

## Urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur règlement de la crise

Le 22 août dernier, des urgentologues de Montréal menaçaient de recourir aux tribunaux pour forcer le ministre de la Santé et des Services sociaux à mettre fin aux primes que versait l'Hôpital du Sacré-Cœur aux médecins qui travaillaient à sa salle d'urgence.

« Je ne crois pas que l'on règlera un tel problème par l'intermédiaire des tribunaux, a nuancé le D<sup>r</sup> **Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), au cours d'une interview accordée au

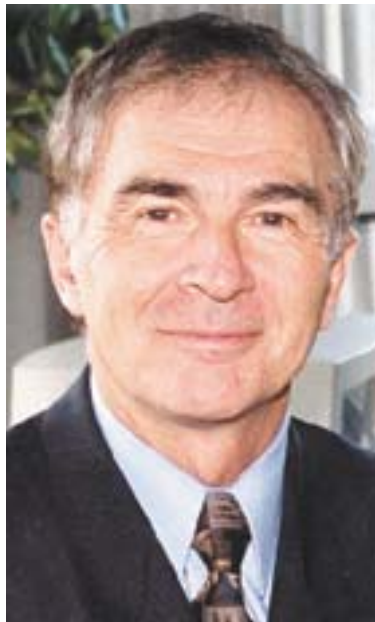


Photo : Emmanuèle Garnier.

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

*Point.* Comme fédération, nous désapprouvons les primes qu'accorde l'Hôpital du Sacré-Cœur. Elles constituent une injustice à l'égard des médecins qui travaillent dans les autres salles d'urgence où les conditions de pratique sont aussi difficiles. Ces primes sont de plus illégales et contreviennent aux ententes qui ont été conclues entre le Ministère et les fédérations. »

Deux jours plus tard, le ministre ordonnait à la direction de l'Hôpital du Sacré-Cœur de cesser de recourir aux gratifications.

Dans un communiqué, le président de la FMOQ a

déclaré être satisfait de cette décision. Il n'a pas hésité, par ailleurs, à inviter les urgentologues et les omnipraticiens pouvant travailler dans un service d'urgence à venir prêter main-forte à leurs collègues de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

« La salle d'urgence de ce centre offre des services essentiels qui doivent être maintenus », estimait-il.

Le ministre acceptait parallèlement de revoir l'ensemble des conditions d'exercice des médecins des services d'urgence. La FMOQ s'en est réjouie. À ses yeux, les nouvelles pratiques dans ce milieu exigent des solutions neuves. De plus, la rémunération de tous les praticiens qui y travaillent doit être haussée pour tenir compte des exigences particulières de ce secteur.

Cependant, le règlement des difficultés de l'Hôpital du Sacré-Cœur va au-delà de la rémunération. La crise découle de sources multiples. « Il est important de résoudre le problème de l'organisation des soins de la salle

### Syndigraphies, ce mois-ci

Urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur	
règlement de la crise .....	1
Le GMF d'Aylmer	
un projet déjà amorcé .....	2
Association médicale canadienne	
un nouveau président québécois .....	3
Des omnipraticiens plus spécialisés et moins polyvalents?	
entretien avec le D <sup>r</sup> Jean-Pierre Boucher .....	5
Bienvenue aux nouveaux membres du comité de rédaction scientifique	
du <i>Médecin du Québec</i> .....	16

sommaire de la revue, page 7 >>>

d'urgence. Les médecins y ont démissionné les uns après les autres et le recrutement de nouveaux cliniciens s'est révélé difficile à cause de cet aspect », souligne le président. Les recommandations des différents forums sur les salles d'urgence apportent, selon lui, des réponses à plusieurs des problèmes que connaît le centre hospitalier. Ces solutions devraient être appliquées à l'Hôpital du Sacré-Cœur et dans la région de Montréal.

L'évolution de la situation n'a pas surpris le D<sup>r</sup> Dutil. Déjà en juin, il s'était lui-même plaint officiellement aux représentants du Ministère du versement des primes illégales. Pour éviter que de telles crises se répètent, la FMOQ a proposé au ministre, entre autres mesures, de créer un mécanisme de dépannage intrarégional sous la responsabilité des départements régionaux de médecine générale. ☞

## ***Le GMF d'Aylmer un projet déjà amorcé***

Aylmer, une petite ville de 37 000 habitants de l'Ouest du Québec, pourrait devenir le laboratoire de l'un des premiers groupes opérationnels de médecine familiale (GMF). Ce mois-ci, les médecins des trois cliniques privées, du CLSC et du centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) de la ville élisent le comité directeur qui les représentera et mettra le projet en marche. Des sous-comités seront formés pour s'occuper des différentes facettes du projet : services à domicile, qualité des soins, service d'urgences mineures, etc.

Mais une inquiétude perce chez ceux qui préparent le projet : y aura-t-il des fonds pour

mettre sur pied le GMF ? Ce nouveau projet exigera beaucoup de réunions, d'efforts et de temps. « Nous sommes un peu dans l'expectative. Continuons-nous à nous réunir ? Toutes ces heures de travail seront-elles rémunérées ? », se demande la D<sup>re</sup> **Danielle Gélinas**, débordée comme tous les autres membres du GMF.



*La D<sup>re</sup> Danielle Gélinas.*

Photo : Emmanuelle Garnier.

## **Des infirmières cliniciennes inexistantes**

La liste des services qu'offrira le GMF d'Aylmer est déjà dressée : un service des urgences mineures, l'hospitalisation et le suivi posthospitalier. Les services donnés dans le domaine de la santé mentale pourraient s'élargir. Et, parallèlement, les médecins de la ville continueront à offrir 24 heures sur 24 un service de soins à domicile, de soins au CHSLD et de soins palliatifs, en plus de la prise en charge et du suivi.

Mais quand la population pourra-t-elle bénéficier de tous ces services ? Un des sous-comités formés s'attaquera rapidement à la mise sur pied d'un service d'urgences mineures plus étendu. « En ce qui concerne les services à domicile, la prise en charge et le suivi, beaucoup de choses bougeraient très vite si l'on disposait d'infirmières cliniciennes », assure la D<sup>re</sup> Gélinas.

Mais les infirmières destinées à travailler dans les groupes de médecine familiale sont encore inexistantes. « En attendant, ne pourrions-nous pas former celles qui travaillent avec nous ? se demande l'omnipraticienne. Mais pour ce faire, il faudra également un budget. » Les infirmières pourraient rencontrer le patient, s'enquérir du motif de sa visite et régler

*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.

elles-mêmes certains problèmes. Elles se chargeraient d'entrer en contact avec les autres professionnels de la santé lorsque ce serait nécessaire, entrevoit la D<sup>re</sup> Gélinas.

« Également, les infirmières cliniciennes pourraient probablement faire certains actes comme les tests de Papanicolaou, les cultures vaginales, donner des informations sur la ménopause aux patientes, s'occuper de certains aspects du suivi du nourrisson, etc. J'ignore cependant le rôle que le gouvernement leur réserve dans les GMF. »

Et l'accès des patients à un service médical 24 heures sur 24 ? Actuellement, Aylmer est desservie par Info-santé, qui aide la population la nuit et les fins de semaine et dirige les patients vers l'hôpital dans les cas urgents. Les services du GMF s'y grefferont. « Nous aurons certainement un service de mini-urgences plus étendu lorsque le GMF sera sur pied et que l'on aura des fonds pour installer une structure stable. Mais nous n'envisageons pas de demander à un omnipraticien de faire une garde, la nuit, dans un endroit précis. »

### Une longueur d'avance

Le GMF d'Aylmer forlonge la plupart des autres groupes de médecine familiale. Ses concepteurs y travaillent depuis... deux ans. En fait, les médecins avaient déjà commencé à concevoir un réseau de cliniques médicales incluant le CLSC. Devant l'exode des praticiens qui n'en finissait plus, les cliniciens restants avaient décidé d'unir leurs forces et d'éviter le dédoublement des services. Mais lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux a offert la possibilité de former des GMF, les médecins d'Aylmer ont sauté sur l'occasion. Rapidement, ils ont transformé leur projet en groupe de médecine familiale. Pour les aider, la Régie régionale, convaincue par l'intérêt et le sérieux de leur plan, leur a fourni un chargé de projet.

La création du GMF est riche de promesses. Elle laisse même entrevoir une solution au problème de recrutement de médecins. Dépourvu d'hôpital, Aylmer n'offre pas aux jeunes omnipraticiens la possibilité d'effectuer

des activités médicales particulières (AMP). Faute de relève, la moyenne d'âge des cliniciens avance maintenant dans la quarantaine.

« Cela devient alarmant. On s'est dit qu'avec le projet de GMF, les jeunes médecins pourraient effectuer leurs AMP dans le cadre des activités du groupe de médecine familiale. »

La D<sup>re</sup> Gélinas est optimiste. « Avec un peu plus d'effectifs médicaux et de l'argent, le GMF démarre ! » ☺

## Association médicale canadienne

### un nouveau président québécois

Cette année, l'Association médicale canadienne (AMC) a à sa tête un président québécois : le D<sup>r</sup> **Henry Haddad**. Professeur de médecine à l'Université de Sherbrooke, ancien vice-doyen aux Affaires professionnelles et étudiantes et ex-chef du département de gastro-entérologie, le D<sup>r</sup> Haddad hérite d'un mandat chargé.

L'une des premières tâches inscrites dans l'agenda du nouveau président : la préparation d'un mémoire pour la commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada. « Nous allons présenter les idées des médecins de tout le pays », explique le D<sup>r</sup> Haddad en entrevue. Pour ce faire, l'AMC collaborera avec ses divisions provinciales et territoriales et ses sociétés affiliées.

Un important dossier va également émerger au début de 2002 : la confidentialité des informations sur la santé. Grâce aux pressions de l'AMC, le Sénat avait recommandé l'an dernier que la partie concernant les renseignements personnels sur la santé du projet de loi C-6 – sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques – ne s'applique pas avant un an. Les sénateurs désiraient permettre aux différents organismes concernés de proposer des modifications législatives.

« Nous ferons part à la commission parlementaire de ce qui, à nos yeux, devrait être fait pour protéger les informations sur les

patients. À notre avis, il appartient aux compagnies d'assurances, aux chercheurs et aux ministères de faire la preuve que les renseignements qu'ils veulent utiliser resteront confidentiels. Le sondage que nous avons mené révèle que les Canadiens sont réticents à ce que les informations qui les concernent soient utilisées, même si les indications qui pourraient permettre de les reconnaître sont enlevées. D'ailleurs, 12 % des gens ont affirmé ne pas dévoiler certaines informations à leur médecin de crainte qu'elles ne soient divulguées. »

Les renseignements concernant la pratique des cliniciens devraient également rester confidentiels. « Comme médecins, nous avons l'impression que certaines compagnies savent exactement ce que nous prescrivons. Il faut aussi que ces informations soient protégées. Nous sommes en train d'écrire une politique à ce sujet », explique le D<sup>r</sup> Haddad.

