85 % des pneumocoques envahissants affectant les enfants de moins de cinq ans.

« Nous disposons maintenant d'un vaccin efficace et sûr. Dorénavant, nous devrions être en mesure de prévenir les séquelles dévastatrices des infections envahissantes à pneumocoque », affirme la D^r Valérie Lamarre, pédiatre et spécialiste en maladies infectieuses à l'Hôpital Sainte-Justine, au lancement du produit.



M. Aldo Baumgartner.

Prevnar, vaccin conjugué, est administré en quatre doses que l'enfant reçoit successivement à l'âge de deux mois, quatre mois, six mois, et finalement, entre un an et 15 mois. Le coût du produit est cependant d'environ 75 \$ la dose. Un total de 300 \$ pour la vaccination complète. Qui payera ? « Nous sommes en train de discuter avec les provinces pour voir si le produit sera remboursé. Au début, les parents devront probablement en assumer les frais », reconnaît M. Aldo Baumgartner, président de Wyeth-Ayerst Canada.
 « C'est vrai qu'il s'agit d'un vaccin relativement cher, affirme la spécialiste. Néanmoins, les médecins de famille et les pédiatres devraient le proposer aux parents, parce que les séquelles de la maladie sont trop graves. Je pense que d'ici quelques mois la Société canadienne de pédiatrie et les autres grands organismes qui s'intéressent à la vaccination au Canada vont le recommander. »

Suite page 97 >>>>

Photos : Emmanuelle Garnier.

TABLEAU 1. Ensemble des manifestations indésirables apparues pendant le traitement chez 4 à 5 % des patients traités par FemHRT

APPAREIL OU SYSTÈME/ Manifestation indésirable	Pourcentage de patientes		
	Placebo N = 247	FemHRT 0,5/2,5 N = 246	FemHRT 1/5 N = 258
CORPS ENTIER	40,1	38,5	39,5
Céphalées	14,8	12,1	18,2
Mal de dos	5,5	5,3	4,7
Infection virale	7,7	8,6	7,8
APPAREIL DIGESTIF	24,4	30,5	33,0
Nausées et/ou vomissements	5,5	5,3	7,4
Douleurs abdominales	4,5	10,1	8,1
Dyspepsie	2,8	5,3	3,1
Diarrhée	5,8	5,7	5,9
APPAREIL LOCOMOTEUR	31,7	20,3	20,4
Arthralgie	6,9	2,9	5,8
Myalgie	8,5	8,6	7,8
FONCTION PSYCHO-BIOLOGIQUE	6,3	7,9	14,1
Nervosité	1,6	1,6	5,4
Dépression	5,8	3,7	5,8
APPAREIL RESPIRATOIRE	37,2	33,9	35,6
Rhinite	15,4	12,7	15,1
Sinuzite	9,7	9,4	8,1
VOIES URÉDENTALES	25,0	51,6	49,8
Douleurs menstruelles	5,5	9,0	8,1
Infection urinaire	5,2	3,7	6,2
Vaginite	4,3	4,5	5,4

Voies les réactions indésirables qui ont été signalées avec les associations oestrogéniques et progestatives : **Appareil digestif** : nausées, vomissements, gêne abdominale (crampes, tensions, douleurs), ballonnement, troubles intestinaux, insuffisance hépatique, diarrée (diabétique). **Voies urogénitales** : métrorragies, ractions, changements de l'écoulement menstruel, dysménorrhée, dérèglements ou pertes vaginales, dyspareunie, douleur hémorragique de l'endométrite, syndrome de type périmétrite, réaction d'une endométriose, cystite, modifications de l'écoulement et de la quantité de sécrétions vaginales. **Psychiatrie** : dépression, qui peut précéder l'arrêt du médicament, syndrome postménopausier, syndrome de prémenstruelle, éruption hémorragique, perte de cheveux, hirsutisme, acné. **Système endocrinien** : gonflement et sensibilité des seins, réaction de la glycémie, diminution de la tolérance au glucose, rétention sodique. **Système cardiovasculaire-hématologique** : palpitations, anxiété, érythrocytose, troubles thrombo-vasculaires, exacerbation des symptômes, élévation de la tension artérielle (voir filtres en gelée et Précozalen), thrombose coronarienne, embolie artérielle ou veineuse, thrombose veineuse profonde (voir filtres en gelée et Précozalen). **Système reproducteur** : aggravação des épisodes de migraine, sécheresse vaginale, dyspareunie, érythrocytose, fatigue, instabilité, vision nocturne (p. ex. érythrocytose rétinienne, rétinopathie). **Voies** : troubles visuels, augmentation de la courbure de la corne, intolerance aux lentilles, cornées, lésions neuro-oculaires (voir Système reproducteur central (encadré)). **Diarrées** : changements d'appétit, changements du poids corporel, œdème, sécheresse, changement de la libido (attention possible de douleurs myalgiques, et crampes des douleurs aux jambes non liées à une infection thrombotique (habituellement passagères, durant de trois à six semaines). **Si les symptômes de réactions indésirables persistent, la posologie de l'œstrogène/thrombotique substitutive doit être réévaluée.**

