

## Rétinopathie diabétique

### la haute technologie pour le dépistage de masse

Un dépistage de masse de la rétinopathie diabétique au Québec ? Grâce à la télémedecine, un tel projet

#### ÉCHOGRAPHIES CE MOIS - CI

<i>Rétinopathie diabétique</i>	
<i>la haute technologie pour le dépistage de masse .....</i>	<i>26</i>
<i>Bronchite aiguë</i>	
<i>truc pour réduire la prise inutile d'antibiotiques .....</i>	<i>35</i>
<i>Un nouveau glucomètre</i>	
<i>pouvoir faire des prélèvements sur le bras .....</i>	<i>160</i>
<i>Complications postopératoires</i>	
<i>une bonne raison de cesser de fumer .....</i>	<i>161</i>

pourrait se concrétiser. La D<sup>re</sup> Marie-Carole Boucher, ophtalmologiste à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, vient de montrer qu'il est possible de photographier la rétine de personnes diabétiques dans un CLSC et d'envoyer électroniquement les résultats à des spécialistes d'un hôpital.

L'examen est fiable, rapide et sans inconfort. La photo, faite avec un appareil non mydriatique, est prise par un technicien. « Le test a une sensibilité de 95 % pour le dépistage, ce qui est supérieur à la performance d'un ophtalmologiste. Cela s'explique par le fait que la caméra produit des images fixes qui sont plus faciles à examiner », précise la D<sup>re</sup> Boucher. En allégeant le processus, la spécialiste espère faciliter le dépistage de masse et accroître le traitement précoce de la rétinopathie.

Le système proposé a également une vertu très recherchée : l'optimisation des ressources médicales.

par Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier.

La D<sup>re</sup> Marie-Carole Boucher.

Les ophtalmologistes pourraient en venir à ne plus examiner que les patients dont les résultats sont incertains ou anormaux. Le nombre de leurs examens de dépistage pourrait ainsi chuter de 60 %.

### ***Une formule plus attirante***

La D<sup>re</sup> Boucher a mené l'étude au CLSC des Seigneuries, à Varennes. Grâce à l'Association Diabète

Québec, aux journaux régionaux et à des cliniques médicales, elle a recruté 291 patients diabétiques. Des techniciens, qui n'étaient pas photographes professionnels, ont pris des photos des rétines. Les tests faits au préalable avaient indiqué qu'avec une journée et demie de formation, une personne pouvait produire un taux de photos adéquates similaire à celui d'un photographe professionnel.

Les images ont ensuite été transmises à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS), un système qui pourrait éventuellement inclure tous les CLSC. Au centre hospitalier, trois ophtalmologistes ont interprété les photos. « Des personnes spécialement formées pourraient dans l'avenir lire ces images, ce qui permettrait de mieux utiliser nos ressources médicales. »

Les ophtalmologistes n'ont finalement eu à examiner que 40 % des 291 patients : les 22 % dont la photo



Prise de photo de la rétine grâce à un appareil non mydriatique.

révélaient des lésions et les 18 % pour qui l'appareil n'a pas produit une image de qualité suffisante. Il s'est avéré que 60 des diabétiques avaient une atteinte des yeux.

La nouvelle formule pourrait inciter plus de patients à passer l'examen, croit la D<sup>re</sup> Boucher. Parmi les diabétiques recrutés, 18 % n'avaient pas eu d'examen du fond d'œil depuis plus de deux ans. Pourquoi ? Par négligence ou sans raison précise, ont avoué la majorité. L'expérience a cependant plu aux participants interrogés : 95 % aimeraient que leur prochain test soit effectué de la même manière.

### **Un coût réaliste**

Le rapport de la D<sup>re</sup> Boucher a été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle recommande que l'expérience soit reprise dans un cadre plus large comme celui du territoire d'une région régionale. Les répercussions organisationnelles et économiques de la technique doivent être étudiées avant qu'on puisse l'appliquer à un dépistage de masse.