Le président connaît bien le dossier de la confidentialité des renseignements. Il a lui-même dirigé le groupe de travail qui a produit le Code de protection des renseignements personnels sur la santé de l'AMC, en 1998. L'Association médicale mondiale a d'ailleurs adopté en grande partie ces règles.

### **Pauvreté, santé mentale et santé des autochtones**

Le D<sup>r</sup> Haddad est personnellement préoccupé par certains problèmes dans le domaine de la santé : la pauvreté, la santé des autochtones et la santé mentale. Il a profité de son discours d'inauguration pour aborder ces questions. « Un enfant de moins de 18 ans sur cinq vit dans la pauvreté au Canada, et June Callwood a signalé qu'un million et demi d'enfants partent à l'école l'estomac vide, tous les jours, au Canada. Comme médecins, nous connaissons trop bien l'effet de la pauvreté sur les enfants – sur leur croissance, sur leur santé physique et mentale et, en fin de compte, sur leur capacité de réussir à l'adolescence et à l'âge adulte. »

Il n'existe évidemment pas de solution facile à de tels problèmes, à la fois médicaux et sociaux. Ce que compte faire le nouveau président ?

Sensibiliser la profession médicale et le public. Après son discours, plusieurs médecins sont venus dire au D<sup>r</sup> Haddad qu'ils approuvaient ses propos. Et le lendemain, dans les journaux, plusieurs articles sur le nouveau président faisaient état du problème de la pauvreté, de la santé des Amérindiens et de la santé mentale.

### **Un sommet pour faire face à la mondialisation**

Le D<sup>r</sup> Haddad espère également réaliser un autre rêve pendant son mandat : organiser un sommet des médecins du continent américain. Mondialisation oblige. La nouvelle donne politique risque de bouleverser bien des aspects de la médecine : approbation des programmes d'enseignement, permis de pratique, médicaments, éthique, etc. « Je pense qu'il faut amorcer une discussion sur ces questions avec nos collègues des Amériques. » Le D<sup>r</sup> Haddad a déjà l'appui du président de l'American Medical Association. Ils devraient se rencontrer sous peu pour amorcer le projet.

À l'échelle plus restreinte du Québec, le D<sup>r</sup> Haddad espère que son association fera la conquête de ses collègues. « J'aimerais que les médecins québécois se rendent compte de la force de l'AMC. Elle regroupe 52 000 médecins. Nous avons beaucoup d'influence sur la politique fédérale. On n'a qu'à penser au milliard de dollars que nous avons obtenu pour financer le domaine de la technologie médicale, dont 240 millions étaient destinés au Québec. Nos initiatives ont des retombées directes sur les médecins de notre province », explique le D<sup>r</sup> Haddad. Le président tentera d'ailleurs, dans la mesure où son emploi du temps le lui permettra, d'accepter les invitations des médecins québécois qui voudront le rencontrer. ☺



*Le D<sup>r</sup> Henry Haddad.*

## Des omnipraticiens plus spécialisés et moins polyvalents ?

Entretien avec le Dr Jean-Pierre Boucher,  
président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Jean-Pierre Boucher.

**M.Q. – Cet été, votre association a organisé pour la première fois un « Lac-à-l'Épaule » pour les membres de son conseil de direction. Qu'en est-il résulté ?**

J.-P.B. – Notre « Lac-à-l'Épaule », tenu au début de juillet, nous a permis de nous pencher sur le travail à faire cette année. Ce fut une première expérience fort enrichissante. Nous avons, par exemple, décidé de notre position concernant les statuts de la FMOQ.

Au Conseil de septembre, les délégués de la Fédération devront se prononcer sur la modification des statuts. Au cours de notre rencontre, nous avons étudié le projet qui a été soumis par le Bureau de la FMOQ. Il s'agit d'une mise à jour des statuts et règlements pour mieux tenir compte de l'état actuel de la situation. Il y a cependant deux points qui nous ont préoccupés.

**M.Q. – Quels sont-ils ?**

J.-P.B. – Pour commencer, notre association désire à tout prix que tout nouvel accord-cadre signé entre la Fédération et le gouver-

nement soit soumis à l'ensemble des membres omnipraticiens avant d'être entériné par la FMOQ. Lorsque la dernière entente générale fut conclue, au printemps 2000, cette consultation n'a pu avoir lieu avant l'acceptation, ce qui nous a laissés insatisfaits. Le président, le Dr Renald Dutil, nous a alors affirmé qu'un comité étudierait la possibilité de réviser les statuts dans cette optique.

Les modifications des statuts et règlements que propose maintenant le Bureau de la Fédération constituent une grande amélioration par rapport à ce qui existait antérieurement. Une période de temps serait ainsi prévue pour consulter les membres de la base avant que le Conseil entérine tout accord-cadre. Nous voudrions cependant apporter certaines modifications à cette proposition pour que ce processus de consultation soit statutaire et obligatoire.

**M.Q. – Vous êtes aussi préoccupés par la question de la représentativité des associations au sein du Conseil ?**

J.-P.B. – C'est le second point. On sait que le nombre de délégués auquel ont droit les différentes associations au sein du Conseil de la FMOQ est déterminé d'après le nombre de leurs membres. Auparavant, chaque association avait un représentant par 60 membres. Mais il y a une dizaine d'années, ce règlement a été modifié parce que la taille du Conseil ne cessait de croître. Le ratio a été diminué à un délégué pour 80 membres, mais seulement pour les nouvelles recrues. Il avait également été décidé qu'aucune association ne perdrait de représentants. Le tout dans l'optique où un nouvel équilibre serait atteint assez rapidement.

Depuis, les mesures destinées à mieux répartir les effectifs dans la province ont fait en sorte que le nombre de nouveaux membres des différentes associations a varié. On se retrouve par conséquent avec deux sortes d'associations au Conseil : celles qui conservent le droit d'avoir une représentativité de 1 sur 60 et celles qui, comme la nôtre, ont une représentativité de 1 sur 80.

Je pense qu'il est temps de profiter de la révision des statuts pour mettre toutes les associations sur le même pied. Cela ne repré-

senterait possiblement qu'une baisse de quelques délégués pour l'association de Montréal et peut-être la perte d'un représentant pour celle de Québec. Il s'agit surtout d'une question de principe. La représentativité devrait être la même pour toutes les associations.

**M.Q. – Vous avez examiné d'autres questions durant votre Lac-à-l'Épaule ?**

J.-P.B. – Nous nous sommes penchés entre autres sur la question de l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques dans notre région. Il n'est pas facile pour nos omnipraticiens d'obtenir des services, comme une radiographie ou une consultation avec un spécialiste. Certains membres du conseil de direction de notre association ont suggéré de renseigner les médecins sur la possibilité d'obtenir des services diagnostiques et thérapeutiques dans d'autres cliniques ou centres que ceux avec lesquels ils font habituellement affaire. Les omnipraticiens pourraient, par exemple, proposer aux patients d'aller dans des cliniques en dehors de la région, comme à Montréal.

**M.Q. – Votre association organise bientôt un congrès de formation médicale continue en dehors du pays.**

J.-P.B. – En janvier prochain, nous allons tenir notre sixième congrès Sylvain-Laporte à Riviera Maya, au Mexique. C'est la troisième fois que nous organisons un colloque en dehors du Québec. Il s'agit d'un congrès de formation médicale continue, fait en collaboration avec la FMOQ. Les conférenciers comptent parmi les meilleurs spécialistes de la région Laurentides-Lanaudière.

Presque 10 % de nos effectifs fréquentent nos colloques, ce qui est considérable. La majorité des membres de notre conseil de direction y sont également présents. Ce sont toujours des semaines fort intéressantes, à la fois sur le plan professionnel et sur le plan humain. On renforce nos liens avec les collègues de notre région et les spécialistes qui donnent les conférences.

Ces congrès, qui sont aussi ouverts aux membres des autres associations, comportent toujours une composante syndicale. On

Suite page 14 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 5*

regarde comment se pratique la médecine familiale dans le pays où nous allons. À Riviera Maya, par exemple, nous aurons un conférencier mexicain qui nous entretiendra de la médecine générale au Mexique. Ces semaines nous permettent également de discuter de diverses questions syndicales.

**M.Q. – Comment voyez-vous l'avenir de la pratique médicale dans les cabinets privés ?**

J.-P.B. – Le modèle du médecin de famille polyvalent qui travaille dans un cabinet privé et suit une clientèle est en voie de disparition. Curieusement, tout le monde semble dire que le renforcement de ce type de pratique est nécessaire pour la sauvegarde du système de santé. Mais la réalité que je vois quotidiennement est différente. Par exemple, de nombreux médecins rémunérés à tarif ho-

raire pratiquent dans des services particuliers, comme les soins palliatifs, la gériatrie, ou dans les différents programmes de CLSC. Loin de moi l'idée de dénigrer la qualité du travail qu'ils effectuent. Il faut cependant constater qu'il y a de plus en plus de mini-spécialistes parmi les omnipraticiens. On n'a qu'à regarder également ce qui se passe dans les services d'urgence ou d'obstétrique. De plus en plus, des médecins se consacrent presque exclusivement à ces types de pratique. Cela a pour conséquence de marginaliser l'omnipraticien qui continue à suivre une clientèle dans son cabinet. Peu à peu, il s'est vu exclure de certains champs d'exercice dans les hôpitaux.

Il y a quelques années, j'ai défendu avec vigueur le modèle du médecin de famille polyvalent. Mais je commence à être un peu désillusionné. Aurons-nous les moyens de

sauver ce modèle-là ? J'en suis à me demander si ce n'est pas une bataille perdue d'avance et si l'on ne doit pas plutôt revoir la façon dont les soins de première ligne sont donnés. Il y a de moins en moins d'omnipraticiens qui acceptent de suivre une clientèle. Peut-être qu'on en viendra donc à diviser la médecine générale en différents secteurs de pratique, mais ce n'est pas mon premier choix. Je pense que nous devrions plutôt baliser davantage les pratiques médicales « en silo » et rendre plus attrayante la pratique du modèle traditionnel centré sur le suivi d'une clientèle diversifiée afin que davantage d'omnipraticiens s'y consacrent.

**M.Q. – Et les groupes de médecine familiale (GMF) ?**

J.-P.B. – Les GMF sont peut-être le seul projet qui pouvait me faire espérer que l'on puisse redonner ses lettres de noblesse à la



pratique qui comprend le suivi de la clientèle. Toutefois, le lancement du programme n'a pas été de nature à me rassurer. Il y a eu beaucoup d'improvisation au ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, de l'extérieur, on a le sentiment que ces groupes de médecine familiale ne sont pas créés par des omnipraticiens de cabinets privés de la base, mais plutôt par les directions générales des CLSC et les fonctionnaires des régies régionales.

