

par Emmanuèle Garnier

### Étude EUROPA le périndopril pour tous les patients souffrant de maladie coronarienne ?



Le D<sup>r</sup> Jean-Claude Tardif.

Les résultats de l'étude EUROPA sont enfin publiés. Ce qu'ils révèlent ? Que le périndopril (Coversyl®) permet de faire passer de 10 % à 8 % le taux combiné d'infarctus du myocarde, d'arrêts cardiaques et de décès dus à des troubles cardiovasculaires en quatre ans chez des patients à faible risque. « Le traitement par le périndopril devrait être envisagé, en plus

de la prise d'autres médicaments préventifs, chez

tous les patients souffrant de maladie coronarienne », conclut l'étude, financée par la société Servier<sup>1</sup>.

Cet emploi plus large de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) est-il réellement justifié ? Certains experts l'affirment sans hésitation.

« Je pense que, d'un point de vue clinique, il est hautement pertinent de diminuer de 20 % le taux de problèmes coronariens importants chez des patients dont le risque est relativement faible, déclare le D<sup>r</sup> Jean-Claude Tardif, directeur de la recherche clinique à l'Institut de cardiologie de Montréal. Les résultats de l'étude EUROPA vont changer ma pratique. »

Mais d'autres cardiologues voient l'étude sous un autre angle. « Le taux de décès causés par un problème cardiovasculaire était de 4,1 % dans le groupe témoin et de 3,5 % dans celui qui prenait du périndopril. Il faut donc traiter 167 patients pendant quatre ans pour sauver une vie. Si l'on considère, en plus, le prix du périndopril et les médicaments que doivent déjà prendre ces personnes, ne serait-il pas plus indiqué de ne prescrire un IECA qu'aux patients qui présentent un risque élevé ? », demande, pour sa part, le D<sup>r</sup> James Brophy, cardiologue à l'Hôpital Royal Victoria, qui a récemment publié dans le *Lancet* une analyse critique sur les médicaments prescrits pour traiter les syndromes coronariens aigus<sup>2</sup>.

#### Une étude bien faite

Tous sont d'accord, l'étude EUROPA est d'une grande qualité. Son but : vérifier si un IECA peut amoindrir les risques cardiaques de patients atteints d'une maladie coronarienne stable, mais ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque. Les chercheurs ont randomisé des sujets qui avaient déjà subi un infarctus du myocarde, une revascularisation coronarienne, une maladie coronarienne diagnostiquée par angiographie ou même, seulement, une épreuve d'effort positive. Après une phase d'essai sous périndopril de quatre semaines, la moitié du groupe de 12 218 sujets a pris quotidiennement 8 mg du médicament et l'autre

1. The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003 ; 362 : 782-8.

2. Bogaty P, Brophy J. Increasing burden of treatment in the acute coronary syndromes: is it justified? *Lancet* 2003 ; 361 : 4989-5002.

#### ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Étude EUROPA le périndopril pour tous les patients souffrant de maladie coronarienne ? .....	16
Étude CHARM réponses relatives aux ARA et à l'insuffisance cardiaque .....	18
Infarctus du myocarde le meilleur traitement dans un hôpital communautaire .....	20
Prévention du cancer de la prostate les bienfaits potentiels du finastéride .....	23
Ketek : 1, <i>Streptococcus pneumoniae</i> : 0 .....	127
Bibliographies	
Le Seigneur de l'Oreille .....	128
La personne autiste et le syndrome d'Asperger .....	128
Les soins de santé au Canada soins primaires et médecins de famille en vedette .....	129



Le D<sup>r</sup> James Brophy.

moitié un placebo. Les participants, dont la majorité était des hommes, avaient en moyenne 60 ans. Leur maladie coronarienne était en général adéquatement traitée : 92 % d'entre eux prenaient un antiagrégant plaquettaire, 62 %, un bêtabloquant et 58 %, un hypolipidémiant.

Après un suivi moyen de 4,2 ans, le taux à la fois d'infarctus du

myocarde, d'arrêts cardiaques et de décès dus à des troubles cardiovasculaires – qui constituaient le premier point d'aboutissement combiné de l'étude – s'établissait à 10 % dans le groupe témoin et à 8 % chez les patients prenant du péridopril.

Le D<sup>r</sup> Tardif est frappé par ces données. « Je suis très impressionné par le fait que les chercheurs aient réussi à obtenir une diminution de 20 % du taux

de complications cardiaques graves chez des patients dont la majorité prenait déjà tous les médicaments recommandés. »

Toutefois, parmi les trois complications qui formaient le principal point d'aboutissement, seule la diminution de 22 % du taux d'infarctus du myocarde s'est révélée significative. Ni la réduction du nombre de décès de nature cardiovasculaire, ni celle du taux d'arrêts cardiaques n'étaient statistiquement importantes (voir *Tableau*).

« Moi, cela me paraît très pertinent de prévenir des infarctus du myocarde, réplique le D<sup>r</sup> Tardif, également professeur à l'Université de Montréal. Il est sûr que l'on ne s'attendait pas que le médicament ait un effet sur la mortalité seule dans une population dont le taux de décès dus à un problème cardiaque est de 1 % par année. Mais la tendance qu'indiquent les données va dans la bonne direction. »

Le D<sup>r</sup> Brophy, lui, est beaucoup plus sceptique devant les résultats. « Le risque de subir un infarctus du myocarde non mortel au cours d'une période de quatre ans était de 6,2 % pour les sujets témoins et de 4,8 % pour ceux qui prenaient du péridopril. Donc, le bénéfice absolu que les patients vont tirer de la prise de l'IECA est relativement mince (1,4 %) », estime le spécialiste, professeur à l'Université McGill.