Le président de l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec, le D<sup>r</sup> **François Codère**, tenait à féliciter sa collègue. « Je pense que la méthode proposée est rapide, fiable et applicable là où le patient consulte : dans les cabinets d'endocrinologues, dans les régions éloignées, dans les cliniques d'omnipraticiens ou dans les CLSC.

Cela rend la prestation des soins beaucoup plus facile, et ce, à un coût réaliste. » Le prix d'un appareil non mydriatique est de quelque 60 000 \$.

Pourquoi s'être lancée dans ce projet ? « Dans ma pratique, il m'arrive régulièrement d'examiner des patients chez qui la rétinopathie diabétique a évolué lentement, irréversiblement, et qui auraient dû être traités plus tôt. De nombreuses cécités auraient pu être



Le D<sup>r</sup> François Codère.

prévenues. » La situation pourrait s'aggraver, d'ailleurs. Il y aurait actuellement 500 000 diabétiques au Québec et, d'ici à l'an 2025, leur nombre devrait doubler.

## **Bronchite aiguë truc pour réduire la prise inutile d'antibiotiques**

Des chercheurs britanniques ont trouvé un moyen de réduire la consommation inutile d'antibiotiques chez les patients atteints de bronchite aiguë. Leur méthode ? Rassurer le malade sur son état et lui remettre un dépliant sur le bon emploi des antibiotiques et l'évolution naturelle de la maladie.

Le D<sup>r</sup> **John Macfarlane** et ses collaborateurs ont mené une expérience dans trois cliniques de Nottingham, où ils ont recruté 259 adultes atteints de

bronchite aiguë<sup>1</sup>. Environ 80 % n'avaient pas besoin d'antibiotiques au moment de la consultation, selon les médecins qui les ont examinés. Les cliniciens ont donc rassuré cette catégorie de patients sur la gravité de leur affection et expliqué qu'à leur avis, leur état ne requérait actuellement pas d'antibiotiques. Les praticiens leur ont néanmoins remis une ordonnance à utiliser si la bronchite s'aggravait. La moitié des participants ont ensuite reçu un dépliant informatif (voir l'encadré p. 156).

Le dépliant a eu un effet sur plusieurs patients : il a permis de réduire du quart la consommation d'antibiotiques. Dans le groupe qui l'a reçu, 47 % des sujets ont été chercher les médicaments, alors que 62 % de ceux qui n'avaient pas eu le feuillet les ont pris. Le nombre de patients qui ont consulté une seconde fois pour les mêmes symptômes a été similaire dans les deux groupes.

Qu'est-il arrivé aux 20 % de patients souffrant de bronchite qui, d'après les médecins, avaient besoin d'antibiotiques ? Ces malades ont reçu une ordonnance et été incités à la suivre. Quarante-quatre des 47 sujets l'ont fait. « Cela montre la grande influence de l'avis du médecin sur l'observance du patient », estiment les chercheurs.

### **Les effets à long terme**

Les investigateurs britanniques cherchaient à s'attaquer à un important problème. Chaque année, en Angleterre et au pays de Galles, la bronchite aiguë entraîne plus de deux millions de consultations. Dans les trois quarts des cas, à cause de la pression des patients, les généralistes prescrivent des antibiotiques même si ce n'est pas forcément justifié.

Chez la plupart des malades, la bronchite guérit d'elle-même. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer les quelques

1. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, et al. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ* 2002 ; 324 : 1-6.