Beaucoup ne semblent pas se rendre compte que la clé du succès de cette réforme passe obligatoirement par la valorisation du rôle de l'omnipraticien de cabinet privé qui prend en charge une clientèle. Mais il se fait un peu tard et mon optimisme est quelque peu émoussé. Espérons que le déroulement des projets-pilotes nous fera miroiter des lendemains meilleurs. ☺

## Le Lac-à-l'Épaule de l'Association



**Photo de gauche.** Les 6, 7 et 8 juillet derniers, le conseil de direction de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL) s'était donné rendez-vous à la pourvoirie du Lac Blanc à Saint-Alexis des Monts pour y tenir un « Lac-à-l'Épaule ». De gauche à droite : les D<sup>s</sup> Jean Champagne, Daniel Cousineau, Marc Desjardins, Jean-Pierre Boucher, Claude Saint-Laurent, Claude Goyette, Mario Martineau, Julie Lalancette et Pierre Dufort. Un seul absent, le D<sup>r</sup> Mario D'Annunzio.

**Photo de droite.** « Voici le "groupe d'élite d'intervention tactique" de l'AMOLL à l'entraînement ! Aux dires d'un témoin qui préfère garder l'anonymat, il s'agit d'un groupuscule extrêmement dangereux. En effet, ils tirent sur tout ce qui bouge et atteignent rarement leur cible... Blague à part, notre Lac-à-l'Épaule fut fort profitable », affirme le D<sup>r</sup> Jean-Pierre Boucher.

# migraine... la beauté du soulagement.

## Zomig<sup>®</sup> procure un soulagement constant.

- Soulagement rapide en moins d'une heure<sup>1</sup>.
- Soulagement marqué des maux de tête<sup>2</sup> après la prise d'une seule dose de 2,5 mg<sup>1</sup>.
- Efficacité constante pour toute une gamme de crises<sup>2-4</sup>.
- Efficacité pour une grande variété de sous-types de migraines<sup>11</sup>.
- Efficacité quel que soit le moment de la prise après le début de la crise<sup>2</sup>.
- Traitement des symptômes connexes de photophobie, de phonophobie et de nausée<sup>1</sup>.
- Profil d'innocuité prouvé chez plus de 5 500 patients dans le traitement de plus de 89 000 crises<sup>5,6,11</sup>.

<sup>1</sup>Céphalées graves ou modérées étant devenues légères ou ayant complètement disparu après deux heures.

[Zomig<sup>®</sup> est indiqué pour le traitement symptomatique de la migraine avec ou sans aura.

Zomig<sup>®</sup> n'est pas indiqué comme traitement préventif des migraines, ni comme traitement des migraines hémipares, basales ou ophthalmiques. Son efficacité et son effet n'ont pas été étudiés pour le traitement des douleurs vasculaires de l'hordeur chez les personnes âgées, principalement les femmes.

[Les réactions indésirables les plus rapportées pour Zomig<sup>®</sup> comparativement au placebo ont été les nausées (7 % c. 3,7 %), des sensations inhabituelles au niveau de la tête ou du visage (3,4 % c. 1,7 %), les étourdissements (3,4 % c. 4 %) et des sensations inhabituelles au niveau de coude la gorge/les mâchoires (7 % c. 3 %).

Zomig<sup>®</sup> est contre-indiqué chez les patients qui présentent des antécédents des symptômes ou des signes de syndrome d'origine cardiaque, vasculaire cérébrale ou vasculaire périphérique, de valvulopathie ou d'athérosclérose, particulièrement de la valvulopathie. De plus, les patients souffrant d'autres maladies cardiovasculaires sous-jacentes importantes ne doivent pas prendre Zomig<sup>®</sup>. Zomig<sup>®</sup> est également contre-indiqué chez les patients atteints d'hypertension grave ou non contrôlée.

Se reporter à la monographie du produit.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur Zomig<sup>®</sup>, veuillez communiquer avec le Service des relations avec la clientèle d'AstraZeneca par téléphone au 1 800 461 3767 ou par télécopieur au (514) 896-4746.

Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC, utilisée sous licence par Astra Pharm Inc. et Zeneca Pharma Inc.

Zomig<sup>®</sup> (zolmitriptan) est une marque déposée des compagnies du groupe AstraZeneca.

# Zomig<sup>®</sup>

comprimés de zolmitriptan 2,5 mg



## Un soulagement constant de la migraine.

AstraZeneca  

Bienvenue aux nouveaux membres du comité de rédaction scientifique du *Médecin du Québec*



Photo : Emmanuèle Garnier.

De gauche à droite, les D<sup>rs</sup> Sophie Courchesne, Michel Lapierre, président du comité, Jocelyn Bérubé et Alain Vanasse.

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

### LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE : L'AFFAIRE DES OMNIPRATICIENS



16

Le XIV<sup>e</sup> congrès syndical sera l'occasion privilégiée de faire le point sur la réorganisation des soins de première ligne au Québec et le leadership que doivent exercer les omnipraticiens dans le réseau de la santé. Tous les médecins omnipraticiens sont invités à y participer.

Plusieurs activités, en assemblée plénière ou en atelier, permettront aux congressistes de discuter du rôle et des fonctions du médecin omnipraticien. Les groupes de médecine familiale sont évidemment un sujet incontournable, et deux ateliers seront consacrés à cette question. Les congressistes auront également l'occasion de faire le point sur plusieurs expériences concrètes de réorganisation auxquelles les omnipraticiens participent, notamment les départements régionaux de médecine générale (DRMG) et les réseaux intégrés de services de première ligne. La formation en médecine familiale et la formation médicale continue sont des aspects essentiels d'une stratégie de réorganisation des services médicaux et feront l'objet de discussions en ateliers. Signe des temps, on abordera en assemblée plénière la difficulté de concilier la pratique médicale avec la recherche d'une meilleure qualité de vie.

Bienvenue à votre congrès !

#### LA FMOQ REND HOMMAGE AU TRAVAIL DES MÉDECINS DE FAMILLE

Le Bureau de la FMOQ profitera du congrès syndical pour souligner le travail des médecins de famille dans leur milieu. Dans toutes les régions du Québec, les omnipraticiens ont offert les services d'un « groupe de médecine familiale » bien avant la lettre. À l'occasion d'un banquet, le jeudi soir 18 octobre, la Fédération rendra hommage à cinq médecins omnipraticiens qui ont eu à cœur d'assurer à leur clientèle des soins accessibles, globaux et continus. De plus, le prix Gilles des Rosiers sera décerné lors de la soirée. Ce prix souligne l'engagement indéfectible d'un omnipraticien chevronné en formation continue.

Vous pouvez assister à ce banquet en vous inscrivant auprès de M<sup>me</sup> Micheline Vennat. Le prix des billets pour le banquet destiné aux omnipraticiens et aux personnes qui les accompagnent est de 50 \$. Faites vite, le nombre de places est limité.

**M<sup>me</sup> Micheline Vennat**  
**Direction de la planification et de la régionalisation**  
**Fédération des médecins omnipraticiens du Québec**  
**1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000**  
**Montréal (Québec) H3G 1R8**  
**Tél. : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499**



## Méningocoque du séro groupe C

### campagne massive de vaccination

Dans les prochains jours commencera au Québec une campagne de vaccination massive contre le méningocoque du séro groupe C. L'opération, qui se poursuivra jusqu'à la fin de décembre, devrait permettre à 1,7 million d'enfants et de jeunes de 2 mois à 20 ans de recevoir le nouveau vaccin conjugué. Ce produit, récemment homologué, sera utilisé pour la première fois en Amérique du Nord.

Pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a-t-il lancé cette importante campagne de vaccination ? « Au début de 2001, une nouvelle souche de méningocoque du séro groupe C est apparue. Elle cause plus de décès et laisse plus de séquelles graves. Sa période de transmission semble se prolonger, et il est possible qu'elle soit dans un cycle d'activité accrue, explique le **D<sup>r</sup> Richard Massé**, sous-ministre adjoint de la Santé publique au MSSS. Par ailleurs, nous disposons, pour y faire face, d'un nouveau vaccin plus efficace que celui que nous avons et dont la durée de protection est plus longue. »

Depuis janvier 2001, 44 cas d'infections invasives à

méningocoque du séro groupe C ont été recensés. Elles ont laissé derrière elles huit morts. Le taux de mortalité est habituellement de 15 %. Le nouveau clone de la bactérie a cependant la particularité de viser les adolescents et les jeunes enfants. Et elle leur est souvent fatale. Au Québec, trois jeunes et quatre bébés sont décédés de la maladie. Chez les survivants, l'infection laisse, dans 15 % des cas, de graves séquelles qui peuvent nécessiter des amputations ou une chirurgie plastique.

La hausse du nombre de cas d'infections invasives est considérable. « Au cours des cinq dernières années, en moyenne sept personnes par an étaient infectées par le méningocoque du séro groupe C. Mais au cours des six premiers mois de 2001, une quarantaine de personnes ont été contaminées. La forte transmission de la bactérie a persisté bien après sa période habituelle d'activité, qui va de décembre à avril. Des cas ont ainsi continué à apparaître en mai, en juin et en même juillet », précise le sous-ministre adjoint.

Les prévisions des experts consultés par le Comité d'immunisation du Québec étaient plutôt sombres. « Ils considéraient que la bactérie était au début d'un cycle d'activité accrue qui pourrait persister de trois à cinq ans, comme ce fut le cas en 1991 et en 1995. À leur avis, en intervenant à l'automne, nous pouvions arrêter ce cycle dès la première année. La modélisation qu'ils ont faite montre que nous préviendrions ainsi plus de 180 cas et probablement 25 décès. »

Mais le méningocoque du séro groupe C n'est pas le seul à frapper le Québec. Dans le bureau de la Direction de la santé publique, le **D<sup>r</sup> Yves Robert**, médecin-conseil au MSSS, consulte régulièrement les rapports de cas. « Du 1<sup>er</sup> janvier au 28 août 2001, 80 infections ont été recensées », explique-t-il. Outre les 44 du séro groupe C, il y a 3 cas du séro groupe Y, 21 du séro groupe B, et 12 dont le séro groupe n'a pas été déterminé.

Les bactéries des sérogroupe autres que le C sont cependant beaucoup moins létales. Aucune n'a causé de décès cette année. Le méningocoque du séro groupe B, contre lequel il n'existe aucun vaccin, s'attaque surtout aux personnes âgées et aux tout jeunes enfants. Le séro groupe Y, qui a peu sévi jusqu'à présent, provoque généralement des pneumonies.

