

par Emmanuèle Garnier

Pression sanguine

L'efficacité de la mesure à la maison

Les mesures de la pression sanguine à la maison sont-elles aussi valables que celles qui sont effectuées au cabinet du médecin ? Elles pourraient même être meilleures, selon une importante étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* : une augmentation de 10 mm Hg de la pression systolique mesurée à la maison accroît le risque de complications cardiovasculaires de 17 %¹. Mais le même lien n'est pas significatif pour les mesures prises au cabinet.

Expert en hypertension et directeur de la recherche au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le **D^r Pavel Hamet** refuse de rejeter la prise de la pression au cabinet. « Toutes les évaluations de risque faites jusqu'à présent sont basées sur la tension artérielle au cabinet. » L'idéal pour le spécialiste est de recourir aux

deux types de mesures. « Le cœur ne subit pas seulement la pression sanguine au cours de la visite chez le médecin, il la supporte pendant 24 heures. »

L'hypertension masquée

D'où viennent ces données qui détonnent dans le paysage de l'hypertension ? Une équipe de chercheurs français s'est intéressée à la pression prise à la maison et au cabinet chez 4939 sujets traités pour hypertension. Les patients, âgés de 60 ans et plus, ont été suivis par leur médecin de famille pendant en moyenne 3,2 ans dans le cadre de l'étude. L'hypertension était considérée comme mal maîtrisée à partir de 140/90 mm Hg au cabinet et de 135/85 mm Hg à la maison. Les scientifiques surveillaient entre autres l'apparition de complications cardiovasculaires.

Les résultats révèlent que lorsque la mesure a lieu à la maison toute hausse de 10 mm Hg de la pression systolique accroît le risque de troubles cardiovasculaires de 17,2 %. Et pour chaque augmentation de 5 mm Hg de la pression diastolique, le risque s'intensifiait de 11,7 %. Étrangement, au cabinet, ces mêmes hausses n'étaient pas liées à une augmentation significative du risque.

L'étude a également permis de découvrir que chez 9 % des participants la pression semblait normalisée au cabinet, mais ne l'était pas à la maison. Ils avaient une « hypertension masquée ». Le risque de ces patients était similaire sur le plan cardiovasculaire à celui des sujets hypertendus, tant à la maison qu'au cabinet.

À l'inverse, la pression de 13 % des participants était élevée au cabinet, mais pas à la maison. Le syndrome de la blouse blanche. Sur le plan cardiovasculaire, le risque des patients concernés était similaire à celui des sujets dont l'hypertension était maîtrisée à la maison et au cabinet.

« La pression sanguine devrait être systématiquement



D^r Pavel Hamet

1. Bobrie G, Chatellier G, Genes N et coll. Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004 ; 291 : 1342-9.

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Pression sanguine</i>	
<i>l'efficacité de la mesure à la maison.....</i>	11
<i>Heart Protection Study</i>	
<i>statine et accidents vasculaires cérébraux</i>	12
<i>Mise en garde</i>	
<i>Hépatotoxicité potentiellement mortelle et Viramune</i>	15
<i>Dépistage précoce du cancer buccal</i>	94
<i>Obstétrique</i>	
<i>optimiser la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse</i>	95
<i>CoaguChek : quand le test sort des laboratoires</i>	96
<i>Bibliographies</i>	
<i>La mort devant soi</i>	97
<i>Se relever d'un traumatisme.....</i>	97

mesurée à la maison chez les patients sous traitement antihypertenseur », concluent les auteurs de l'étude. Le D^r Hamet ne cache pas sa satisfaction devant leurs résultats. « Nous disposons maintenant de données plus solides, obtenues sur une population caucasienne, qui montrent l'importance de prendre la pression artérielle à la maison. »

Pour vérifier l'efficacité du traitement

Comment utiliser les mesures de la pression notées par le patient parallèlement à celles qui sont obtenues au cabinet ? Le D^r Hamet se sert des valeurs qu'a mesurées l'infirmière pour décider du traitement. « C'est une base solide, que je connais bien. La tension artérielle est prise en position debout, couchée et assise. » Les mesures que consigne le patient permettent cependant au médecin de disposer de plus de données. « L'étude montre que la prise de la pression à la maison ne sert pas seulement à accroître l'observance du patient, mais aussi à vérifier l'efficacité du traitement. » En cas d'écarts importants entre les deux types de mesures, le D^r Hamet prescrit la prise ambulatoire de la pression artérielle pendant 24 heures.