## **La formation en médecine familiale prépare-t-elle adéquatement les futurs médecins de famille ? comment répondre correctement à cette question ?**

**Réaction à l'article paru dans *Le Médecin du Québec* (décembre 2001 ; 36 (12) : 30-2).**

**A**U COURS DU DERNIER CONGRÈS syndical de la FMOQ tenu en octobre dernier, des intervenants provenant de milieux différents se sont regroupés pour discuter de la question suivante : la formation en médecine familiale prépare-t-elle adéquatement les futurs médecins de famille ? À titre de responsable du Comité de révision du programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Montréal et d'ancien directeur du programme, j'aimerais apporter ma contribution à cette réflexion. Mes commentaires porteront sur la distinction à faire entre l'évaluation et la révision d'un programme, la responsabilité universitaire à l'égard de la qualité des programmes de formation et, finalement, sur la question de l'étendue des programmes de formation.

Tout d'abord, il est remarquable de constater que, outre l'intérêt que porte la FMOQ à la question, trois départements universitaires de médecine familiale au Québec se livrent à un exercice de réflexion sur leurs programmes de formation respectifs, et ce, pratiquement en même temps. L'Université de Montréal a été la première à amorcer le bal en 1998, et le rapport issu de cet exercice est actuellement étudié par les autorités compétentes. Cet intérêt quasi simultané des départements universitaires pour la question peut être surprenant lorsque l'on constate que les indicateurs traditionnels utilisés habituellement pour porter un jugement sur un programme de formation ne montrent pas que les résidents sont mal formés. En effet, au Canada, on évalue habituellement la qualité d'un programme par la performance de ses étudiants aux examens ou par le jugement d'organismes externes (Collège des médecins du Québec et Collège des médecins de famille du Canada) à l'occasion de visites d'agrément. Si aucun de ces indicateurs ne semble révéler de problèmes majeurs, pourquoi alors procéder à une révision de nos programmes ? La réponse à cette question réside à la fois dans la différence qui existe entre l'évaluation et la révision d'un programme et dans la responsabilité qui incombe aux universités de s'assurer de la qualité de leurs programmes, et ce, au-delà des mesures d'évaluation habituelles. En effet, si des organismes tiers ont le mandat de s'assurer que les finissants répondent à des normes minimales ou que les programmes répondent à certaines exigences minimales de formation, il appartient aux universités de faire une lecture juste de la réalité scientifique et sociale qui prévaut et qui se dessine dans un proche avenir. Pour s'acquitter de cette responsabilité, il faut saisir la distinction qui existe entre l'évaluation d'un programme et sa révision.

Différents outils d'évaluation de programmes existent en sciences de l'éducation : examen de la performance des étudiants, audit externe, enquête auprès des étudiants eux-mêmes ou des finissants, etc. Ces outils ont pour but de porter un jugement sur la valeur pédagogique d'un programme à partir d'un cadre précis (évaluation des connaissances, adéquation entre les exigences d'un organisme et le programme, opinion de la clientèle étudiante). Chacun de ces outils possède son propre angle de vision, avec ses avantages et ses lacunes. La révision d'un programme est un exercice plus complexe, qui s'apparente à une démarche de recherche qualitative et utilise plusieurs outils d'évaluation afin d'élargir la perspective sur le programme en question. Un tel exercice a pour objectif de porter un regard sur l'adéquation qui existe entre le programme et les exigences de la société

d'une part, et les nouvelles réalités qui prédominent d'autre part. Réviser un programme, c'est utiliser des sources d'informations variées et en comparer les similitudes afin de dégager un consensus sur les ajustements nécessaires à effectuer. À l'Université de Montréal, par exemple, nous avons examiné la performance des résidents aux examens et les derniers rapports d'agrément, procédé à une recension des écrits sur la formation des médecins de famille, rencontré des groupes de médecins de famille et de médecins spécialistes exerçant dans des régions et des milieux de pratique variés, obtenu l'opinion de représentants de groupes de patients de même que celle d'administrateurs du réseau, formé des groupes d'experts sur différents aspects de la formation, rencontré des observateurs privilégiés, tant dans notre propre discipline qu'en sciences de l'éducation, analysé les rapports de sociétés savantes et d'organismes officiels pouvant nous fournir des informations pertinentes, etc. Un tel exercice, on le comprendra, fournit une quantité appréciable d'informations qui, regroupées, permettent de faire un constat sur la réalité environnante, sur les besoins de la société et sur l'évolution de notre discipline. Une fois cette étape franchie, nous pouvons vérifier jusqu'à quel point le programme permet au résident d'être en harmonie avec la réalité à laquelle il devra bientôt faire face.