### Les ados seront les premiers vaccinés

Étant donné les ravages que cause dans leurs rangs la

## Échographies, ce mois-ci

Méningocoque du séro groupe C campagne massive de vaccination .....	20
Influenza la campagne de vaccination commencera en novembre .....	23
CSST des campagnes de prévention plus ciblées .....	25
Maladie d'Alzheimer homologation d'un nouveau médicament, le Reminyl .....	27
Don d'organes comment favoriser le consentement des familles .....	27
Hypertension la pression systolique est souvent mal maîtrisée .....	138
Nifédipine un antihypertenseur qui empêche l'épaississement des artères .....	165
Hémophilie production de facteur VIII grâce à une thérapie génique .....	168

*nouvelles médicales, par Emmanuèle Garnier*



*Le Dr Richard Massé.*

secondaires. Ce sera ensuite le tour des jeunes des cégeps et des universités, puis des enfants du primaire. « Ces derniers sont vaccinés à la fin, parce qu'ils ont été plutôt épargnés par la bactérie »,

explique le Dr Robert. Des 43 personnes infectées par le méningocoque du sérotype C, seuls deux ou trois enfants avaient entre 6 et 10 ans.

Par contre, les enfants d'âge



*Le Dr Yves Robert.*

Photos : Emmanuèle Garnier.

nouvelle souche, les adolescents seront les premiers à être immunisés pendant la campagne de prévention. Des équipes des CLSC les vaccineront dans les écoles



**DES NOUVELLES QUI FONT CHAUD AU CŒUR**

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

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

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

DFVCI - CANADIEN DE CHOLESTÉROL ET DES ŒUFS  
CANADIAN EGG ADVERTISING AGENCY  
www.œufcanada.ca

préscolaire, en particulier les bébés de moins de un an, constituent l'une des cibles de prédilection du nouveau clone du méningocoque. Comme ils sont plus difficiles à joindre parce qu'ils ne vont pas à l'école, ils pourront commencer à être immunisés dès que les jeunes du secondaire l'auront été. Le vaccin leur sera offert de façon continue jusqu'à la fin de la campagne. Les parents devront entrer en contact avec leur CLSC, qui pourrait organiser des journées d'immunisation.

Chez les jeunes et les enfants de plus de un an, l'immunisation est simple : une injection d'une dose de vaccin. Par contre, les nourrissons de deux à quatre mois devront recevoir trois doses à un mois d'intervalle, et ceux de 4 à 11 mois, deux doses.

### Un vaccin plus efficace

Un facteur a été déterminant dans la décision du Ministère de lancer une campagne massive de vaccination : l'homologation en mai dernier du nouveau vaccin conjugué Menjugate<sup>MC</sup>. L'efficacité de ce produit dépasse de loin celle de l'ancien vaccin polysaccharidique. Une étude québécoise, publiée au début de l'année dans le *Journal of the American Medical Association*, indique que ce dernier était inefficace chez les bébés de 0 à 2 ans, avait une efficacité de 40 % chez les enfants de 2 à 9 ans, et de 75 % dans le groupe d'âge de 10 à 14 ans<sup>1</sup>. « Nous ne nous serions probablement pas lancés dans un programme de vaccination de masse avec l'ancien vaccin. Nous nous serions contentés d'intervenir dans les milieux touchés par le méningocoque pour essayer de réduire la transmission », confie le D<sup>r</sup> Robert.

L'arrivée du vaccin conjugué a ouvert de nouvelles perspectives. Entre autres, parce qu'il offre une protection beaucoup plus longue que le vaccin polysaccharidique, qui n'était actif que pendant quelques années. « Nous sommes passés d'un outil qui pouvait être utilisé pour maîtriser une écloison dans un milieu donné pour une courte période, à un instrument qui permet d'éliminer une maladie pendant des années. »

Le Québec sera la deuxième région du

## Encadré

Le site du MSSS, [www.msss.gouv.qc.ca/meningite](http://www.msss.gouv.qc.ca/meningite), fournit un document comprenant des questions et des réponses pour renseigner les médecins et les aider à répondre aux questions des patients. Le lecteur trouvera également de plus amples informations médicales dans l'article du D<sup>r</sup> Yves Robert intitulé « Les méningococcies de séro groupe C », à la page 99 de ce numéro.

monde à recourir au Menjugate. Le gouvernement provincial a fait les pressions nécessaires pour qu'il soit approuvé rapidement. « Nous savions qu'un vaccin conjugué était utilisé depuis deux ans en Angleterre, mais il n'avait pas encore été homologué au Canada. Dès le printemps, nous avons écrit au Bureau des produits biologiques de Santé Canada pour leur demander d'accélérer la procédure. Ils ont réussi à réduire la durée du processus, qui normalement exige 12 mois, à moins de 60 jours », se rappelle le D<sup>r</sup> Massé.

### Le rôle des médecins

Quel sera le rôle des médecins de famille dans la campagne de vaccination ? Le Ministère ne recourra généralement pas à leurs services de manière directe. Néanmoins, il compte sur leur appui. « Les médecins peuvent contribuer de façon très importante au succès du programme en recommandant à leurs patients de profiter de ce nouveau vaccin qui est très efficace, a très peu d'effets secondaires et permettra de limiter la transmission de l'infection. L'opinion du médecin traitant joue un rôle déterminant dans la décision de recevoir un vaccin », rappelle le sous-ministre adjoint. En ce qui concerne l'administration du vaccin, la Direction de la santé publique communiquera avec certains médecins vaccinateurs des cabinets privés si le besoin s'en fait sentir.

Les cliniciens de première ligne pourront cependant être davantage sollicités pour l'immunisation contre le virus de l'influenza. Cette seconde campagne, qui commencera

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

le 1<sup>er</sup> novembre, chevauchera celle contre le méningocoque. Les omnipraticiens pourraient ainsi être appelés à prêter main-forte au personnel chargé des vaccinations, déjà occupé à immuniser les jeunes et les enfants.

Le vaccin contre le méningocoque du sérotype C s'ajoutera-t-il au calendrier normal d'immunisation ? Au Québec, la décision n'a pas encore été prise. Mais il faudrait qu'elle le soit avant la fin de décembre pour éviter qu'il n'y ait un vide entre les enfants de deux mois et plus vaccinés et les autres. Cependant, on annonce déjà un vaccin polyvalent contre les sérotypes Y, C et W-135. Faudrait-il attendre sa venue ?

Le Québec n'est pas la seule province à avoir connu des éclosions d'infections à méningocoque de sérotype C. Quatre autres ont déjà été touchées : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario. Toutes ont cependant dû se contenter de recourir au vaccin polysaccharidique pour maîtriser la propagation de la bactérie. ☞

## Influenza


### la campagne de vaccination commencera en novembre

La campagne de vaccination contre l'influenza débutera cette année le 1<sup>er</sup> novembre. Les causes de ce retard d'un mois ? D'une part, des essais cliniques ont été exigés pour assurer que le vaccin ne causera pas de symptômes oculorespiratoires comme l'an dernier, et d'autre part, ce laps de temps évitera d'amorcer la campagne en même temps que le programme d'immunisation contre le méningocoque.

L'an dernier, les systèmes de surveillance provinciaux des effets secondaires des vaccins ont repéré une nouvelle réaction chez certains patients vaccinés : le syndrome oculorespiratoire. Ce syndrome bénin est caractérisé par la présence d'une conjonctivite, de symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, difficulté à respirer, respiration

sifflante et oppression thoracique), d'œdème du visage ou d'une combinaison de ces symptômes. Ils apparaissaient au cours des 2 à 24 heures qui suivaient la vaccination et s'estompaient en moins de 48 heures.

Entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 21 mars, Santé Canada a reçu 960 signalements de syndromes oculorespiratoires. Au Québec, 3 %



**ALIMENTATION HAUTE DENSITÉ**

Les œufs sont uniques, car ils contiennent presque tous les nutriments reconnus comme essentiels à l'humain. Le blanc d'œuf est principalement composé de protéines de grande qualité, tandis que le jaune procure nombre de vitamines, sels minéraux et substances antioxydantes. Quant au cholestérol, de récentes études ont démontré une faible corrélation entre la consommation d'œufs et les maladies cardiovasculaires\*. Faciles à préparer, économiques et nutritifs, les œufs conviennent parfaitement au rythme effréné de nos vies.

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

\* Hu et coll. JAMA 1999; 281:1307-1304.  
N Engl J Med 1997; 337:1491-1499, BMJ 1996; 313:64-68.  
J Clin Epidemiol 1996; 49:211-216.

OFFICE CANADIEN DE  
CONSUMÉTEUR  
DES ŒUFS  
CANADIAN  
EGG CONSUMER  
AGENCY

[www.œufcanada.ca](http://www.œufcanada.ca)

des personnes immunisées avec le vaccin fautif en ont souffert. Curieusement, les deux tiers des victimes étaient des femmes, dont la plupart étaient âgées de 40 à 60 ans.

« Nous avons demandé à Santé Canada d'exiger que des essais cliniques soient effectués avant d'homologuer les vaccins. Après cette expérience, le Bureau des produits biologiques impose maintenant cette étape aux fournisseurs. Cela lui permet également d'harmoniser ses exigences avec celles d'autres pays, notamment ceux de l'Europe », explique le **D<sup>r</sup> Yves Robert**, médecin-conseil au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les études, qui se déroulent entre autres au Québec et en Colombie-Britannique, s'achèveront sous peu. Les vaccins devraient donc être distribués vers la fin d'octobre pour que la campagne d'immunisation puisse commencer dès le 1<sup>er</sup> novembre.

Le problème est-il réglé ? Oui. Presque tous les cas de syndrome oculorespiratoire sont survenus après l'administration du vaccin Fluviral S/F®, alors fabriqué par BioChem Pharma. La microscopie électronique a révélé que le produit contenait un taux plus élevé de virus qui n'avaient pas été chimiquement fragmentés et d'agrégats de particules virales. L'agent de fractionnement utilisé par la société pharmaceutique n'aurait pas été suffisamment efficace. « Cette année, la compagnie a changé de solvant. De plus, une étape supplémentaire de contrôle de la qualité est maintenant ajoutée : la vérification par microscopie électronique du taux d'agrégats dans le vaccin après la fragmentation », indique le D<sup>r</sup> Robert.

Les fabricants du vaccin antigrippal se sont aussi heurtés à une autre difficulté. La nouvelle souche du vaccin, la B-Victoria 99, qui s'ajoute à deux des souches de l'an dernier, croissait mal.