Dans la plupart des cas, la pression sanguine au cabinet est supérieure à celle qui est prise chez le patient. « Des études ont montré qu'à la maison la pression systolique est de 15 mm Hg plus basse que chez le médecin et la pression diastolique de 10 mm Hg inférieure. Si l'on modifie le traitement antihypertenseur en visant les mêmes valeurs qu'au cabinet, on va réduire la dose de médicaments. C'est dangereux parce que le risque du patient demeure le même. » C'est d'ailleurs ce qu'a récemment confirmé une nouvelle étude parue dans le *Journal of the American Association*².

Un traitement moins intensif

L'étude THOP (*Treatment of Hypertension Based on Home or Office Blood Pressure*), réalisée par des chercheurs belges et irlandais, a permis d'analyser l'effet d'un traitement antihypertenseur rectifié soit à partir des mesures prises à la maison, soit à partir de celles du médecin.

Au bout d'un an, la pression diastolique des

203 patients dont le traitement avait été corrigé selon les mesures prises à la maison était moins bien maîtrisée que celle des 197 autres participants. La différence atteignait 6,8/3,5 mm Hg d'après les mesures effectuées au cabinet. Résultat : quelque 26 % des patients dont la pression était prise à la maison ont été autorisés à cesser leur traitement, ce qui n'a été le cas que de 11 % de ceux dont la pression artérielle était évaluée au cabinet. « Cette étude prouve que la pression sanguine est plus basse à la maison, mais que le risque reste le même », résume le D^r Hamet. ❧

Heart Protection Study

statine et accidents vasculaires cérébraux

Tous les patients susceptibles de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) devraient-ils dorénavant prendre une statine ? Une sous-analyse de l'étude Heart Protection révèle que 40 mg de simvastatine par jour réduit de 25 % l'incidence d'AVC chez les patients à risque, même s'ils ne souffrent pas d'hypercholestérolémie ou de maladie coronarienne.

Mais les données ne sont pas aussi limpides qu'on pourrait le souhaiter. Paradoxalement, les patients ayant déjà eu un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT) ne bénéficient aucunement des bienfaits de la statine sur le plan vasculaire cérébral. Et de manière générale, le médicament ne protégerait pas les personnes à risque contre les AVC graves ($p = 0,06$) (figure).

« Je vais prescrire un hypolipémiant à un malade qui a subi un AVC s'il souffre d'une maladie vasculaire cardiaque ou périphérique. C'est ce que recommandait la conclusion de l'analyse primaire de l'étude Heart