Une fois ces précisions établies, voyons maintenant la question de l'étendue de la formation. À prime abord, l'étendue des compétences à acquérir en médecine familiale apparaît gigantesque. Néanmoins, il faut être prudent et ne pas se laisser influencer par un tel constat, qui peut imposer aux réviseurs une limite à leur analyse contraire aux objectifs recherchés par l'exercice de révision. À l'Université de Montréal, les seuls préalables que nous nous sommes imposés au départ étaient d'abord de définir ce qu'est l'exercice de la médecine familiale au Québec (définition élastique selon la région où l'on pratique...) et de viser l'excellence de la formation. Il faut également se rappeler que la résidence n'est pas véritablement une formation « initiale », mais bien une formation spécialisée, complémentaire du programme d'études médicales prédoctoral. La résidence en médecine familiale doit donc permettre au jeune diplômé d'acquérir des compétences supplémentaires qui lui permettront de répondre aux besoins de la population. Au contraire de certaines disciplines et de certains métiers où l'apprentissage pratique s'acquiert principalement en cours d'emploi, en médecine, le nouveau diplômé doit être en mesure d'intervenir professionnellement dès son premier jour de pratique. La professionnalisation du médecin est un processus complexe où intervient à la fois le milieu de formation et le milieu de pratique. Il ne faut pas minimiser l'influence de la résidence comme période charnière pour acquérir des valeurs professionnelles qui teinteront la pratique du médecin pendant toute sa carrière.

Compte tenu du rôle prédominant que tient le médecin de famille dans notre système de soins, la formation représente un défi considérable que les universités doivent relever, car elles en sont les premières responsables. Il en va de leur crédibilité auprès de la population. Il faut donc accorder à cette question toute la rigueur nécessaire afin d'offrir un programme de qualité aux futurs médecins de famille.

*Raymond Labande, m.d.*

**Vice-doyen aux études de premier cycle à la Faculté de médecine  
et professeur agrégé au département de médecine familiale  
de l'Université de Montréal**

***J'ai une vilaine toux. Un antibiotique me soulagera-t-il ?***

**Voici quelques renseignements qui vous aideront  
au cours des prochains jours**

On ne sait pas toujours si un antibiotique aidera à calmer une toux bronchique.

Dans le cas des patients normalement en forme et en bonne santé, on sait que :

- la plupart des toux bronchiques guérissent d'elles-mêmes ;
- les antibiotiques n'accélèrent pas la guérison, la plupart du temps ;
- les antibiotiques peuvent entraîner des effets secondaires indésirables (par exemple, le muguet, une éruption cutanée, une gêne gastro-intestinale et la diarrhée) ;
- la prise inutile d'antibiotiques n'est pas judicieuse ;
- le recours abusif aux antibiotiques entraîne l'émergence de bactéries résistantes, qui peuvent réduire l'efficacité de ces médicaments dans les situations où ils sont vraiment nécessaires.

Il n'est pas toujours aisé de savoir quand une antibiothérapie s'impose !

Aujourd'hui, votre médecin vous a examiné et, même si vous ne vous sentez pas bien, il n'a trouvé aucun signe de maladie grave qui dicterait l'emploi d'antibiotiques. Cependant, il vous a remis une ordonnance d'antibiotique, au cas où vous en auriez prochainement besoin.