### Patients vaccinés

Qui sera vacciné ? Les mêmes patients ciblés que l'an dernier. « Plutôt que d'étendre les catégories de personnes à vacciner, nous allons tenter d'accroître la couverture vaccinale des groupes déjà visés. Nous ne joignons actuellement que 40 à 50 % des gens qui en font

partie », précise le médecin-conseil. Le nombre de doses de vaccin achetées passera ainsi de 1,2 million à 1,5 million.

La campagne de vaccination contre le méningocoque, qui mobilise bien des ressources, a incité le MSSS à décaler d'un an l'accroissement de son programme de vaccination contre l'influenza. Son plan prévoyait augmenter à 2,5 millions le nombre de personnes vaccinées, une expansion commencée l'an dernier, qui devait s'étendre encore sur trois ans. En 2000, l'âge auquel le vaccin était offert gratuitement a été réduit de 65 à 60 ans. Cette année, il devait de nouveau être abaissé à 55 ans, et en 2002, à 50 ans. En 2003, les groupes de travailleurs jugés essentiels pour la société se seraient ajoutés aux patients à risque.

Le Ministère cherche par ce programme à parer à toute éventualité de pandémie, en plus de réduire annuellement les répercussions de la grippe sur la population. La dernière mutation majeure du virus de l'influenza de type A, qui normalement survient tous les 10 à 40 ans, remonte à 1968. Pour assurer une contre-attaque efficace, la capacité de production du vaccin antigrippal des sociétés pharmaceutiques doit être accrue. La stratégie est simple. Si une pandémie survenait, l'industrie qui serait capable de produire des vaccins trivalents pour le tiers de la population pourrait ainsi facilement s'adapter et fabriquer trois fois plus de vaccins monovalents. Cet élargissement des groupes à risque permettra également au réseau de la santé d'accroître sa capacité d'immuniser, et aux personnes ciblées d'apprendre à réagir rapidement pour se faire vacciner. ☞

**CSST**

### *des campagnes de prévention plus ciblées*

Cette année, pour tenter de réduire le nombre de cas de maladies et d'accidents liés au travail, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) lancera des campagnes ciblées. Cet automne, par exemple,

elle diffusera à la télévision et dans les journaux des publicités qui s'adresseront à la clientèle des petites et moyennes entreprises (PME). La CSST compte également cibler des secteurs comme la construction ou l'industrie forestière, et des problèmes comme les maux de dos.

En 2000, la Commission a reconnu 180 décès et 143 517 cas de maladies et d'accidents liés au travail. Au fil des ans, les types et les causes des lésions restent sensiblement les mêmes. L'an dernier, l'effort physique excessif a causé 18 % des accidents. Les principales lésions signalées sont les entorses, les foulures et les déchirures. Elles se sont produites dans presque 33 % des accidents. En ce qui concerne les maladies professionnelles, les plus fréquentes sont les inflammations, comme les bursites ou les tendinites. La région du corps la plus touchée ? Toujours le dos. Il est le siège de la lésion dans 26 % des cas.

La CSST va également mettre sur pied le Salon de la santé et de la sécurité du travail, qui se déroulera les jeudi et vendredi 11 et 12 octobre prochains au Stade olympique. Destiné aux spécialistes en santé et en sécurité comme au grand public, le Salon, dont l'entrée sera gratuite, réunira plus de 200 exposants. La Commission organisera, d'autre part, divers événements, comme des colloques, dans plusieurs régions du Québec. Pour plus d'informations, on peut visiter le site Internet de la CSST : [www.csst.qc.ca](http://www.csst.qc.ca).

### Maladie d'Alzheimer

#### homologation d'un nouveau médicament, le Reminyl

La galantamine, commercialisée sous le nom de Reminyl<sup>MC</sup>, a été homologuée par Santé Canada pour le traitement des symptômes des phases légère et modérée de la maladie d'Alzheimer.

Tout comme le donépézil (Aricept<sup>MC</sup>) et la rivastigmine (Exelon<sup>MD</sup>), le nouveau médicament permet d'accroître la concentration d'acétylcholine en inhibant la cholinestérase. Mais il est peut-être aussi doté

d'un autre mécanisme. La galantamine augmenterait également *in vitro* l'activité de l'acétylcholine en se liant à un site allostérique des récepteurs nicotiniques. On ignore cependant l'importance clinique de cette observation.

« Dans la mesure où ces mécanismes d'action s'avèrent exacts, on peut s'attendre à ce que l'effet de la galantamine s'amointrisse au fur et à mesure de la progression de la maladie et de la diminution du nombre de neurones cholinergiques dont la fonction demeure intacte. Rien ne permet de supposer que la galantamine modifie l'évolution du processus démentiel sous-jacent », précise la monographie.

Les bienfaits du médicament ? Plusieurs études ont montré qu'au bout de six mois, les facultés cognitives et le fonctionnement des patients qui avaient pris de la galantamine étaient meilleurs que ceux du groupe témoin. Dans l'un de ces essais cliniques, après un an, l'un des groupes traités jouissait du même niveau cognitif et avait le même fonctionnement quotidien qu'au début de l'étude. Une autre recherche a montré que le comportement des sujets qui avaient reçu les doses les plus importantes de galantamine ne s'était pas dégradé cinq mois plus tard, contrairement à celui du groupe témoin.

Le médicament a certains effets secondaires. Il peut provoquer des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des indigestions, une diminution de l'appétit et une perte de poids. Ces effets indésirables se manifestent surtout au début du traitement ou pendant l'augmentation de la dose.

### Don d'organes

#### comment favoriser le consentement des familles

Quels facteurs jouent dans la décision d'une famille d'accepter ou de refuser de faire un don d'organes quand l'un de ses membres décède ? « Il n'existe pas de solution magique pour accroître le taux de dons d'organes »,

préviennent **M<sup>me</sup> Laura Siminoff**, de la Case Western Reserve University, en Ohio, et ses collaborateurs dans le *Journal of the American Medical Association*<sup>1</sup>. Cependant, les chercheurs ont découvert plusieurs informations utiles au cours de l'étude qu'ils ont menée.

Les investigateurs ont rencontré les familles de donneurs potentiels de neuf centres de traumatologie de la Pennsylvanie et de l'Ohio. Parmi les 420 familles, 238 ont accepté de faire un don d'organes et 182 ont refusé. Les chercheurs ont également eu un entretien téléphonique avec les professionnels de la santé concernés et le personnel des organismes responsables des dons d'organes.

Qu'ont découvert les chercheurs américains ? Pour commencer, une bonne relation entre la famille et les professionnels de la santé peut faciliter la demande d'un don d'organes. Ensuite, les familles sont plus enclines à y consentir si elles savent que la demande leur sera faite. Dans l'étude, celles qui étaient surprises d'être sollicitées étaient moins susceptibles d'accepter : 66 % des familles qui ne s'attendaient pas à cette demande ont refusé.

Il y a également une manière de formuler la requête. « Nos résultats nous indiquent que de faire une demande en s'excusant ou en mentionnant qu'on doit légalement le faire aboutit souvent à un refus. » Lorsque les professionnels de la santé expliquaient que le don pourrait aider d'autres personnes, les familles acceptaient plus facilement. Elles y consentaient dans 72 % des cas. Les auteurs se sont également aperçus que plus les professionnels de la santé passaient de temps à discuter de la question avec la famille, plus cette dernière avait de chances de donner.

« Une bonne méthode peut être d'évaluer régulièrement quelles sont les chances de survie qu'accorde la famille à son proche bien aimé et de ne pas aborder la question du don d'organes avant qu'elle accepte qu'il en est à la phase finale », conseillent les auteurs.

Les professionnels de la santé, par ailleurs, ne doivent pas se fier à leurs impressions pour

repérer les familles qui feront un don d'organe. Dans leur étude, les auteurs ont constaté que les intervenants se trompaient dans plus de la moitié des cas. Et quand ils croyaient les familles mal disposées à l'égard du don d'organes, ils passaient moins de temps à discuter de la question avec elles et étaient moins enclins à appeler l'organisme responsable des dons (ORDO). « Une excellente manière d'éviter ce piège est d'instaurer comme pratique standard de toujours appeler l'ORDO pour qu'un membre de son personnel rencontre la famille du donneur potentiel. » Les données indiquent qu'un contact entre la famille et un professionnel de l'ORDO est crucial. La durée de l'entretien est également un facteur important associé à la décision de donner.

Des informations inexacts ou incomplètes concernant le processus du don d'organes peuvent également augmenter les risques de refus de la famille. La littérature en psychologie montre qu'il existe une relation entre l'apaisement des craintes concernant le don et le consentement. « Nos résultats indiquent que les membres de la famille veulent des informations sur les coûts du don, les organes qui peuvent être donnés, les effets du don sur les arrangements funéraires (en particulier sur l'apparence du corps). Ce sont des sujets que les professionnels de la santé peuvent être réticents à aborder. Nous leur conseillons néanmoins de soulever ces questions et de répondre directement à toute préoccupation ou crainte des familles. »

L'approche optimale, ont découvert les chercheurs, était celle où un professionnel de la santé, autre qu'un médecin, faisait la première demande à la famille, puis un responsable d'un organisme s'occupant des dons d'organes discutait avec elle. Avec cette manière de procéder, les familles étaient presque trois fois plus susceptibles de faire un don qu'avec les autres formules.

Quelles familles sont le plus susceptibles de consentir à un don ? Celles de patients blancs, jeunes, de sexe masculin morts d'un trauma.

1. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, et al. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA* 2001 ; 286 : 71-7.

Le fait de savoir que le patient désirait faire un don d'organes était un facteur déterminant. « L'éducation du public est nécessaire pour modifier les attitudes à propos des dons d'organes avant que se présente l'occasion de donner », estiment par ailleurs les auteurs. ☞

## **Hypertension**

### **la pression systolique est souvent mal maîtrisée**

Aux États-Unis, la tension artérielle des trois quarts des hypertendus est mal maîtrisée. Qui sont ces gens ? Des personnes souvent âgées, ayant une pression systolique légèrement élevée, qui ont accès aux soins de santé et voient régulièrement un médecin. Les **D<sup>rs</sup> David Hyman** et **Valory Pavlik** dressent ce troublant portrait dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>, après avoir analysé les données de 16 095 adultes issues du troisième National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III).

L'analyse des chercheurs leur a permis d'estimer que, chez les 27 % d'hypertendus aux États-Unis :

- 31 % ignoraient qu'ils souffraient d'hypertension ;
- 17 % se savaient hypertendus, mais n'étaient pas traités ;
- 29 % étaient traités, mais leur pression n'était pas maîtrisée ;
- seulement 23 % prenaient des médicaments qui réussissaient à normaliser leur tension.