**Tableau** Fréquence des points d'aboutissement primaires et de certains points d'aboutissement secondaires

	Péridopril (n = 6110)	Placebo (n = 6108)	Réduction du risque relatif (IC 95 %)	p
Morts dues à un trouble cardiovasculaire, à un infarctus du myocarde ou à un arrêt cardiaque	488 (8,0 %)	603 (9,9 %)	20 % (9 à 29)	0,0003
Morts dues à un trouble cardiovasculaire	215 (3,5 %)	249 (4,1 %)	14 % (-3 à 28)	0,107
Infarctus du myocarde non mortels	295 (4,8 %)	378 (6,2 %)	22 % (10 à 33)	0,001
Arrêts cardiaques	6 (0,1 %)	11 (0,2 %)	46 % (-47 à 80)	0,22
Mortalité totale, infarctus du myocarde non mortels, angine instable, arrêts cardiaques	904 (14,8 %)	1043 (17,1 %)	14 % (6 à 21)	0,0009
Mortalité totale	375 (6,1 %)	420 (6,9 %)	11 % (-2 à 23)	0,1

Reproduit avec la permission d'Elsevier. EUROPA Investigators, Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study), *Lancet*, 362 : 782-8, copyright 2003.

## De grands enjeux

Les enjeux liés aux conclusions d'EUROPA sont importants. Beaucoup de patients sont concernés par ses résultats. « Les répercussions en santé publique seront relativement grandes, estime le D<sup>r</sup> Tardif. Les statines et l'aspirine, des médicaments pourtant efficaces, permettent de prévenir moins de la moitié des complications coronariennes. Je pense donc que cela vaut la peine de traiter un grand nombre de patients pour éviter un seul problème grave. »

Les coûts sont cependant énormes. Le prix d'un traitement mensuel de 8 mg de péridopril s'élève à environ 60 \$, ce qui fait près de 3000 \$ en quatre ans et presque un demi-million pour traiter ainsi 167 personnes. « Une étude coût-efficacité détaillée et objective serait nécessaire pour savoir où situer la prescription du péridopril dans la liste des mesures que l'on peut offrir à nos malades, pense le D<sup>r</sup> Brophy. On considère généralement qu'une intervention est efficace quand elle revient à moins de 50 000 \$ par année de vie sauvée. »

## La confirmation des résultats de HOPE

L'étude EUROPA arrive dans le sillage de HOPE, un essai clinique qui portait sur le ramipril et qui a été mené chez des patients plus malades. Les sujets, âgés de 55 ans et plus, souffraient d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète, et présentaient aussi un autre facteur de risque cardiovasculaire.

« Avant, on se disait qu'il n'y avait qu'une seule étude, HOPE, sur l'emploi des IECA chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Maintenant, comme clinicien, je me sens davantage forcé de prescrire un IECA aux patients qui souffrent d'une maladie coronarienne parce qu'il y a suffisamment de preuves que l'on prévient ainsi, de façon significative, les complications », affirme le D<sup>r</sup> Tardif.

L'apport de l'étude EUROPA n'est pas aussi déterminant pour le D<sup>r</sup> Brophy. « On savait déjà, grâce à l'étude HOPE, que les IECA sont efficaces chez des patients souffrant d'une maladie coronarienne et dont la fonction ventriculaire gauche est conservée. Quoique je sois toujours content d'en avoir de nouvelles preuves, avais-je vraiment besoin d'une telle confirmation ? Une étude qui comprenait 9000 patients me l'indiquait déjà, sans parler des nombreux essais

cliniques chez des sujets hypertendus ou présentant une défaillance cardiaque. »

L'étude EUROPA changera-t-elle les recommandations officielles ? « Avant EUROPA, l'*American College of Cardiology* conseillait d'envisager l'administration d'un IECA aux patients atteints d'une maladie coronarienne. Je pense que cet organisme devra reconsidérer sa décision et recommander carrément la prescription du médicament », dit le D<sup>r</sup> Tardif.

Le D<sup>r</sup> Brophy penche pour une solution plus souple. « Au lieu d'imposer un IECA à toutes les personnes souffrant de maladie coronarienne, je pense qu'il vaut mieux informer nos patients des données dont on dispose et les laisser faire un choix éclairé. Certains malades seront peut-être prêts à prendre ce médicament en sachant qu'il faut traiter 167 personnes pendant quatre ans pour sauver la vie d'une d'entre elles. Mais, pour d'autres, cela n'aura peut-être pas de sens. Il faut donc en discuter avec le patient. » ❧

## Étude CHARM réponses relatives aux ARA et à l'insuffisance cardiaque

19

« L'étude CHARM a répondu à plusieurs questions qui restaient en suspens dans le domaine de l'insuffisance cardiaque », explique le D<sup>r</sup> Denis Coulombe, cardiologue à l'Hôpital Laval. L'essai clinique qui portait sur l'utilisation du candésartan (Atacand®), un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), a montré que le médicament réduisait le taux de décès de nature cardiovasculaire de 12 % et celui des hospitalisations dues à l'insuffisance cardiaque de 21 %, chez des sujets atteints de défaillance cardiaque<sup>1</sup>.

L'étude CHARM, financée par AstraZeneca – dont certains employés se retrouvent parmi les auteurs – livre, entre autres, des données sur trois différents groupes de patients. Les résultats révèlent ainsi que :

- Chez les sujets ayant une fraction d'éjection du ventricule gauche de 40 % ou moins et qui ne tolèrent pas les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), on peut utiliser en toute

1. Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet* 2003 ; 362 : 759-66.

sécurité le candésartan comme solution de rechange. Ce dernier réduit, lui aussi, la mortalité et la morbidité associées à l'insuffisance cardiaque<sup>2</sup>.

- Chez les patients ayant une fraction d'éjection de 40 % ou moins, l'ajout du candésartan à un IECA peut être très utile. Il permet de diminuer davantage certaines complications cardiovasculaires<sup>3</sup>.
- L'effet du candésartan semble moins marqué chez les personnes dont la fraction d'éjection est supérieure à 40 %. Il permet néanmoins de réduire un peu le taux d'hospitalisation en raison d'une insuffisance cardiaque<sup>4</sup>.

### CHARM-Overall

L'étude CHARM a comparé l'effet du candésartan à celui d'un placebo chez trois populations différentes de patients souffrant de défaillance cardiaque chronique. En tout, 7601 participants, venant de 26 pays, ont été recrutés. « Parmi ces sujets, 943 étaient des Canadiens. Les patients inclus dans cette étude ressemblent donc à ceux que nous traitons », précise le D<sup>r</sup> Coulombe, également professeur à l'Université Laval.