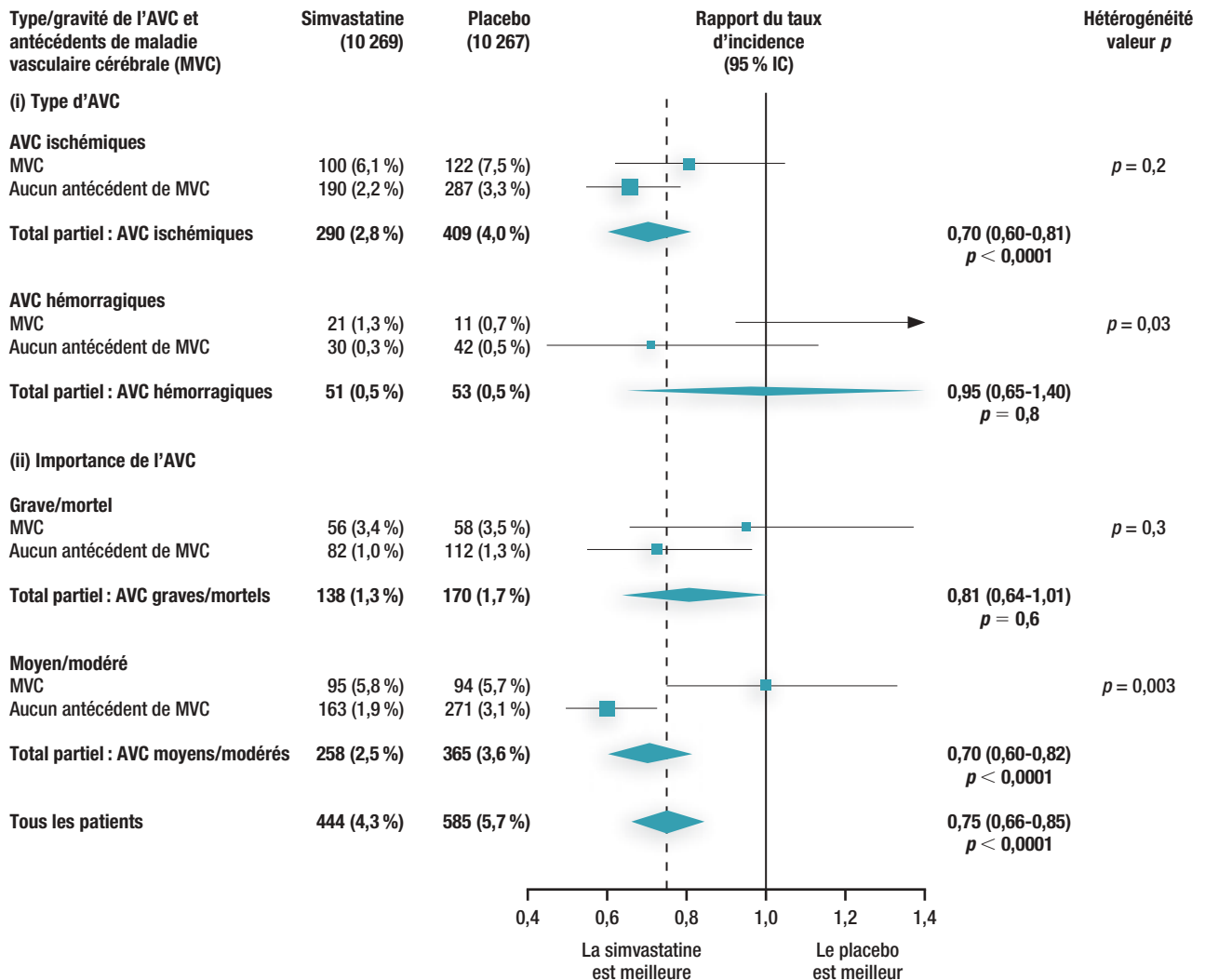


D^{re} Louise-Hélène Lebrun

Photo : Luc Lauzière

2. Staessen JA, Den Hond E, Celis H et coll. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office : a randomized controlled trial. *JAMA* 2004 ; 291 : 955-64.

Effet de la prise de simvastatine sur le type d'AVC et leur gravité chez les participants répartis selon la présence d'antécédents de maladie vasculaire cérébrale



Les analyses concernant les types d'AVC portent sur le nombre de participants qui ont eu un premier AVC ischémique ou un premier AVC hémorragique (11 ont eu les deux). Ceux qui n'ont eu que des AVC inclassables n'ont pas été inclus (avec antécédents de MVC : 48 dans le groupe sous simvastatine et 42 dans le groupe témoin. Sans antécédents de MVC : 55 contre 92). Les AVC hémorragiques incluaient les hémorragies sous-arachnoïdiennes : 12 dans le groupe sous simvastatine contre 8 dans le groupe témoin. En ce qui concerne la gravité des AVC, les analyses portent sur le nombre de participants ayant eu un AVC qui pouvait être classé dans l'une ou l'autre des deux catégories. Ceux dont on ignorait la gravité de l'AVC n'ont pas été inclus (avec antécédents de MVC : 26 dans le groupe sous simvastatine et 27 dans le groupe témoin. Sans antécédents de MVC : 35 contre 44).

Symboles :

- Carrés : leur surface est approximativement proportionnelle au nombre de sujets atteints dans chaque sous-division.
- Lignes horizontales : elles finissent pas une flèche quand l'intervalle de confiance dépasse l'échelle.
- Losanges : représentent le rapport du taux d'incidence des événements et les intervalles de confiance à 95 % des totaux partiels et du total général.

Reproduit avec l'autorisation d'Elsevier (*Lancet* 2004 ; 363 : 757-67).