« Cette étude nous apprend que nous avons encore à apprendre. La seule chose que je regrette, c'est que ce ne sont pas des données récentes. L'étude NHANES III date d'une dizaine d'années. Néanmoins, l'hypertension continue à être un problème grave. Au Canada, il est encore plus important qu'aux États-Unis », commente le **D<sup>r</sup> Pavel Hamet**,

directeur du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Le chercheur a d'ailleurs lui-même dirigé une étude similaire sur un échantillon de 27 000 Canadiens il y a plusieurs années.

Certains faits intéressants ressortent néanmoins de l'étude des D<sup>rs</sup> Hyman et Pavlik. Ainsi, la majorité des sujets dont l'hypertension n'était pas traitée ou maîtrisée présentaient une pression systolique légèrement élevée et une pression diastolique normale. On retrouvait ce modèle surtout dans les groupes d'âge de 45 ans et plus.

### **Traiter même une légère hypertension systolique**

Qu'en est-il aujourd'hui ? « Une enquête nationale menée auprès des médecins de première ligne indique qu'environ le tiers ne recommandent pas de traitement aux patients dont la pression diastolique va de 90 à 100 mmHg, et qu'un pourcentage encore plus important ne traiteraient pas les patients dont la pression systolique se situe entre 140 et 160 mmHg, ou n'intensifieraient pas leur traitement. D'autres études sur l'attitude des médecins ont confirmé que les praticiens sont peu susceptibles de poser un diagnostic d'hypertension ou de traiter vigoureusement le problème si la pression systolique est continuellement élevée mais que la pression diastolique est inférieure à 90 mmHg », indiquent les auteurs.

Normaliser une pression systolique, même légèrement élevée, est bénéfique, entre autres pour les patients âgés, explique le D<sup>r</sup> Hamet. « L'étude PROGRESS, présentée à Milan en juin dernier, démontrait qu'en réduisant la tension

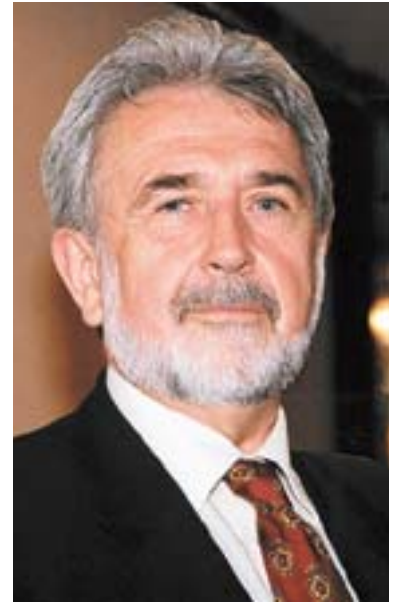


Photo : Emmanuèle Garnier.

*Le D<sup>r</sup> Pavel Hamet.*

1. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001; 345 : 479-86.



Les réactions indésirables observées chez moins de 0,5 % de tous les sujets, hypertendus ou insuffisants cardiaques, sont les suivantes :

Corps entier :	alergie, œdème de la face, frissons, prise de poids, diarrhée, excitation, accélération vasculaire centrale, insuffisance cardiaque, tachycardie ventriculaire, flutter auriculaire, conduction, œdème de la langue, hémorragie gastro-intestinale, faiblesse, anémie, selles sanguinolentes, anémie, y compris l'anémie hémolytique, thrombopénie, agranulocytose, confusion, amnésie, anxiété, arthrite.
Appareil cardiovasculaire :	asthme, enrouement, urticaire, réaction de photosensibilité, urticaire, eczéma, pruritige, érythrodermie, syndrome de Stevens-Johnson, dysurie, polyurie, insuffisance rénale, acéphalie.
Appareil digestif :	
Hématologie :	
Système nerveux :	
Appareil locomoteur :	
Appareil respiratoire :	
Fluide et annexes :	
Appareil génito-urinaire :	
Sens classiques :	
Anomalies dans les résultats d'examen de laboratoire :	hématocrite, diminution de la leucocytes, augmentation du taux d'acide urique dans le sang, hyperglycémie, azotémie.

**Résultats cliniques des examens de laboratoire**

**Hématologie :** (cf. MISES EN GARDE)  
**Hypercalcémie :** (cf. PRECAUTIONS)  
**Créatinine et acide urique :** On a constaté des augmentations (> 1,25 fois la limite supérieure de la normale) des taux de créatinine et d'acide urique dans le sang chez 2 % des cas pour chacun de ces substances, chez les sujets traités par ACCUPRIL en monothérapie. Ces augmentations sont plus susceptibles d'être présentes dans les cas traités par Accupril et diurétiq que chez ceux traités seulement par ACCUPRIL. Elles ont souvent été observées avec le passage du traitement. Dans les essais cliniques contrôlés portant sur l'insuffisance cardiaque, on a observé des élévations des taux sanguins d'acide urique et de la créatinine dans 11 % et 8 %, respectivement, des cas traités par ACCUPRIL. La plupart de ces patients prenaient aussi des diurétiques avec ou sans diurétiques.

**Ure :** Des augmentations des taux d'acide urique ont été observées chez des patients souffrant de lithiase urique ont été observés (cf. PRECAUTIONS).

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

**POSOLOGIE ET ADMINISTRATION** La posologie d'ACCUPRIL (chlorhydrate de quinapril) doit être adaptée à chaque cas.

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

**Monothérapie :** La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée chez les patients ne prenant pas de diurétique est de 10 mg une fois par jour. On peut envisager le recours à une dose initiale de 20 mg une fois par jour chez les patients qui ne sont ni âgés, ni atteints d'insuffisance rénale ou d'une insuffisance cardiaque concomitante, et qui ne présentent pas de déplétion du volume des liquides (cf. PRECAUTIONS). L'hypertension. La posologie doit ensuite être adaptée selon l'effet du traitement sur la pression artérielle, généralement à intervalles de deux à quatre semaines. Il ne faut pas dépasser 40 mg par jour.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PRÉSENTATION** Les comprimés d'ACCUPRIL (chlorhydrate de quinapril) se présentent comme suit : ACCUPRIL à 5 mg - Dosis à 5 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ovale, portant en relief l'inscription «FD 527» sur une face et sur l'autre, la chiffre «5». - Racons de 90 comprimés. ACCUPRIL à 10 mg - Dosis à 10 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme triangulaire, portant en relief l'inscription «FD 530» sur une face et sur l'autre, le chiffre «10». - Racons de 90 comprimés. ACCUPRIL à 20 mg - Dosis à 20 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ronde, portant en relief l'inscription «FD 532» sur une face et sur l'autre, le chiffre «20». - Racons de 90 comprimés. ACCUPRIL à 40 mg - Dosis à 40 mg de quinapril. Comprimés bruns, pelliculés, de forme ovale, portant en relief l'inscription «FD 535» sur une face et sur l'autre, le chiffre «40». - Racons de 90 comprimés.

Monographie du produit fournie sur demande.

**Références :**  
 1. Ondetti MA. Structural relationships of angiotensin converting-enzyme inhibitors to pharmacologic activity. *Circulation* 1988;77(1):74-176.  
 2. Fabris B et coll. Characterization of cardiac angiotensin converting enzyme (ACE) and in vivo inhibition following oral quinapril to rats. *Br J Pharmacol* 1990;100:681-685.  
 3. Kinoshita A et coll. Measurement of angiotensin I converting enzyme inhibition in the heart. *Circ Res* 1993;73:51-66.  
 4. Monographie d'ACCUPRIL, 1998. S. Knapp LE et coll. The safety and tolerability of quinapril. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15(2):S47-S55.  
 5. Oasa V. Angiotensin-converting enzyme as a multifactorial factor in CAD. *J Myocard Ischemia* 1995;7(1):5-14.

## échographies

« « « Suite de la page 138

avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et un diurétique des gens âgés qui avaient déjà subi un accident vasculaire cérébral, on diminuait leur risque d'en avoir un second. Le traitement réduisait également la démence et les risques d'infarctus. Des bénéfices ont même été observés chez des sujets dont la pression n'était que de 136 mmHg. Certains indices semblent montrer que ces bienfaits du traitement ne viendraient pas que de la baisse de la tension artérielle. Dès qu'il y a un risque de problème cardiovasculaire, il vaut la peine de traiter. » ☞

## Nifédipine

un antihypertenseur qui empêche l'épaississement des artères

165

La nifédipine (Adalat® XL®) aurait, en plus de son effet antihypertenseur, un autre avantage contre l'artériosclérose : elle bloquerait l'épaississement de l'intima-média, un marqueur du début de la maladie. Cette découverte, issue d'un volet de l'étude XL INSIGHT, a été présentée à l'assemblée de la Société européenne d'hypertension.

Le Dr Alain Simon et ses collègues ont suivi des patients hypertendus dont ils mesuraient l'épaisseur de l'intima-média de la carotide par échographie. Les sujets, qui présentaient plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, prenaient quotidiennement soit 30 mg de nifédipine en comprimés à libération progressive, soit des



M.C. de Paris, Dosis & Company  
 Pfizer Canada Inc., 10000  
 Boulevard (Québec) #10 2000



Nifedipine, le noir © 2000

12/00

Suite page 168 >>>

**Appareil respiratoire :** La bronchite, les bronchospasmes, l'apnée, le hoquet, la toux et les bâillements étaient peu fréquents. L'apnée et la modification de la voix étaient rares.

**Peau :** Le prurit, les éruptions cutanées et l'urticaire étaient peu fréquents.

**Sexe :** La stérilité des yeux, les douleurs oculaires, l'hyperacousie, l'otite, la parosmie et l'acouphène étaient peu fréquents. La dystopie et le larmoiement étaient rares.

**Appareil urinaire-sexuel :** L'hématurie, la cystite, la polyurie, la polydipsie et la miction impériale étaient peu fréquentes. L'augmentation spontanée et la dysurie étaient rares.

**SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SOUTÈGE**  
On ne dispose d'aucune expérience de soutège clinique. Les volontaires qui ont reçu des doses orales uniques de 50 mg de ZOMIG® (zolmitriptan) ont souvent présenté de la somnolence.

La demi-vie d'élimination du zolmitriptan est de 2,5 à 3 heures (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE). Par conséquent, la surveillance des patients après un soutège de ZOMIG® doit se poursuivre pendant au moins 15 heures ou tant que les symptômes ou les signes persistent.

Il n'existe pas d'antidote spécifique du zolmitriptan. En cas d'intoxication grave, il est recommandé d'assurer une surveillance étroite du patient dans une unité de soins intensifs, en faisant notamment les voies aériennes, en assurant l'oxygénation et la ventilation adaptées du patient et en veillant à la surveillance et au soutien de l'appareil cardiovasculaire.

On ne connaît pas l'effet de l'hémodialyse ou de la dialyse péritonéale sur les concentrations sériques du zolmitriptan.

**POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**  
ZOMIG® (zolmitriptan) n'est recommandé que pour le traitement aigu de la migraine. ZOMIG® ne doit pas être utilisé à titre préventif.