Tous les participants, randomisés, ont pris quotidiennement soit une dose de candésartan, qui a été augmentée jusqu'à 32 mg, soit un placebo. De nombreux patients étaient déjà traités avec des médicaments comme les IECA, les bêtabloquants, les diurétiques et la spironolactone.

Après un suivi moyen de 3,7 ans, le taux de décès causés par des troubles cardiovasculaires était de 20 % dans le groupe témoin et de 18 % dans celui traité par l'ARA. Le candésartan a également permis de faire passer le nombre d'hospitalisations de 24 %



Le D<sup>r</sup> Denis Coulombe.

à 20 %. Un faible nombre de patients ont cependant cessé de prendre l'ARA à cause de problèmes de dysfonctionnement rénal, d'hypotension et d'hyperkaliémie.

L'étude CHARM a le mérite d'éclaircir certains points, explique le D<sup>r</sup> Coulombe. « Elle confirme, par exemple, que l'on peut employer un ARA en toute sécurité avec un bêtabloquants et un IECA. Certaines données avaient laissé croire qu'il pouvait être dangereux de neutraliser à la fois les systèmes rénine-angiotensine et adrénérique. »

### Volet CHARM-Alternative

Les résultats les plus marquants ont été notés dans le sous-groupe de patients intolérants aux IECA et dont la fraction d'éjection du ventricule gauche était inférieure ou égale à 40 %. Dans le volet de l'étude, *CHARM-Alternative*, le candésartan a permis de faire passer de 40 % à 33 % le taux à la fois des hospitalisations dues à l'insuffisance cardiaque chronique et de décès de nature cardiovasculaire. Le taux uniquement des admissions en raison d'une insuffisance cardiaque a d'ailleurs été réduit de 28 % à 20 %. « Ces données confirment que les ARA sont extrêmement efficaces. Ils fonctionnent au moins aussi bien que les IECA », commente le D<sup>r</sup> Coulombe.

Et qu'en est-il des effets secondaires qui avaient rendu les participants intolérants aux IECA ? Se sont-ils manifestés avec l'ARA également ? Parmi les patients qui avaient dû cesser de recourir à un IECA à cause d'un dysfonctionnement rénal, 23 % de ceux qui prenaient l'ARA et 12 % de ceux qui recevaient un placebo ont abandonné l'étude à cause d'une augmentation du taux de créatinine. Pour ce qui est des sujets qui avaient souffert d'une hyperkaliémie avec les IECA, 14 % en ont également été affectés en prenant du candésartan et ont cessé d'y recourir, ce qui n'a été le cas que de 1 % des sujets sous placebo.

Et les angio-œdèmes ? « Certaines publications avaient indiqué que les patients qui en avaient déjà été victimes en recevant un IECA ne devraient peut-être pas prendre un ARA. Mais l'étude CHARM montre qu'il n'y a eu qu'un cas d'angio-œdème parmi les 39 patients sous

2. Granger CB, McMurray JJ, Yusuf S, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. *Lancet* 2003 ; 362 : 772-6.

3. McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet* 2003 ; 362 : 767-71.

4. Yusuf S, Pfeffer MA, Swedberg K, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved trial. *Lancet* 2003 ; 362 : 777-81.



candésartan qui en avaient déjà souffert à cause de l'IECA. »

### Volet CHARM-Added

D'intéressantes données sont sorties du sous-groupe de patients ayant une fraction d'éjection inférieure ou égale à 40 % qui prenaient un IECA. Dans le volet *CHARM-Added*, le taux à la fois des hospitalisations à cause d'une insuffisance cardiaque chronique et de décès dus à un problème cardiovasculaire s'élevait à 42 % chez les patients témoins et était réduit à 38 % chez ceux qui recevaient le candésartan. Tant les décès que les hospitalisations dues à l'insuffisance cardiaque ont été diminués de 17 %.

Ces résultats peuvent être utiles. « Chaque année, environ 105 000 Canadiens sont hospitalisés à cause d'insuffisance cardiaque. Ainsi, un certain nombre de patients pourraient bénéficier de l'ajout d'un ARA à leur traitement médicamenteux. Cela concerne surtout ceux dont l'état se dégrade, malgré un traitement optimal. »

Le candésartan n'est pas sans effets secondaires. Dans le groupe prenant ce médicament, 7,8 % des participants ont abandonné le traitement à la suite de l'augmentation du taux de créatinine, 4,5 % à cause de l'hypotension et 3,4 % en raison d'une hyperkaliémie.

### Volet CHARM-Preserved

Avec ses 3023 sujets, le volet *CHARM-Preserved* portait sur le plus grand sous-groupe de l'étude. Chez ces patients, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche était supérieure à 40 %, le candésartan n'a pas réduit le nombre de décès de nature cardiovasculaire, mais a permis d'abaisser le taux des hospitalisations dues à l'insuffisance cardiaque de 18 % à 16 %.

« C'est la première étude portant sur autant de sujets, qui nous indique ce qui arrive à ces patients quand on leur prescrit du candésartan. Parfois, on décide, de façon empirique, d'ajouter un ARA au traitement de ces malades souffrant de dysfonction ventriculaire, principalement diastolique,

qui sont souvent hospitalisés. Cela paraît logique, mais nous ne disposions pas de données auparavant. Maintenant on en a. »

Le candésartan offre par ailleurs un avantage particulièrement prononcé dans cette sous-étude : une diminution de 40 % de l'incidence du diabète en trois ans. Dans le groupe témoin, la maladie est apparue chez 77 des 1509 patients, alors qu'il n'y en a eu que 47 cas dans le groupe traité par le candésartan.

Finalement, CHARM et ses sous-études ont livré beaucoup d'informations. « Elles nous permettent de faire un grand pas en avant, pense le Dr Coulombe. Je crois qu'elles sont assez puissantes pour amener des modifications aux guides de pratique sur le traitement de l'insuffisance cardiaque. » ❧

## Infarctus du myocarde le meilleur traitement dans un hôpital communautaire

Vaut-il mieux, dans un hôpital communautaire, traiter immédiatement un patient victime d'un infarctus du myocarde par fibrinolyse ou le transférer dans un centre de cardiologie tertiaire? Selon l'étude DANAMI-2, si le transport du malade peut s'effectuer en moins de deux heures, l'angioplastie est la meilleure solution<sup>1</sup>.