***Qu'entend-on par « toux bronchique » ?***

Une toux n'est pas néfaste en soi, et il y a une raison pour laquelle elle se manifeste. Elle contribue à protéger vos poumons en veillant à ce que les sécrétions des voies aériennes soient expulsées et ne provoquent pas de congestion. Le « phlegme » ou les « expectorations » servent à barrer le chemin à la poussière et aux germes que l'on inspire.

La toux fait partie des mécanismes de défense de votre organisme et est souvent le dernier symptôme à disparaître lorsqu'on est malade. Elle peut prendre beaucoup de temps à s'en aller.

Il se peut très bien que vous preniez de deux à trois semaines pour vous rétablir, même si l'on vous a prescrit un traitement. Si votre état ne s'aggrave pas, il n'y a pas lieu de s'inquiéter de la lenteur de la guérison, particulièrement si vous vous

sentez un peu mieux chaque jour.

Votre toux bronchique s'estompera donc probablement d'elle-même et vous n'aurez pas besoin de prendre des antibiotiques. Toutefois, votre médecin vous a remis une ordonnance au cas où vous en auriez besoin sous peu. Vous jugerez si vous devez l'utiliser ; l'ordonnance est valable un mois.

***Quand devrais-je faire exécuter mon ordonnance ?***

- Si vous sentez que votre état se détériore.
- Si vous sentez que votre toux s'aggrave.

Si vous décidez de recourir aux antibiotiques, menez votre traitement à terme.

***Quels signes devrais-je surveiller ?***



Si vous présentez des symptômes nouveaux ou inquiétants ou si votre toux devient sanglante, il serait sage de prendre rendez-vous avec votre médecin.

***Quatre conseils utiles en cas de toux bronchique***

- Assurez-vous de boire beaucoup de liquide pour ne pas être déshydraté.
- En cas de fièvre ou de douleurs, prenez des comprimés d'acétaminophène ordinaire. Les adultes peuvent prendre de 325 à 650 mg d'acétaminophène, quatre fois par jour.
- Les bonbons, pastilles ou sirops contre la toux peuvent parfois apporter un soulagement.
- Vous pouvez recourir aux vieux remèdes, comme de respirer de la vapeur d'eau chaude additionnée de baume de benjoin ou de cristaux de menthol\*. La vapeur est apaisante et aide à liquéfier les sécrétions, ce qui facilite leur expectoration. Même si ce remède présente des inconvénients, il peut s'avérer utile, particulièrement à l'heure du coucher.

\* Les cristaux de menthol ne sont pas vendus au Québec.

Reproduit, traduit et adapté avec l'autorisation du *British Medical Journal* (BMJ 2002 ; 324 : 1-6).



◀◀◀ *Suite de la page 35*

patients qui ont réellement besoin d'antibiotiques. « Nous avons montré que le fait qu'un omnipraticien fasse part ouvertement et honnêtement au patient de ses doutes sur l'utilité de rédiger une ordonnance peut constituer une méthode sûre et efficace de réduire l'emploi d'antibiotiques chez les nombreuses personnes pour qui ils ne sont pas absolument indiqués (autour de 80 %). »

La prescription inutile d'antibiotiques peut avoir des effets pervers à long terme. Elle renforce chez les patients l'idée que ces médicaments sont nécessaires pour soigner les bronchites aiguës et les incite à consulter la fois suivante. Une étude sur la toux aiguë, similaire à celle du D<sup>r</sup> Macfarlane, a montré qu'un dépliant informatif pouvait réduire le nombre de visites ultérieures chez le médecin pour les toux mineures, mais ne retardait pas le moment de la consultation quand des symptômes respiratoires plus importants survenaient. ☞

## ***Un nouveau glucomètre***

***pouvoir faire des prélèvements sur le bras***

Un nouveau glucomètre, le Sof-Tact<sup>MD</sup>, permet maintenant aux diabétiques de faire des prélèvements sanguins sur l'avant-bras, le biceps ou à la base du pouce



Le glucomètre Sof-Tact.

pour mesurer leur glycémie. Dans ces zones, les piqûres sont presque indolores.