**Adultes :** Chez l'adulte, la dose unique minimale efficace de ZOMIG® s'établit à 1 mg. La dose unique recommandée est de 2,5 mg. On peut obtenir une dose de 1 mg (soit en aspirant un sachet comprimé à 2,5 mg, il ne faut pas diviser le comprimé fendant ZOMIG FARMELT™ à 2,5 mg).

Des essais cliniques contrôlés ont montré que les doses uniques de 1 mg, 2,5 mg et 5 mg de ZOMIG® sont efficaces dans le traitement aigu de la migraine. La seule composition directe des doses de 2,5 et de 5 mg a démontré que la dose de 5 mg de ZOMIG® apportait peu d'avantages additionnels et entraînait plus d'effets secondaires (voir le tableau 1 de la section Essais cliniques thérapeutiques ainsi que le tableau 3 des REACTIONS MÉDIÉES).

Si la céphalée réapparaît, on peut prendre une deuxième dose après 2 heures. On ne doit pas dépasser une dose totale cumulative de 10 mg par période de 24 heures. Les essais contrôlés n'ont pas établi l'efficacité d'une deuxième dose quand la première n'est arrivée efficace.

L'efficacité du traitement de plus de 3 crises migraineuses par ZOMIG® pendant une période de un mois n'a pas encore été établie.

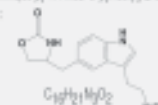
**ZOMIG FARMELT™ :** Quand en place le comprimé fendant ZOMIG FARMELT™ sur la langue, il se dissout rapidement et est avalé avec la salive. Les comprimés fendants ZOMIG FARMELT™ sont utiles pour traiter la migraine dès son début, surtout quand il n'y a pas d'eau à portée. Cette préparation est aussi utile pour les patients qui ont des nausées et sont incapables de boire quoi que ce soit pendant une migraine, ou encore pour les patients qui n'aiment pas avaler des comprimés traditionnels.

**Insuffisance hépatique :** Les patients souffrant d'une insuffisance hépatique modérée ou grave présentant une diminution de la clearance du zolmitriptan, et on a observé une élévation importante de la tension artérielle chez certains de ces patients, il est donc recommandé de prescrire une dose faible de médicament (< 2,5 mg) et de surveiller la tension artérielle (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE et MISE EN GARDE).

**Hypertension :** ZOMIG® ne doit pas être utilisé chez les patients souffrant d'hypertension non traitée ou grave. On doit traiter avec précaution les patients souffrant d'hypertension traitée faible ou modérée en utilisant la plus petite dose efficace.

**Créatinine et autres inhibiteurs de l'ACE :** Les patients qui prennent de la créatinine et d'autres inhibiteurs de l'ACE ne doivent pas prendre plus de 5 mg de ZOMIG® au cours d'une période de 24 heures (voir PRECAUTIONS, Interactions médicamenteuses).

**RENSEIGNEMENTS PHARMACÉUTIQUES**  
Substance médicamenteuse  
Dénomination commune : zolmitriptan  
Dénomination générique : 2-(4-(2-(4-méthylphényl)-1H-imidazol-5-yl)éthyl)-2-oxazoline  
Formule développée :



Formule chimique :  $C_{19}H_{21}N_3O_2$   
Poids moléculaire : 317,36

Description : Poudre blanche au aspect blanc

Solubilité : Légèrement soluble dans l'eau (1,3 mg/ml à 25 °C), 0,1 ml d'acide chlorhydrique (33 mg/ml à 25 °C).

pKa : 9,64 ± 0,81

Coefficient de répartition : Répartition octanol-1/eau  $\log K_{ow}$  = -1,0

Point de fusion : 135 °C

Composition : Ingrédients actifs : lactose anhydre, hydroxypropylméthylcellulose, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, polydihydroxyacétate 400 et 8000, glycolate d'ammonium sodique, dioxyde de titane et opale de fer jaune (2,5 mg).

ZOMIG FARMELT™ Ingrédients actifs : aspartame, acide citrique, silice colloïdale, croscopolone, stéarate de magnésium, inositol, cellulose microcristalline, sucre d'orange, bicarbonate de sodium.




Stabilité et conservation : Conserver le médicament à la température ambiante (entre 15 °C et 30 °C).

**PRÉSENTATION**  
Les comprimés ZOMIG® (zolmitriptan) à 2,5 mg sont blancs, ronds, biconvexes et ornés d'une pellicule. Un « Z » est gravé sur un côté du comprimé. Ils sont offerts en plaquettes alvéolaires de 3 et de 6 comprimés.

Non ornés d'une pellicule, les comprimés fendants ZOMIG FARMELT™ à 2,5 mg sont blancs et ronds. Un « Z » est gravé sur un côté basés du comprimé. Ils sont offerts en plaquettes alvéolaires de 2 et de 6 comprimés.

Monographie fournie sur demande.

Références : 1. Parry A et al. Zolmitriptan 2.5 mg orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine. Abstract. Headache 2006;46(5):415. 2. Monographie de Zomig® et Zomig Rapimet™ (zolmitriptan), AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca   

« « « Suite de la page 165

diurétiques (25 mg d'hydrochlorothiazide et 2,5 mg d'amiloride).

Au bout de quatre ans, ce volet de l'étude XL INSIGHT – subventionnée par Bayer – comptait 242 patients. Dans les deux groupes suivis, la pression sanguine a diminué de manière similaire. Les chercheurs ont toutefois constaté que l'intima-média de ceux qui avaient reçu de la nifédipine n'avait pas changé. Cependant, celle des participants qui prenaient des diurétiques s'était épaissie de 0,035 mm. La prise d'hydrochlorothiazide et d'amiloride n'avait toutefois pas été sans effet. Selon la littérature, la progression de l'intima-média est habituellement de 0,01 mm par année chez des patients qui ne sont pas traités.

L'an dernier, un autre volet de l'étude XL INSIGHT semblait montrer que la nifédipine ralentissait la calcification des vaisseaux, phénomène qui se produit à une phase avancée de l'artériosclérose. « Le début et la fin de la maladie semblent freinés par le médicament. Je pense que l'on peut dire que les inhibiteurs des canaux calciques ont le potentiel de ralentir le processus athéromateux », affirme le Dr Pavel Hamet, directeur du centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Un médicament qui réduit la prolifération

Le but des traitements antihypertenseurs irait maintenant au-delà de la réduction des mesures de la pression artérielle. « On sait qu'il se passe autre chose dans les vaisseaux. L'utilisation de nouveaux

médicaments qui les protègent me semble être la voie de l'avenir dans la lutte contre les complications cardiovasculaires », affirme le spécialiste.

Et comment fonctionne la nifédipine ? Le médicament aurait un effet antiprolifératif sur les lésions vasculaires. « Nous avons démontré que la nifédipine peut empêcher l'apparition d'une lésion vasculaire et même la faire régresser », explique le Dr Hamet, qui a lui aussi présenté ses résultats au congrès de la Société européenne d'hypertension. Le chercheur et ses collègues ont réalisé une étude sur des rats chez lesquels l'endothélium de la carotide gauche a été dénudé. « Quand vous grattez un vaisseau sanguin, l'ulcération se met à proliférer. La nifédipine est capable d'empêcher ce phénomène et même de le faire régresser. Ce facteur est extrêmement important pour protéger les vaisseaux. » Les résultats de l'équipe montréalaise devraient être publiés sous peu. ☺

Hémophilie production de facteur VIII grâce à une thérapie génique

Pour la première fois, des hémophiles ont pu accroître leur taux de facteur VIII grâce à une thérapie génique. Dans un laboratoire de Boston, des chercheurs ont réussi à leur implanter des fibroblastes dermiques renfermant un plasmide porteur du gène du facteur VIII. Mais l'exploit n'a pas duré. Après un an, la mesure de l'activité du facteur VIII était retombée à son niveau initial chez presque tous les sujets.

Suite page 172 >>>

réduction 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<sup>®</sup>, 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  $\beta_2$ -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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>, 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 a le même effet.

ADVAIR<sup>®</sup> DISKUS<sup>®</sup> ne doit être administré que par inhalation orale.

**Posologie recommandée**

**Adultes et adolescents de 12 ans et plus**

ADVAIR<sup>®</sup> 100 DISKUS<sup>®</sup> (50 µg de salmétrérol et 100 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

ou  
ADVAIR<sup>®</sup> 250 DISKUS<sup>®</sup> (50 µg de salmétrérol et 250 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

ou  
ADVAIR<sup>®</sup> 500 DISKUS<sup>®</sup> (50 µg de salmétrérol et 500 µg de propionate de fluticasone) - Une inhalation 2 fois par jour.

**Enfants (4 à 11 ans) :** ADVAIR<sup>®</sup> 100 Diskus<sup>®</sup> (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<sup>®</sup> 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, on 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- $\alpha$ [[[19-(4-glyoxybutyloxy)phoxy]amino]-méthyl]-1,3-benzodioxolméthanol, 1-hydroxy-2-naphthoate.

Formule chimique:



Formule moléculaire:  $C_{27}H_{36}NO_7$ , H<sub>2</sub>O  
Poids moléculaire: 603,8

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

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

pKa et pH: Le salmétrérol est amphotère. C'est pourquoi il est partiellement ionisé dans l'eau sur toute l'échelle de pH. Cependant, étant donné que les espèces ionisées sont faiblement solubles, il n'a pas été possible de déterminer avec précision les deux constantes de reacidification par titrage potentiométrique. Le pKa apparent correspondant à la dissociation du groupement phénol (déterminé par spectrophotométrie dans l'ultraviolet) est de 9,3. Les quatre microconstantes se situent entre 8,9 et 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.

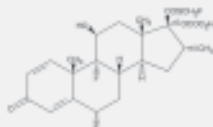
log P = 3,2 (pH 8,2)  
log P = 2,0 (pH 7,4)  
log P = 0,6 (pH 4,8)

**Principe actif**

Dénomination commune: propionate de fluticasone

Dénomination chimique: *s*-Fluorométhyl 6 $\alpha$ , 9 $\alpha$ -difluoro-11 $\beta$ -hydroxy-16 $\alpha$ -méthyl-3-oxo-17 $\alpha$ -propionyloxyandrost-1,4-diene-17 $\beta$ -carbonyloate

Formule chimique:



Formule moléculaire:  $C_{28}H_{34}F_6O_5$

Poids moléculaire: 506,8

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 trace. Le début de la décomposition se produit à environ 225 °C.

**Composition**

ADVAIR<sup>®</sup> DISKUS<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> DISKUS<sup>®</sup> à plus de 30 °C. Garder ce médicament dans un endroit sec.