L'avantage de l'option proposée? Une diminution de 75 % du taux de réinfarctissement. D'après les données de l'essai clinique danois, un nouvel infarctus ne



Le Dr Serge Doucet.

Photo : Jean Leclair – Institut de cardiologie de Montréal.

1. Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K, et al. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 733-42.

survient que chez 1,6 % des sujets qui subissent une angioplastie primaire, alors que ce taux grimpe à 6,3 % chez ceux qui sont soumis à une fibrinolyse.

« Cette étude marque un tournant, en confirmant que l'angioplastie primaire est vraiment le meilleur traitement de l'infarctus aigu du myocarde, même s'il y a un retard à cause du transport vers un centre tertiaire », estime le **D<sup>r</sup> Serge Doucet**, chef du service d'hémodynamie de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Le centre, qui a un service de garde 24 heures sur 24, traite depuis déjà deux ans par cathétérisme tous les patients victimes d'une crise cardiaque.

Les résultats de l'étude DANAMI-2, qui ont été présentés l'an dernier au congrès de l'*American College of Cardiology*, influent, depuis, fortement sur les soins administrés au Québec. Dans certains centres hospitaliers ne pratiquant pas l'angioplastie, les médecins ont commencé à transférer des patients à l'ICM.

### ***Arrêt précoce de l'étude***

L'étude DANAMI-2, réalisée par le **D<sup>r</sup> Henning Andersen** et ses collaborateurs, a été effectuée dans 29 hôpitaux desservant 62 % de la population danoise. Les chercheurs ont recruté 1572 patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde accompagné d'une élévation du segment ST. Environ la moitié des participants, qui ont été randomisés, a subi une angioplastie primaire alors que l'autre a reçu un traitement intraveineux accéléré par l'alteplase.

Les sujets venaient de deux types d'hôpitaux. Ainsi, 1129 patients

avaient été admis dans des établissements communautaires. La moitié de ces participants a été transférée sous surveillance médicale dans un centre de cardiologie pour subir un cathétérisme. Toutefois, il y avait également 443 sujets qui ont été directement reçus dans l'un de ces établissements spécialisés et qui ont subi, eux aussi, soit une angioplastie, soit une fibrinolyse.

L'étude a finalement été arrêtée précocement. Une analyse intermédiaire a montré que l'angioplastie était supérieure à la fibrinolyse dans les hôpitaux locaux, malgré la distance médiane de 50 km qu'avaient dû parcourir les patients. Ainsi, 14,2 % des sujets qui y avaient été traités par fibrinolyse étaient décédés ou avaient été victimes d'un nouvel infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral invalidant au cours des 30 jours suivants. Par comparaison, seulement 8,5 % des patients qui avaient eu une angioplastie avaient connu ces complications, qui constituaient le premier point d'aboutissement de l'étude.

La grande différence entre les deux groupes de patients tient cependant à un seul type de trouble cardiovasculaire : les réinfarctissements. Le taux de décès et d'accidents vasculaires cérébraux n'a pas différé de manière significative d'un traitement à l'autre. Chez les patients admis directement dans les hôpitaux pratiquant les angioplasties, les résultats ont été similaires.

Le transfert des patients d'un hôpital communautaire s'est ainsi révélé sûr. Pour 96 % de ces sujets, il s'est écoulé moins de deux heures entre le moment de la randomisation et l'arrivée à la salle de cathétérisme. Seul un petit pourcentage de malades n'a pas été jugé capable de supporter le voyage.

### **Pourra-t-on transporter les patients ?**

« En 2003, l'angioplastie primaire constitue le meilleur traitement de l'infarctus du myocarde, mais la plupart des patients qui en sont victimes au Québec n'ont pas accès à une salle de cathétérisme 24 heures sur 24 », déplore le D<sup>r</sup> Doucet. Plusieurs mesures sont nécessaires pour remédier à la situation.

L'Institut de cardiologie de Montréal, pour sa part, étudie la possibilité de disposer sur place d'une équipe de soir, prête à pratiquer immédiatement une angioplastie. « C'est très nouveau, mais nous n'avons pas le choix étant donné que les syndromes coronariens aigus surviennent 24 heures sur 24, sept jours sur sept. »

Le système de transport ambulancier entre établissements de soins doit également être amélioré. Même un hôpital voisin de l'Institut de cardiologie, comme Santa Cabrini, n'arrive pas à y transférer la majorité de ses patients victimes d'une crise cardiaque. « Le problème vient de la difficulté d'obtenir rapidement une ambulance et de disposer des services d'un professionnel de la santé expérimenté qui accompagne le malade et qui puisse le traiter en cas d'arrêt cardiaque ou d'arythmie », explique le D<sup>r</sup> Doucet.

La meilleure solution serait de conduire immédiatement le patient frappé d'une crise cardiaque à un centre de soins spécialisés. Un projet pilote permet actuellement de le faire. Grâce à l'électrocardiographe placé dans l'ambulance, il est possible de diagnostiquer rapidement un infarctus du myocarde. Mais en attendant les résultats de cette expérience, le transfert des patients entre établissements de soins doit être facilité. « Il faut que les administrations d'hôpitaux concluent des ententes, que des corridors soient clairement établis et des centres de référence régionaux, désignés », affirme le chef du service d'hémodynamie de l'ICM. ❧

## **Prévention du cancer de la prostate**

### **les bienfaits potentiels du finastéride**

Un premier médicament semblerait être en mesure de prévenir ou de retarder l'apparition du cancer de la prostate : le finastéride (Proscar®). Une étude publiée dans le *New England Journal*



Le D<sup>r</sup> Fred Saad.

*of Medicine* a montré que la molécule réduisait de 25 % la prévalence de ce type de cancer au cours d'une période de sept ans. Seul problème : le médicament pourrait légèrement accroître le taux de tumeurs de grade élevé de malignité<sup>1</sup>.