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Symptômes : On a signalé de nombreux cas d'ingestion par de jeunes enfants de fortes doses de produits contraceptifs et de contraceptifs oraux contenant un œstrogène et du progestatif. Les effets cliniques sont apparus rapidement. Un surdosage de l'œstrogène peut causer des nausées, une gêne au sein, une rétention hydrique, un ballonnement et un saignement vaginal chez les femmes. Les signes caractéristiques du surdosage du progestatif (action de médullaire) sont une humeur dépressive, de la fatigue, de l'acné et de l'hyperlipidémie.

Traitement : En cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle par des enfants, le médecin doit évaluer le risque de complications et recommander un traitement symptomatique s'il le juge nécessaire.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Le traitement par FemHRT (acétate de norethindrone et d'éthinylœstadiol) consiste en un seul comprimé à prendre une fois par jour, sans tenir compte des repas.

1. Traitement des symptômes vasomoteurs : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour évaluer les symptômes vasomoteurs modérés à intenses liés à la ménopause. Réévaluez les patientes de tous à six mois après le début de l'œstrogène et du progestatif.

2. Traitement symptomatique de l'ostéoporose et vaginalité liée à la ménopause : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour le traitement de l'ostéoporose et vaginalité liée à la ménopause. Réévaluez les patientes de tous à six mois après le début de l'œstrogène et du progestatif pour évaluer l'effet du traitement. **3. Prévention de l'ostéoporose** : Administrez FemHRT 1/5 une fois par jour pour prévenir l'ostéoporose postménopausique (voir EGRO, OPRIQES). Effectuez la dernière prise de l'œstrogène et du progestatif avant l'arrêt du traitement. Les patientes doivent surveiller leur santé qui sont traitées par FemHRT doivent surveiller l'absence de signes de cancer de l'endométrium ainsi que d'autres diagnostics pour écarter le possible de tumeur maligne dans le cas de saignements vaginaux persistants ou récurrents. Le médecin doit examiner les patientes (la recherche d'anomalies mammaires, au moins une fois par an ou plus souvent en présence de tout symptôme).

INFORMATION PHARMACÉUTIQUE

Substance médicamenteuse

Acétate de norethindrone

Famille : oestrogène.



Formule moléculaire : C₂₁H₂₈O₂

Masse moléculaire : 328,46

Densité (à 20 °C) : 1,103 (à 20 °C)

Température de fusion : 102-103 °C

Description : substance blanche, cristalline, soluble dans l'eau, insoluble dans les solvants organiques et le tétrahydrofur.

Préparation : comprimés à libération immédiate et à libération prolongée.

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

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

PRÉSENTATION ET DOSAGES

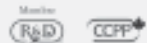
FemHRT 1/5 se présente en comprimés blancs en forme de S, marqués en creux « PD » sur une face et « 144 » sur l'autre, dans 1 mg d'acétate de norethindrone et 5 µg d'éthinylœstadiol.

Flasques alvéolaires de 28 comprimés

MONOGRAPHIE DÉTAILLÉE FOURNIE SUR DEMANDE AUX MÉDECINS ET AUX PHARMACIENS.



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



échographies

« « « Suite de la page 94

Une maladie grave

L'infection envahissante à pneumocoque frapperait, sous forme de méningite, de pneumonie ou de bactériémie, un enfant de moins de cinq ans sur 300. Les répercussions peuvent en être dramatiques. « La forme qui cause le plus de complications est la méningite. Au Canada, 25 % des enfants qui en sont atteints auront d'importantes séquelles : surdité, difficulté à apprendre à parler, à manger, à marcher, troubles convulsifs. Et environ 6,5 % en mourront. » Aux États-Unis, *Streptococcus pneumoniae* tue plus d'enfants de moins de deux ans que tout autre microbe.

Bien que tous les enfants soient susceptibles d'être victimes d'une infection à pneumocoque envahissante, les plus exposés sont les petits de moins de deux ans, ceux qui fréquentent la garderie, les jeunes patients qui ont récemment pris des antibiotiques et les enfants d'origine autochtone. Certaines affections, comme l'asplénie et l'immunodéficience, rendent les enfants plus vulnérables à la bactérie.