**PRÉSENTATION**

ADVAIR<sup>®</sup> 100 DISKUS<sup>®</sup> est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande 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 sert comme véhicule.

ADVAIR<sup>®</sup> 250 DISKUS<sup>®</sup> est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande 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 sert comme véhicule.

ADVAIR<sup>®</sup> 500 DISKUS<sup>®</sup> est un dispositif d'inhalation en plastique qui contient une bande 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 sert comme véhicule.

**MONOGRAPHIE DU PRODUIT FOURNIE SUR DEMANDE.**



GlaxoSmithKline  
Bureau d'Info du Québec  
145, rue Transcanadienne  
Saint-Laurent (Québec) H4E 1T7



www.atsmna.ca/acc

'ADVAIR<sup>®</sup> est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc. DISKUS<sup>®</sup> est une marque déposée de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc. "L'appareil, à savoir le soufflet, le bouchon et la valve, du dispositif d'inhalation DISKUS<sup>®</sup> est une marque de commerce de Glaxo Group Limited, utilisée sous licence par Glaxo Wellcome Inc.

Révisé en mai 2001

◀◀◀ Suite de la page 168

L'expérience, décrite dans la *New England Journal of Medicine*, a été faite sur six patients souffrant d'hémophilie de type A grave<sup>1</sup>. Le Dr David Roth et son équipe leur ont prélevé des fibroblastes de la peau et y ont introduit un plasmide. Les chercheurs ont ensuite sélectionné les cellules qui produisaient du facteur VIII. Une fois clonés et multipliés, ces fibroblastes ont été insérés dans l'épiploon des hémophiles par une injection laparoscopique. Les patients ont ensuite été suivis pendant 12 mois.

Qu'est-il arrivé aux hémophiles ? À une extrémité du spectre, le sujet n° 6, dont les fibroblastes étaient les plus actifs, a vu, après un mois, le nombre de saignements chuter. À la huitième semaine, le niveau d'activité du facteur VIII, initialement à 0,5 % de la normale, a grimpé jusqu'à 5 %.

Malheureusement, au bout d'un an, la mesure de l'activité du facteur de coagulation était redescendue à moins de 0,5 %, et les hémorragies et les saignements spontanés ont repris.

Le patient n° 1, chez qui l'implantation des fibroblastes modifiés n'a semblé avoir aucun effet, est à l'autre extrême. Les cellules qu'il a reçues ne produisaient cependant qu'un faible taux de facteur VIII. Globalement, le niveau d'activité du facteur VIII s'est accru chez quatre hémophiles dont les saignements et l'utilisation de facteur VIII exogène ont diminué. Mais après 12 mois, le degré d'activité du facteur VIII est retombé à 0,5 % de la normale ou moins chez tous les patients.

1. Roth DA, Tawa NE, O'Brien JM, et al. Non-viral transfer of the gene encoding coagulation factor VIII in patients with severe hemophilia A. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 1735-42.

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

**POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**

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

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

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

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

Il faut avertir les patients qui utilisent des bronchodilatateurs par inhalation de les employer avant l'administration de QVAR<sup>®</sup>, de manière à augmenter la pénétration de QVAR<sup>®</sup> dans l'arbre bronchique. Comme la bronchodilatation prend un certain temps, il faut attendre plusieurs minutes entre l'utilisation de chaque inhalateur. Il se peut que le médicament n'atteigne pas les bronchioles si les sécrétions muqueuses sont trop abondantes. Par conséquent, si l'on n'obtient pas de réponse manifeste après deux jours de traitement, il faut tenter de se débarrasser de mucus à l'aide d'expectorants et/ou d'une corticothérapie générale de courte durée.

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

**Posologie :**

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

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

- Asthme léger**  
50 à 100 µg de QVAR<sup>®</sup> deux fois par jour (dose quotidienne totale de 100 à 200 µg).
  - Asthme modéré**  
100 à 200 µg de QVAR<sup>®</sup> deux fois par jour (dose quotidienne totale de 200 à 400 µg).
  - Cas plus graves**  
300 à 400 µg de QVAR<sup>®</sup> deux fois par jour (dose quotidienne totale de 600 à 800 µg).
- La dose quotidienne totale de QVAR<sup>®</sup> recommandée est inférieure à la dose recommandée de CFC-DPB, car la quantité de QVAR<sup>®</sup> qui se dépose dans les poumons est plus élevée. La posologie doit être individualisée.

**Facteurs de conversion suggérés pour les patients qui passent de CFC-DPB à QVAR<sup>®</sup>**

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

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

**Patients qui ne sont pas sous corticothérapie générale**

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

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

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

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

nale de ces patients doit être évaluée périodiquement et la dose de stéroïdes généraux doit être réduite avec prudence. Certains patients ne peuvent pas passer complètement des corticostéroïdes oraux. Si tel est le cas, il faut administrer une dose d'entretien minimale en cas de QVAR<sup>®</sup>.

**Administration :**

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

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

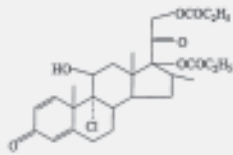
QVAR<sup>®</sup> est un aérosol liquide qui n'a pas besoin d'être agité. Grâce à la bonne proportionnalité de l'aérosol, le dispositif fournit chaque fois la même dose, peu importe la façon employée, 50 µg ou 100 µg. La proportionnalité signifie que l'aérosol à 100 µg/dose fournit deux fois plus de médicament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

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

**RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES**

**Substance médicamenteuse :**  
Nom usuel : Dipropionate de bécloéthasone  
Mécanisme chimique : 17,21-Dipropionate de 9-chloro-11β,17,21-trihydroxy-16β-méthylpregn-1,4-diene-3,20-dione

Formule développée :



Formule moléculaire : C<sub>25</sub>H<sub>32</sub>O<sub>7</sub>  
Poids moléculaire : 522,1  
Aspect physique : Poudre blanche de couleur blanche à crème.  
Solubilité : Légèrement soluble dans l'eau, très soluble dans le chloroforme et entièrement soluble dans l'acétone et l'alcool.  
Point de fusion : 205 °C à 215 °C

**Composition :**

QVAR<sup>®</sup> est un aérosol-doseur pressurisé par étirage par inhalation orale uniquement. QVAR<sup>®</sup> contient une solution de dipropionate de bécloéthasone dans du 1,1,1,2-tétrafluoroéthane (gaz propulseur désigné aussi par HFA-134a ou hydrofluorocarbure-134a) et de l'éthanol. Ce produit ne contient pas de CFC. La taille moyenne des particules émises par l'aérosol est plus petite (1 à 1,2 micronètre) pour les deux doseurs (QVAR<sup>®</sup> 50 µg et QVAR<sup>®</sup> 100 µg) que celles des particules de DPB formulé dans les CFC (chlorofluorocarbures), qui est de 3,5 à 4 micronètres.

**Stabilité et recommandations concernant l'entreposage :**

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

**FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES**

QVAR<sup>®</sup> (dipropionate de bécloéthasone) est offert en deux tenues, chacune présentée sous deux formes.

QVAR<sup>®</sup> 50 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 200 doses avec un actuateur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

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

QVAR<sup>®</sup> 100 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 200 doses avec un actuateur buccal en plastique mauve foncé. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVAR<sup>®</sup> 100 µg est également offert en cartouches de 6,5 g contenant 100 doses avec un actuateur buccal en plastique mauve foncé. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

**Nomenclature légale sur des marques**

« QVAR » et « 3M » sont des marques de commerce de 3M utilisées sous licence au Canada.

**Produits pharmaceutiques 3M**



Soins-santé grand public McNeil



**index des annonceurs**

	Renseignements thérapeutiques	
<b>3M/McNEIL</b>		
Qvar	56	174-175
<b>ASTRA ZENECA</b>		
Atacand	10-11	150-151
Zomig	14-15	166-168
		122
<b>AVENTIS PHARMA INC.</b>		
Actonel	54-55	156-157
Altace	80-81	154-155
<b>BELL CANADA</b>		
		couv. III
<b>FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ</b>		
Fonds FMOQ		176
<b>FOURNIER PHARMA INC.</b>		
Lipidil Supra	32	163
<b>GLAXOSMITHKLINE</b>		
Advair	24, 26, 28, 30-31	170-172
Avandia	17-19	148-149
Asthme		134
Flonase	74	169
Flovent	82	146-147
		121
Serevent	137	144-145
		35
<b>LABORATOIRE MDS</b>		
Services		36
<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE</b>		
Varivax	42	124-126
Vioux	couv. IV	130-133
<b>OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES OEUFS</b>		
		21, 23
<b>ORGANON CANADA LTÉE</b>		
Marvelon		104
Remeron	39-41	142-143
<b>PFIZER CANADA INC.</b>		
Accupril	73	164-165
Aricept	66	173
Lipitor	12	140-141
Norvasc	couv. II	153
<b>SANTÉ CANADA</b>		
		91
<b>SERVIER CANADA INC.</b>		
Coversyl	92	152
<b>SMITH &amp; NEPHEW</b>		
Allewyn		128
<b>SOLVAY PHARMA INC.</b>		
Pantoloc	64-65	161
<b>WYETH-AYERST CANADA INC.</b>		
Alesse	6	139
Effexor XR	116-117	158-160
Triphasil	8	162

## Une méthode sûre mais peu pratique

Les six hémophiles n'ont connu aucun problème grave dû aux fibroblastes producteurs de facteur VIII ou à la technique d'implantation. Ils n'ont pas présenté de complications à long terme ni produit d'anticorps contre le facteur VIII.

« L'implantation de fibroblastes génétiquement modifiés produisant du facteur VIII est sûre et bien tolérée. Cette forme de thérapie génique est faisable chez les patients souffrant d'hémophilie de type A grave », concluent le D<sup>r</sup> Roth et ses collaborateurs. Les scientifiques reconnaissent cependant que la méthode n'est pas très pratique : la technique d'implantation est relativement effractive et les fibroblastes munis du plasmide doivent être préparés spécialement pour chaque patient.

## Questions sans réponses

Les chercheurs laissent une question en suspens. Pourquoi les fibroblastes ont-ils cessé de fonctionner ? Le tarissement de la production de facteur VIII après une forte expression du gène a déjà été signalé dans les études sur les animaux, expliquent pour leur part les éditorialistes **Daniel Miller** et **George Stamatoyannopoulos**, de l'Université de Washington<sup>2</sup>. « Le déclin du taux de facteur VIII a pu être dû à l'inhibition de la transcription du gène, à l'élimination des fibroblastes par le système immunitaire, ou à la sénescence des fibroblastes primitifs après une croissance *ex vivo* considérable. » Les deux dernières hypothèses semblent les plus plausibles aux médecins. ☞

2. Miller DG, Stamatoyannopoulos G. Gene therapy for hemophilia. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 1782-4.