Il est encore trop tôt pour proposer le finastéride

comme traitement prophylactique, estime le **D<sup>r</sup> Fred Saad**, directeur de l'unité d'uro-oncologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Cette propriété anticancéreuse du médicament, nouvellement découverte, constituerait cependant un avantage intéressant. « C'est un élément favorable de plus que l'on peut faire valoir à un homme qui prend déjà du finastéride ou dont on peut tenir compte quand on amorce un traitement. »

Le finastéride est un inhibiteur de la 5 $\alpha$ -réductase, une enzyme qui convertit la testostérone en un androgène plus puissant, la dihydrotestostérone. Le *Prostate Cancer Prevention Trial* (PCPT), mené aux États-Unis par le **D<sup>r</sup> Ian Thompson** et ses collègues, a permis d'étudier les effets protecteurs de ce médicament chez des hommes de 55 ans et plus, dont l'examen rectal digital ne révélait rien d'anormal et dont

---

1. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 215-24.



le taux d'antigène prostatique spécifique (APS) était de 3 ng/ml ou moins.

Environ la moitié des 18 882 sujets recrutés a pris quotidiennement 5 mg de finastéride et l'autre moitié, un placebo. Au cours de l'étude, une biopsie était proposée aux participants si leur taux d'APS s'élevait à plus de 4 ng/ml\* ou si l'examen rectal permettait de constater une anomalie. À la fin de l'essai clinique, tous les hommes qui n'avaient pas encore subi de biopsie ont pu en avoir une.

Au bout de sept ans, parmi les 9060 hommes inclus dans l'analyse finale, le cancer de la prostate a été détecté chez 18,4 % de ceux qui recevaient le médicament, mais chez 24,4 % des patients du groupe témoin. La réduction est significative.

« Comme une différence dans l'incidence du cancer de la prostate est apparue tôt entre les deux groupes, il se peut que le finastéride ait pu traiter des tumeurs microscopiques et subcliniques au début de l'étude. Le fait que l'écart ait continué à s'accroître laisse croire que le médicament prévient ou retarde l'apparition du cancer », pensent le **D<sup>r</sup> Thompson** et ses collègues.

### **Les tumeurs de grade élevé de malignité**

L'action du finastéride semble prometteuse, mais il y a une ombre au tableau. Chez les hommes prenant le médicament, les tumeurs de grade élevé de malignité (de 7 à 10) étaient plus fréquentes que dans le groupe témoin. Elles ont touché 6,4 % des patients sous finastéride, alors qu'elles ont affecté 5,1 % des sujets qui recevaient le placebo.

Ces chiffres ne sont pas sans inquiéter l'éditorialiste **Peter Scardino**, qui commente l'essai clinique dans le *New England Journal of Medicine*<sup>2</sup>. « Les résultats de l'étude semblent indiquer que le finastéride peut accélérer la croissance de cancers de grade élevé,

\* Le taux des patients qui prenaient du finastéride a été ajusté pour tenir compte de l'effet du médicament.

2. Scardino PT. The Prevention of prostate cancer – the dilemma continues. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 295-97.

susceptibles de menacer la vie et la santé s'ils ne sont pas traités avec succès. »

Le D<sup>r</sup> Saad, pour sa part, voit les données sous un jour différent. « Le Proscar provoque des changements histologiques dans la prostate. Quand un pathologiste sait qu'un patient prend des hormones, il ne regarde pas l'échantillon avec le même œil. Mais pour ce qui est de l'étude, le spécialiste qui devait établir le grade des cancers ignorait quel était le groupe de traitement des patients et ne pouvait donc en tenir compte. »

On ne saura si les craintes que peut inspirer l'augmentation du taux de tumeurs de grade élevé sont fondées qu'en analysant les prostates excisées. « L'étude du spécimen entier est la plus fiable. La différence entre le grade qu'on établit avec la biopsie et celui qu'on détermine quand on dispose de toute la prostate peut aller jusqu'à 40 % », explique le D<sup>r</sup> Saad, qui vient de publier les résultats d'une recherche sur cette question. L'écart de 1,3 % entre les taux de tumeurs très malignes détectées chez les deux groupes de patients ne l'inquiète donc pas beaucoup.

Point rassurant : presque tous les cancers de la prostate diagnostiqués pendant l'étude étaient localisés. Dans les deux groupes, 98 % des tumeurs étaient des T1 ou T2.

### **Taux élevé de cancer de la prostate**

Le finastéride n'est pas sans inconvénients. Ses effets indésirables constituaient la principale raison des abandons temporaires dans l'étude PCPT. Dans le groupe traité par le finastéride, 37 % des hommes ont interrompu pendant un temps leur traitement par rapport à 29 % dans le groupe témoin. Les principales réactions liées au médicament : réduction du volume de l'éjaculat, dysfonction érectile, perte de la libido et gynécomastie. Par contre, les participants recourant au médicament étaient moins nombreux à souffrir de mictions impérieuses et de pollakiurie, de prostatite, d'infection urinaire

(Suite à la page 127) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 26)

et de rétention urinaire que les sujets témoins.

Un fait inquiétant ressort par ailleurs de l'étude américaine : le taux élevé de cancer de la prostate chez les hommes d'âge mûr. Dans le groupe prenant le placebo, presque le quart des sujets souffrait d'une tumeur maligne. « Un taux de 24 % de cancer de la prostate pour des hommes chez qui on n'en suspectait pas initialement, c'est très élevé. Cela indique que lorsque l'on cherche des tumeurs malignes, on en trouve. C'est très troublant. »

Pour le D<sup>r</sup> Scardino, par contre, l'observation déprécie plutôt les résultats de l'essai clinique. « Le taux élevé de cancers dépistés dans les deux groupes de cette étude soulève de sérieuses inquiétudes au sujet de la signification clinique des tumeurs qui ont été détectées et de la réduction obtenue avec le finastéride. »

L'essai clinique du D<sup>r</sup> Thompson et de ses collègues ouvre donc une avenue prometteuse, mais d'autres recherches sont encore nécessaires pour répondre à toutes les questions qu'il soulève. ❧

## Ketek : 1, *Streptococcus pneumoniae* : 0

par Luc Dupont

Les microbiologistes viennent de marquer un point dans leur lutte contre la résistance de certaines souches de *S. pneumoniae*. Santé Canada a approuvé, en septembre dernier, la commercialisation de Ketek® (télithromycine), un antimicrobien indiqué dans le traitement de l'amygdalite-pharyngite, de l'exacerbation aiguë de la bronchite chronique (EABC) et, surtout, de la pneumonie extrahospitalière, même lorsque celle-ci est due à des souches de pneumocoques résistant aux macrolides usuels (érythromycine, clarithromycine et azithromycine).