Le Sof-Tact a également l'avantage de mesurer le taux de glucose en une seule étape. L'utilisateur pose l'appareil sur son bras, après y avoir introduit une bandelette de dosage et une lancette, et appuie sur le bouton. La machine se charge de le piquer, d'aspirer le sang et de mesurer la glycémie. Le résultat s'affiche en quelque 20 secondes.

Il est également possible de faire des prélèvements sur le bout des doigts avec le Sof-Tact, mais l'appareil fonctionne alors à la manière classique des autres glucomètres. Le

patient doit se piquer lui-même et déposer la goutte de sang sur la bandelette.

La machine, fabriquée par les Laboratoires Abbott, coûte 300 \$. Le prix des bandelettes qu'il faut y insérer est d'environ 1 \$ chacune et celui des lancettes de 14 \$ pour 200. L'appareil n'est toutefois pas très discret : il mesure 13 cm par 8 cm et émet un ronronnement pendant quelques secondes.

« Contrairement à d'autres

systèmes qui permettent de prélever du sang sur le bras, celui-ci fonctionne bien et ne laisse pas de bleus sur la peau », explique un diabétique qui a testé le Sof-Tact. Le patient apprécie particulièrement le fait que l'appareil facilite les tests nocturnes grâce à son écran lumineux et à la possibilité d'insérer la bandelette et la lancette à l'avance.

« Cet appareil est aussi pratique pour les parents qui ont un enfant diabétique. Ils peuvent mesurer sa glycémie la nuit sans le réveiller. Le Sof-Tact est également utile pour les patients qui ont les doigts sensibles ou effectuent de nombreux tests », explique **M<sup>me</sup> Michèle Comeau-Hamilton**, infirmière et éducatrice au Centre de jour pour diabétiques du Lakeshore.

Le nouveau glucomètre est actuellement vendu dans 37 pharmacies, réparties dans de nombreuses villes du Québec. Pour permettre aux patients qui l'achètent de bien s'en servir, les pharmaciens leur donneront une formation d'une vingtaine de minutes.

Pour de plus amples renseignements :  
1 800 461-8481. ☎

161

## Complications postopératoires

### une bonne raison de cesser de fumer

Pourquoi cesser de fumer avant d'être opéré ? Pour réduire de plus de la moitié le risque de complications postopératoires. La **D<sup>re</sup> Ann Møller** et ses collègues danois offrent dans le *Lancet* un nouvel argument pour convaincre les patients d'abandonner la cigarette<sup>1</sup>. Les chercheurs ont découvert que le taux de complications des opérés pouvait passer de 52 % à 18 % s'ils avaient arrêté de fumer dans

1. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 114-7.



M<sup>me</sup> Michèle Comeau-Hamilton.



## Index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

<b>ABBOTT</b>		
Biaxin .....	106 .....	110-111
<b>ASTRAZENECA</b>		
Nexium ....	22, 28-31 .....	152-153
Oxeze .....	32 .....	124-125
<b>AVENTIS PHARMA INC.</b>		
Altace .....	77 .....	144-145
<b>AXCAN PHARMA INC.</b>		
Modulon .....	67 .....	132
<b>BERLEX CANADA INC.</b>		
Triquilar .....	97 .....	129
<b>BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.</b>		
Tequin .....	42 .....	130-132
<b>FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER</b>		
.....	24	
<b>FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ</b>		
Fonds FMOQ ....	164	
<b>GLAXOSMITHKLINE</b>		
Paxil .....	17-19.....	20-21
Serevent .....	68 .....	146-147
<b>JANSSEN-ORTHO INC.</b>		
Ditropan .....	38 .....	133
Duragesic .....	98 .....	142-143
Reminyl .....	40-41.....	86-89
<b>LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA</b>		
.....	13	
<b>McNEIL</b>		
Motrin .....	26-27 .....	127
<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE</b>		
Zocor .....	60 .....	154-156
Fosamax ....	couv. IV .....	158-160
<b>NOVARTIS</b>		
Diovan .....	34 .....	118-120
Exelon .....	10 .....	138-141
<b>OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS</b>		
.....	33, 59	
<b>ORGANON</b>		
Marvelon ....	couv. III	
<b>PFIZER CANADA INC.</b>		
Aricept .....	25 .....	157
FemHRT .....	4 .....	162-163
Lipitor .....	90 .....	148-149
Norvasc ....	couv. II-1 .....	137
<b>PURDUE PHARMA</b>		
Oxycontin .....	57 .....	150-151
<b>SCHERING CANADA INC.</b>		
Aerius .....	49 .....	126
Nasonex .....	35, 37 .....	128
<b>SMITH &amp; NEPHEW INC.</b>		
Santyl .....	14 .....	151
<b>WYETH-AYERST CANADA INC.</b>		
Effexor XR (anxiété)	50-51..	134-136
Effexor XR (dépression)	.....	8-9
Triphasil .....	6 .....	122