Protection. Cependant, si le patient ne présente pas de maladie artérielle, je ne pense pas que cette sous-analyse soit assez puissante pour que l'on change notre pratique »,

estime la **D^{re} Louise-Hélène Lebrun**, chef de l'Unité de prévention des maladies vasculaires du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Un effet sur presque tous les groupes

L'étude Heart Protection, dont les résultats sont publiés dans le *Lancet*, comprenait 3280 patients souffrant de maladie vasculaire cérébrale ainsi que 17 256 sujets présentant un facteur de risque soit une maladie artérielle oblitérante ou le diabète¹. Les participants, distribués au hasard en deux groupes, ont pris quotidiennement soit 40 mg de simvastatine (Zocor®), soit un placebo.

Pendant les cinq ans de l'étude, la simvastatine a réduit le taux de cholestérol du groupe traité de 1 mmol/l par rapport à celui du groupe témoin. Résultat : une diminution significative de 25 % d'accidents vasculaires cérébraux chez les premiers. Ainsi, 5,7 % des patients prenant un placebo ont eu un AVC, contre 4,3 % chez ceux qui recevaient la statine ($p < 0,0001$). L'écart entre les deux groupes atteignait 30 % pour les AVC ischémiques, mais n'était pas significatif pour les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques.

La baisse de quelque 25 % du taux d'AVC est apparue dans tous les groupes de patients : chez ceux qui avaient une maladie coronarienne, étaient atteints de diabète, avaient initialement plus de 70 ans, présentaient différentes valeurs de pression sanguine ou de cholestérolémie (y compris ceux dont le taux de cholestérol LDL était inférieur à 2,6 mmol/l).

Seul détail dissonant : les sujets qui auraient eu le plus besoin des effets protecteurs de la simvastatine en bénéficiaient le moins. Ainsi, les patients qui avaient déjà subi un AVC ou une ICT n'ont profité d'aucune réduction de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux. Serait-ce l'effet du hasard ? C'est ce que les auteurs de l'étude laissent entendre. Il n'y a eu que quelque 300 nouveaux accidents vasculaires cérébraux dans ce groupe, soulignent-ils. « Cette conclusion est une extrapolation et non une donnée prouvée », prévient la D^{re} Lebrun.

La statine a quand même eu des effets

favorables sur les participants ayant déjà eu une maladie vasculaire cérébrale. Elle a réduit de 20 % le taux de complications vasculaires graves (infarctus du myocarde non mortel, décès dû à un problème coronarien, AVC ou revascularisation) par rapport au groupe témoin. « Ces données sont importantes puisque la simvastatine devient indiquée pour prévenir ces complications chez les patients ayant déjà eu un AVC ou un ICT. »

Une mesure coûteuse

La réduction du taux d'AVC associée à la statine s'est manifestée rapidement. Déjà, au cours de la deuxième année, elle a commencé à être significative. Le traitement ne serait cependant pas très économique dans le seul but de prévenir un AVC. En cinq ans, il n'a permis qu'à 14 personnes pour 1000 d'éviter un accident vasculaire cérébral. « Le coût du médicament coûte à peu près 90 \$ par mois, ce qui fait environ 1080 \$ par année pour chacune des 1000 personnes. Cela signifie qu'il faut dépenser plus de un million de dollars pour éviter trois AVC par an ! », calcule la D^{re} Lebrun.

L'étude Heart Protection a par contre des côtés rassurants. Elle a montré que la prise de simvastatine ne causait pas de saignements cérébraux, même chez les sujets dont le taux élevé de cholestérol était peu élevé. « Cette donnée est intéressante. En tant que médecins, elle nous rassure », explique la D^{re} Lebrun. La neurologue a également été satisfaite de constater que le médicament n'avait pas provoqué de myopathie ou de neuropathie.

L'utilité de l'étude Heart Protection pour les cliniciens ? « Cet essai pourrait aider les patients présentant, par exemple, un souffle carotidien, un taux de cholestérol à la limite supérieure de la normale et un diabète léger. Cette étude semble indiquer qu'ils auraient avantage à prendre un hypolipémiant. Elle constitue aussi un incitatif à bien évaluer les autres lits artériels chez les personnes souffrant d'un problème neurovasculaire. Il faut cependant attendre la conclusion des autres études en cours, telles que SPARCL, avant d'élargir l'indication des hypolipémiants aux AVC isolés. »

1. Heart Protection Study Collaborative Group. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20 536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. *Lancet* 2004 ; 363 : 757-67.