« À l'heure actuelle, entre 20 % et 25 % des souches de pneumocoques résistent aux macrolides courants, alors que virtuellement

100 % des souches de *S. pneumoniae* sont sensibles à la télithromycine », explique le D<sup>r</sup> Pierre Turgeon, microbiologiste au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

### Un « super-macrolide »

Ketek est présenté par son fabricant, Aventis Pharma, comme le premier antimicrobien d'une nouvelle famille chimique, les kétolides. « Il s'agit, en fait, d'un dérivé des macrolides actuels, soutient le D<sup>r</sup> Turgeon. On l'appelle « super-macrolide » parce qu'il est plus actif, en particulier contre les souches de pneumocoques qui sévissent en milieu extrahospitalier et qui résistent aux macrolides habituellement utilisés. »

De la même manière que les macrolides habituels, la télithromycine agit en inhibant la synthèse protéique de l'agent pathogène. Mais son efficacité contre les souches résistantes peut s'expliquer par le fait que son affinité avec les principales cibles cellulaires du microbe est de 10 à 20 fois supérieure à celle des antimicrobiens habituellement utilisés.

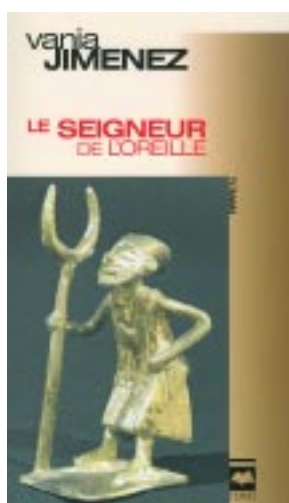
### Et les staphylocoques ?

Les essais cliniques menés sur le traitement de la pneumonie extrahospitalière, de l'EABC et de l'amygdalite-pharyngite ont montré que la télithromycine a permis d'atteindre des taux de guérison qui équivalaient en moyenne à ceux obtenus avec les principaux agents actifs utilisés. Ce qui distingue toutefois l'utilisation du Ketek de celle des macrolides courants, c'est son administration à dose unique quotidienne, ainsi qu'une durée de traitement écourtée – cinq jours plutôt que dix – dans le cas de l'EABC et de l'amygdalite-pharyngite.

« Il est évident que le principal apport de la télithromycine à l'actuel arsenal d'antibiotiques, c'est sa sensibilité accrue aux pneumocoques responsables des pneumonies extrahospitalières, et spécialement aux souches résistantes, explique le microbiologiste. Je pense que, d'ici à deux ans, au moment où sortiront les lignes directrices concernant l'usage de cette molécule, le Ketek deviendra le médicament de première intention pour cette indication. »

## **Le Seigneur de l'Oreille**

par Vania Jimenez



Mère de sept enfants et médecin de famille, la D<sup>re</sup> Vania Jimenez dit aimer les bébés, les chats et les histoires. Dans son premier roman, elle en raconte une très belle. Celle d'une femme qui lui ressemble. Comme elle, son héroïne, Sylviane Bourgault, doit concilier sa vie d'épouse et de mère avec la pratique de la médecine familiale dans le milieu pluriculturel du secteur Côte-des-Neiges. Tandis que tchadors, saris et pagnes de toutes les couleurs défilent dans sa salle d'attente, Sylviane tente de démystifier la réalité de ces êtres déracinés. Derrière les voiles et les tissus flamboyants se cachent souvent des vies ternes, des espoirs brisés, des destins déchirés. Sylviane tente de comprendre ce que vivent ses patients afin de poser un baume sur leurs plaies. Puis, un jour, une Africaine lui fera connaître le mystérieux Seigneur de l'Oreille. Qui est-il ? Personnage mythique ou être en chair et en os ? Serait-ce cette petite voix qui surgit du fond de soi ? C'est avec plaisir que l'on suit le cheminement de Sylviane Bourgault de Carleton-sur-Mer à Montréal, dans sa grande maison d'Outremont, en passant par Vancouver et Haïti, où la conduit sa recherche sur la communication avec les patients étrangers. S'aventurant sur des sentiers inconnus, ce roman plonge sans pudeur dans l'intimité d'une femme, tant sur le plan personnel que professionnel, associant la médecine et la vie de famille. À travers son héroïne, Vania Jimenez jette un regard caustique sur la pratique médicale. Avec justesse et avec la précision d'un scalpel, elle en dissèque tous les éléments et se demande si le médecin est vraiment à l'écoute de ses patients. Un roman pour tous ceux et celles qui aiment la médecine et la vie. ☞

Éditions Hurtubise HMH, Montréal, 2003, 450 pages, 32,95 \$

## **La personne autiste et le syndrome d'Asperger**

par Jean-Charles Juhel, avec la collaboration de Guy Héraud



En apparence fermée et repliée sur elle-même, la personne autiste n'est pas pour autant dépourvue d'émotions. Bien au contraire ! Mais comme un étranger en territoire inconnu, elle ne comprend pas toujours le langage de l'autre. Cet ouvrage aide à mieux connaître ces personnes et permettra à ceux qui s'en occupent de communiquer avec elles de façon à favoriser leur épanouissement. Dans un langage facile d'accès, l'auteur, Jean-Charles Juhel, fait part de plus de trente années d'expérience en éducation et en rééducation. Il fait un bref historique de la maladie, en aborde les symptômes, le diagnostic et le traitement. Mais il va encore plus loin et traite des particularités du développement de l'enfant autiste, de son affect, de son éducation et de l'aide à apporter aux familles souvent dépourvues de ressources adéquates. Les différentes techniques d'intervention comportementale, la zoothérapie, les diètes et le recours aux vitamines y sont analysés. L'auteur fait également référence au syndrome d'Asperger que certains associent à l'autisme, mais que d'autres voient comme une entité pathologique séparée. Il fait le point sur l'état actuel des connaissances sur ces deux affections et de la recherche en cours. L'ouvrage comporte plusieurs illustrations et des tableaux qui facilitent la lecture, de même que des témoignages de personnes atteintes de ces maladies. ☞