Une étude sur plus de 37 000 enfants

L'efficacité du vaccin heptavalent a été établie grâce à une importante étude réalisée sur 37 816 nourrissons répartis au hasard en deux groupes¹. La moitié a reçu Prevnar et l'autre un vaccin témoin.

1. Black S, Shinefield H, Fireman B, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. *Ped Infect Dis J* 2000 ; 19 : 187-95.

L'analyse des résultats a été effectuée après l'apparition de 17 cas de pneumococcie envahissante causée par un sérotype compris dans le vaccin. Prevnar s'est révélé efficace chez 93,9 % des enfants qui en ont reçu au moins une dose, et chez 97,4 % des sujets qui ont été complètement vaccinés. Les chercheurs ont également noté une diminution de 7 % des otites moyennes aiguës.

« Aux États-Unis, Prevnar a été homologué en février 2000 et fait maintenant partie du programme fédéral de vaccination des enfants à la suite d'une recommandation des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en juin dernier », affirme le fabricant.

Le vaccin conjugué contre le méningocoque maintenant disponible pour les patients

Le nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C, le Menjugate^{MC}, est maintenant disponible pour les patients qui désirent le recevoir. Il s'agit du même vaccin que les services de santé publique du Québec utilisent pour combattre les nouvelles éclosions de méningites.

Homologué en avril dernier par Santé Canada, le produit coûte quelque 114 \$ la dose. Contrairement au vaccin polysaccharidique qui n'était administré qu'aux patients de deux ans et plus, le Menjugate peut être donné dès l'âge de deux mois.

Suite page 101 >>>

COMPOSITION

Chaque comprimé VIOXX® (rofécoxib) renferme 12,5 mg ou 25 mg de rofécoxib et les ingrédients non médicamenteux suivants : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, hydroxypropylcellulose, lactose, croscarmellose sodique et stéarate de magnésium.

Chaque 5 mL de la suspension orale VIOXX® renferme 12,5 mg de rofécoxib et les ingrédients non médicamenteux suivants : acide citrique (monohydraté), citrate de sodium (dihydraté), eau purifiée, gomme xanthane, solution de sorbitol et arôme de fraise, ainsi que du méthylparabène sodique à 0,13 % et du propylparabène sodique à 0,02 % comme agents de conservation.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Comprimés VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante).

Suspension orale VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante). Ouvrir le pot. Bien agiter avant l'emploi.

PRÉSENTATION

Le comprimé VIOXX® à 12,5 mg est crème ou blanc cassé, rond et porte le code MRK 74 d'un côté de la coupette et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

Le comprimé VIOXX® à 25 mg est jaune, rond et porte le code MRK 110 d'un côté et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

La suspension orale VIOXX® à 12,5 mg/5 mL, est opaque, blanche ou jaune pâle, à saveur de fraise. La suspension est obtenue facilement en l'agitant. Flacon de 150 mL (12,5 mg/5 mL).

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(573-410.00)

34410313, 34410314

Membre



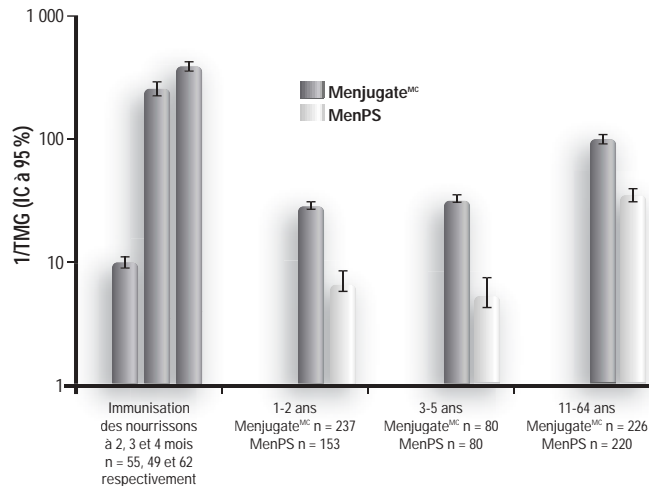
Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

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

échographies

Figure 1

Titres d'anticorps bactéricides un mois après la vaccination au moyen de MenjugateSM ou d'un vaccin polysaccharidique contre le méningocoque (MenPS) en fonction de l'âge*



* Les nourrissons n'ont pas reçu le vaccin MenPS.

1/TMG (IC à 95 %) = valeur inverse du titre moyen géométrique (intervalle de confiance à 95 %)

Une seule dose suffit pour les enfants de plus de un an, les adolescents et les adultes. Les nourrissons, eux, reçoivent le vaccin en trois doses données à un intervalle d'au moins un mois. Il n'a pas été établi qu'une dose de rappel soit nécessaire.