les semaines précédentes.

Dans trois hôpitaux du Danemark, la chercheuse et son équipe ont randomisé 120 patients fumeurs qui allaient subir un remplacement de la hanche ou du genou. Six à huit semaines avant l'opération, la moitié du groupe a participé à un programme de désaccoutumance au tabac. Les patients ciblés, qui pouvaient rencontrer toutes les semaines une infirmière, bénéficiaient d'un *counselling* et d'une thérapie de remplacement de la nicotine. L'objectif était l'arrêt total de la consommation de cigarettes ou, si cela était impossible, une réduction d'au moins 50 %.

L'effort semble en avoir valu la peine. La fréquence des complications a été réduite de plus de la moitié chez les participants du programme anti-tabac. Les problèmes liés à la plaie, par exemple, ont affecté 5 % de ces patients, mais 31 % de ceux du groupe témoin ( $p = 0,001$ ). Les premiers n'ont eu aucune complication cardiovasculaire, tandis que 10 % des sujets témoins en ont été victimes ( $p = 0,08$ ).

Les patients qui ont suivi le programme sont également restés en moyenne deux jours de moins à l'hôpital, une différence qui n'était cependant pas significative ( $p = 0,41$ ). Ils y ont séjourné en moyenne 11 jours et ont été moins nombreux à être admis dans d'autres services que les patients témoins.

### *Diminuer ne suffit pas*

Comment expliquer les effets de l'abandon de la cigarette sur le taux de complications ? « Le fondement

Échographies

physiopathologique de cette constatation pourrait reposer sur la réversibilité des effets du tabagisme sur le système vasculaire et le temps de guérison des plaies », pensent les chercheurs.

Les patients peuvent-ils se contenter de freiner leur consommation de cigarettes ? Il semble que non. La diminution de la quantité de tabac fumée n'a procuré aucun bénéfice, ont estimé les chercheurs. Le taux de complications des sujets qui avaient choisi cette voie était similaire à celui des fumeurs.

À la lumière de leurs résultats, les médecins danois ont recommandé l'adoption du programme anti-tabac pour les fumeurs qui subiront une opération. « Même si la durée précise de l'abstinence nécessaire ne peut être fixée à partir de ces données, nous recommandons, sur la base de nos résultats, que le patient cesse de fumer pendant au moins six semaines. » ☞



**L'Association  
des médecins omnipraticiens  
de Montréal**

organise pour les généralistes  
de Montréal un colloque sur

**Les groupes  
de médecins de famille  
et l'inscription de clientèles**

Le jeudi 28 mars 2002, de 8 h 30 à 17 h

Hôtel Omni Mont-Royal, Montréal

Inscription : 100 \$

**Information : M<sup>me</sup> Andrée Né  
(514) 878-1911  
ou 1 800 361-8499**