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 320 pages, 35 \$

Mais remporter une bataille n'est pas gagner la guerre. « Les patients que l'on traitera avec la télithromycine ne risquent-ils pas d'être ensuite porteurs de souches de *Staphylococcus aureus* qui résisteront aux macrolides courants et à la clindamycine ? », s'inquiète le Dr Turgeon. Ce dernier médicament est, en effet, utilisé fréquemment, par exemple dans le traitement des infections des tissus mous et des os, en particulier chez les patients allergiques à la pénicilline. « Autrement dit, si quelqu'un qui a déjà été traité par la télithromycine se présente avec un pied infecté, rouge et enflé, serai-je encore capable de le traiter avec des macrolides ? »

La télithromycine est commercialisée sous forme de comprimés dosés à 400 mg. Son prix, pour le traitement d'une pneumonie extrahospitalière, est de 77,49 \$. Par comparaison, un traitement équivalent par la clarithromycine coûte 81,43 \$ et 54 \$ dans sa version générique. ☞

## **Les soins de santé au Canada soins primaires et médecins de famille en vedette**

par Francine Fiore

Pénurie d'effectifs, longues listes d'attente, vétusté des équipements et manque d'argent ne sont que quelques-uns des maux qui touchent le système de santé canadien. Aujourd'hui, après trente ans de bons et loyaux services, il a atteint le stade des grandes réformes. Au cœur des changements, le médecin de famille joue un rôle prédominant dans la prestation des soins primaires essentiels à la population.

Lancée en 2000 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, la série de rapports annuels *Les soins de santé au Canada* présente les plus récentes données sur le système de santé canadien. Le but de l'exercice est de poser une sorte de diagnostic de la situation afin d'y apporter le traitement curatif approprié. Pour y arriver, les chercheurs font le bilan de ce que nous savons sur le système de santé canadien et de ce que nous ignorons.

### **Le médecin de famille d'abord**

Dans le rapport de 2003, le quatrième de la série,

(Suite à la page 169) >>>>

MÉDICALEMENT VÔTRE...

## **Pénicilline et résistance in vitro ?**

Je viens de prendre connaissance de l'article *Quels sont les régimes posologiques de l'azithromycine (Zithromax<sup>MC</sup>) chez l'enfant ?* (*Le Médecin du Québec*, vol. 38, n° 8, pp. 105-106).

À la page 106, l'auteure parle du traitement de la pharyngite. Elle mentionne : « ... on observe jusqu'à 30 % d'échecs thérapeutiques avec la pénicilline, que ce soit à cause de l'émergence de souches résistantes... ».

À ma connaissance, aucune résistance *in vitro* à la pénicilline V n'a été documentée à ce jour. Des résistances aux macrolides (érythromycine, azithromycine, clarithromycine) ont cependant bien été documentées. Je trouve donc cette affirmation surprenante. L'auteure pourrait-elle donner une référence à l'appui ?

**D<sup>re</sup> Claire Béliveau**  
**Microbiologiste-infectiologue**  
**Professeure agrégée de clinique, Université de Montréal**

La D<sup>re</sup> Béliveau mentionne qu'aucune résistance *in vitro* n'a été notée à ce jour avec l'utilisation de pénicilline V pour le traitement de la pharyngite streptococcique, ce qui semble exact.

La source consultée (Cremer J, Wallrauch D, Milatovic D, et coll. *Azithromycin versus Cefaclor in the Treatment of Pediatric Patients with acute group A Beta-hemolytic Streptococcal Tonsillopharyngitis*. *Eur Clin Microbiol Infect Dis* 1998 ; 17 : 235-9) mentionne des échecs cliniques et bactériologiques avec la pénicilline : « *However, the increased incidence of clinical relapse following oral penicillin therapy bacteriological failure rates up to 30%, frequent hypersensitivity to penicillin and the required multiple daily doses are grounds for considering alternative microbial agents* ». Comme il semble y avoir effectivement une baisse de sensibilité *in vivo*, j'ai associé les échecs bactériologiques à une résistance. Je n'ai toutefois rien trouvé dans la littérature médicale associant ces échecs bactériologiques à une résistance à la pénicilline *in vitro*. Ces échecs sont donc peut-être uniquement le fruit d'une mauvaise utilisation.

**Geneviève Duperron, pharmacienne**  
**Familiprix Alain Gaudet, Blainville**

Echographies

129

◀◀◀ (Suite de la page 129)

on indique que la plupart des Canadiens, soit 88 % des personnes âgées de plus de 15 ans en 2001, ont un médecin de famille. Toutefois, les pourcentages varient de 76 % (au Québec) à 95 % (au Nouveau-Brunswick). Parmi les 12 % qui n'ont pas de médecin de famille, 63 % déclarent ne pas avoir tenté d'en trouver un, 29 % invoquent des motifs associés à la disponibilité des médecins et 8,5 %, d'autres raisons.

De même, des données révèlent que 94 % des Canadiens âgés de plus de 15 ans, soit plus de 23 millions de personnes, ont eu recours à au moins un service de santé de première ligne en 2001. Les cabinets de médecin demeurent l'endroit le plus fréquenté pour recevoir ce type de soins.

Ainsi, 80 % de ceux qui ont besoin de soins de routine ou d'un suivi s'y rendent, tout comme 49 % de ceux qui ont besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Par contre, la nuit, presque tout le monde (soit 93 %) va à l'urgence de l'hôpital.

Cependant, 18 % des personnes interrogées, soit environ 4,3 millions de Canadiens, ont dit avoir éprouvé des difficultés à accéder aux soins médicaux à un certain moment pendant l'année. Ainsi, pendant les heures habituelles de bureau, 42 % ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous et 33 % ont attendu longtemps. Les soirs et les fins de semaine, 47 % des personnes disent avoir attendu trop longtemps avant de voir le médecin. Peu importe l'heure, 11 % de ceux qui avaient besoin de soins de routine, 13 % de ceux qui cherchaient des informations et des conseils et 19 % de ceux qui réclamaient des soins immédiats pour un problème mineur ont connu certaines difficultés d'accès.