Le nouveau produit conjugué est fortement immunogène et entraîne la production d'un taux protecteur d'anticorps bactéricides. Il déclenche une réponse immunitaire plus importante que celle du vaccin polysaccharidique non seulement chez les bébés, mais aussi chez les enfants et les adolescents (voir figure 1). Chez les adultes, par contre, la production d'anticorps enclenchée par les deux vaccins est comparable.

Le Menjugate a également l'avantage de stimuler la mémoire immunitaire, ce qui a été démontré chez les bébés et les enfants plus âgés. « Ce vaccin pourrait potentiellement protéger plus longtemps que le vaccin polysaccharidique », explique le D^r Didier Reymond, directeur

adjoint aux relations scientifiques chez Merck Frosst Canada, le distributeur du vaccin.

En Angleterre, l'efficacité du Menjugate est actuellement étudiée à l'échelon national, en même temps que celle de deux autres vaccins conjugués contre le méningocoque du groupe C. « Des millions de personnes ont été vaccinées. Les données préliminaires du programme, qui a commencé il y a un an et demi, montrent que les trois vaccins sont sûrs et offrent une efficacité supérieure à 90 % », affirme le D^r Reymond.

Vaccination et inquiétude des parents

un bulletin pour aider les médecins

Les vaccins peuvent-ils causer l'autisme ? le syndrome de fatigue

Suite page 104 >>>

Tableau 1.

Manifestations indésirables (peu 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 évalués	356	190	168	412
Céphalées	66 (18%)	15 (8%)	51 (30%)	64 (29%)
Toux	11 (3%)	4 (2%)	7 (4%)	2 (0%)
Troubles du pharynx	16 (5%)	3 (2%)	15 (9%)	18 (2%)
Crampes	10 (3%)	3 (2%)	7 (4%)	3 (1%)

PHYSIOLOGIE ET ADMINISTRATION

OXEZE TURBUHALER (fumarate de formotérol diluante) 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 β₂ 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 ce 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.

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 biquotidien 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 diluante) 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 : tanquise pâle pour la concentration à 6 µg/dose mesurée et turquoise foncée 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. *Am Rev Respir J* 1998;12:573-579.
2. Monographie d'Oxeze® Turbuhaler® (fumarate de formotérol diluante), AstraZeneca Canada Inc.

Fier commanditaire de la collection de guides de pratique clinique et 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

index des annonceurs

Renseignements thérapeutiques

ASTRA ZENECA

Atacand 64 74
Oxeze 42 102-103

AVENTIS PHARMA INC.

Altace 28 76-77

BELL CANADA

..... COUV. III

BOEHRINGER INGELHEIM

Micardis 33 78-79

BRISTOL-MYERS SQUIBB

Tequin 8-9 92-94

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 104

GLAXOSMITHKLINE

Advair 14, 16, 18, 20-21 .. 88-90
Avandia . 23-25 80-81
Flonase 10 75
Flovent 4 82-83
..... 45

IMS HEALTH

..... 19

LABORATOIRE MDS

Services 26

MERCK FROSST CANADA & CIE

Vioxx couv. IV 98-101

PFIZER CANADA INC.

Fem HRT 33 96-97
Lipitor 13 84-85
Norvasc couv. II 91

PHARMACIA CANADA

Celebrex 40-41 86-87

SMITH & NEPHEW

Allewyn 6

SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc 48-49 95

UNILEVER

Becel 36

WYETH-AYERST CANADA INC.


Alesse 34-35 50

chronique ? la sclérose en plaques ? Ne risquent-ils pas de surcharger le système immunitaire ? Certains parents sont inquiets de faire vacciner leurs enfants. Pour aider les médecins à répondre à leurs questions et à les éclairer, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal publient un bulletin sur la question.

Le document, intitulé *Vaccination des enfants : quand l'inquiétude des parents freine l'immunisation*, offre entre autres un tableau comparatif des répercussions des maladies et des effets secondaires des vaccins correspondants. En plus de suggérer des réponses aux diverses questions des parents, le bulletin propose une manière de procéder avec ceux qui ont des réticences : écouter et évaluer, comparer les risques de la maladie et les effets secondaires du vaccin, faire une recommandation claire, puis accepter la décision des parents. « Le médecin reste encore la personne en laquelle la plupart des gens gardent le plus confiance pour les renseigner en matière de santé », explique le document.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre : (514) 528-2400.

**FAITES
LE PREMIER
PAS. DONNEZ.**



ASSOCIATION CANADIENNE DE LA
**DYSTROPHIE
MUSCULAIRE**

À force de chercher...

1425 René Lévesque ouest, Bureau 506,
Montréal (Québec) H3G 1T7 Tél. (514) 393-3522