### **Satisfaction non garantie**

La majorité des Canadiens, soit 91 % des personnes âgées de 15 ans et plus en 2001, qui avaient eu recours aux services de santé pendant l'année précédente, ont déclaré être très ou assez satisfaits des soins dispensés par les médecins. Le niveau de satisfaction était plus élevé dans les salles d'urgence (73 %) que dans les cliniques sans rendez-vous (70 %) et les cabinets de médecin de famille (64 %). Par contre, les patients des cliniques sans rendez-vous étaient plus satisfaits que ceux des salles d'urgence en ce qui concerne la communication

(Suite à la page 175) ▶▶▶



## Index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

<b>ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.</b>		
Pantoloc.....	49.....	130
<b>ASTRAZENECA CANADA INC.</b>		
Crestor.....	84-85.....	146-147
<b>AVENTIS PHARMA INC.</b>		
Ketek.....	78-79.....	136-138
<b>BAYER INC.</b>		
Cipro XL.....	102-103.....	158-159
<b>BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE</b>		
Micardis.....	40.....	166
Spiriva.....	35.....	152-153
<b>DALE-PARIZEAU LM</b>		
.....	14	
<b>DIMETHAID SOINS DE SANTÉ LTÉE</b>		
Pennsaid.....	95.....	162-163
<b>FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ</b>		
Fonds FMOQ.....	176	
<b>GLAXOSMITHKLINE INC.</b>		
Advair.....	92.....	132-134
<b>JANSSEN-ORTHO INC.</b>		
Concerta.....	couv. III.....	160-161
<b>LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA</b>		
.....	91	
<b>LIFESCAN</b>		
InDuo.....	28	
OneTouch UltraSmart.....	96	
<b>McNEIL</b>		
Motrin pour enfants.....	32-33.....	170
Tylenol arthrite.....	116.....	157
<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE</b>		
Vioxx.....	couv. IV.....	171-175
<b>NOVARTIS PHARMA CANADA INC.</b>		
Elidel.....	8-9.....	10-11
<b>ORGANON CANADA LTÉE</b>		
Marvelon.....	61	
Remeron.....	120.....	148-149
<b>PFIZER CANADA INC.</b>		
Aricept.....	38.....	139
Lipitor.....	15, 21, 23, 25, 27.....	154-155
Viagra.....	couv. II	
<b>PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA</b>		
Bextra.....	36-37.....	150-151
<b>PHARMACIA CANADA INC.</b>		
Celebrex.....	101.....	167-169
<b>PROCTER &amp; GAMBLE INC.</b>		
MacroBID.....	98.....	135
<b>PURDUE PHARMA</b>		
Hydromorph Contin.....	6.....	144-145
<b>SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.</b>		
Plavix.....	72-73.....	164-165
<b>SOLVAY PHARMA INC.</b>		
Teveten.....	114.....	156-157
<b>WYETH-AYERST CANADA INC.</b>		
Effexor (anxiété).....	4	
Effexor (dépression).....	56-57.....	140-143
Triphasil.....	104.....	131

◀◀◀ (Suite de la page 169)

avec le médecin, l'attitude du clinicien et le temps passé dans la salle d'attente. Les patients vus dans les cabinets de médecin de famille étaient plus satisfaits que ceux qui avaient été soignés dans les cliniques sans rendez-vous sur ce plan, mais la différence était peu significative.

Parmi les Canadiens âgés de 15 ans et plus ayant été hospitalisés en 2000-2001, 85 % estiment que la qualité des soins était bonne ou excellente. Toutefois, un patient sur cinq ayant reçu des services spécialisés en 2001 déclare que l'attente avait eu des conséquences néfastes sur sa vie (stress, augmentation de la douleur, détérioration de la santé, chômage ou perte de revenu).

En dépit de ce que l'on croit, les hôpitaux sont moins fréquentés qu'auparavant. Le nombre de nuits que les Canadiens ont passées dans un hôpital de soins de courte durée a diminué d'environ 10 % entre 1995-1996 et 2000-2001. Malgré tout, les établissements de soins de courte durée ont enregistré quelque 21 millions de jours de soins en 2000-2001, soit une moyenne de 7,2 jours par patient. Les taux d'hospitalisation pour des affections ne nécessitant que des soins ambulatoires (CPSA), comme le diabète, l'asthme et l'hypertension, ont chuté partout au Canada. En 2000-2001, ces problèmes de santé représentaient 4,1 % de toutes les hospitalisations, comparativement à 4,6 % en 1996-1997.

### Survivre à l'hôpital

Selon les données du Groupe d'étude canadien sur les soins

de santé préventifs (GECSSP), présentées dans *Les soins de santé au Canada 2003*, 12,2 % des patients hospitalisés en raison d'un nouvel infarctus du myocarde entre 1998-1999 et 2000-2001 sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission. De même, 18,9 % de ceux ayant subi un nouvel accident vasculaire cérébral, hospitalisés durant la même période, sont décédés dans le même laps de temps. Les taux, dans la plupart des provinces, étaient semblables à la moyenne canadienne. Toutefois, de grands écarts ont été observés sur le plan régional.

La sous-utilisation d'interventions efficaces, le recours à des soins non nécessaires ou inappropriés et les effets indésirables peuvent entraîner la maladie, la mort et la hausse des coûts.

Les auteurs du rapport *Les soins de santé au Canada 2003* se demandent dans quelle mesure les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé suivent les recommandations du GECSSP et quel serait l'effet sur la santé des Canadiens et sur les coûts actuels et futurs, si elles étaient toutes appliquées.

D'autres rapports de l'ICIS sur différents sujets, de même que *Les soins de santé au Canada 2003*, sont disponibles sur le site Web de l'ICIS, à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

On peut obtenir des exemplaires imprimés à l'adresse suivante :

**Institut canadien  
d'information sur la santé**  
Bureau des commandes  
377, rue Dalhousie, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1N 9NB  
Tél. : (613) 241-7860  
Télec. : (613) 241-8120 ☎