Mise en garde

Hépatotoxicité potentiellement mortelle et Viramune

La névirapine (Viramune®), antirétroviral utilisé dans le traitement de l'infection par le VIH, a été associée à des problèmes d'hépatotoxicité graves, parfois mortels. Les femmes dont la numération de CD₄ est supérieure à 250 cellules/mm³ au début de la thérapie semblent particulièrement touchées. Leur risque d'être victimes d'une atteinte hépatique est douze fois plus élevé. Ce sous-groupe comprend, par ailleurs, les patientes enceintes recevant un traitement à long terme contre l'infection par le VIH.

Les hépatotoxicités liées à la névirapine, qui sont souvent accompagnées d'une éruption, risquent davantage de survenir pendant les six premières semaines du traitement. Comme cette possibilité persiste ensuite, le patient doit continuer à faire l'objet d'un suivi étroit au cours des trois mois suivants et être surveillé tant qu'il est sous traitement.

Le fabricant du Viramune, Boehringer Ingelheim, estime qu'il serait prudent qu'au début du traitement les médecins effectuent une surveillance clinique et fassent passer des analyses de laboratoire à leurs patients plus d'une fois par mois. Des tests de la fonction hépatique peuvent, par exemple, être prescrits au début de la prise de névirapine, avant d'augmenter la dose, et deux semaines après.

Un test de la fonction hépatique

devrait également être effectué chez tout patient présentant une éruption, surtout si elle survient pendant les 18 premières semaines du traitement. Le médicament ne doit pas être administré de nouveau si l'augmentation du taux d'AST ou d'ALT atteint plus de cinq fois la limite supérieure de la normale.

Depuis 1998, un cas de syndrome de Stevens-Johnson accompagné d'une hépatite a été signalé au Canada chez une patiente traitée par la névirapine en association avec d'autres antirétroviraux. Ce syndrome, tout comme

(Suite à la page 94) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 15)

l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse, peut être précédé de symptômes pseudogrippaux.

La prise de Viramune devrait être définitivement interrompue chez les patients présentant une éruption grave ou accompagnée de symptômes comme de la fièvre, des ampoules, des lésions buccales, une conjonctivite, un œdème facial, des douleurs musculaires ou articulaires ou encore un malaise général. Dans certains cas, l'atteinte hépatique se poursuit malgré l'arrêt de la prise du médicament. ❧

Dépistage précoce du cancer buccal

par Francine Fiore

Afin de sensibiliser les dentistes, mais également tous les autres professionnels de la santé, dont les médecins, à l'importance du dépistage précoce du cancer buccal, l'Ordre des dentistes du Québec publie un intéressant document sur le sujet. Ce supplément du *Journal dentaire du Québec*, intitulé *Le dépistage précoce du cancer buccal – Le dentiste peut faire une différence*, contient tout ce qu'il faut savoir pour mieux dépister, traiter et soutenir les personnes atteintes.

Rédigés par des experts québécois, les articles portent entre autres sur l'épidémiologie et l'étiologie, l'examen clinique et les tests de dépistage, ainsi que sur les modalités thérapeutiques et leurs effets secondaires.

Au Canada, environ 3000 nouveaux cas de cancer de la bouche et du pharynx sont diagnostiqués chaque année, dont plus de 700 au Québec. Seulement un tiers des cas sont décelés au cours des premiers stades de la maladie, phase où les chances de survie sont les plus élevées. Depuis quelques années l'Ordre des dentistes fait donc la promotion du dépistage précoce.



Examen et manifestations cliniques

Reconnu comme le meilleur moyen de détecter le cancer buccal, l'examen clinique extrabuccal et intrabuccal est décrit en détail et en images dans le document qui passe en revue les muqueuses, la langue, le plancher buccal et le palais. Une ulcération, une excroissance, une coloration ou une pigmentation anormales des muqueuses ou des gencives et une induration sont quelques-uns des signes qui sonnent l'alarme. Des tests diagnostiques y sont également décrits, dont la cytologie exfoliatrice, l'analyse de l'ADN ainsi que la biopsie, qui constitue l'unique façon de poser un diagnostic de cancer buccal.

Représentant plus de 90 % de tous les cancers de la bouche, le carcinome épidermoïde de la cavité buccale touche de deux à trois fois plus d'hommes que de femmes. S'appuyant sur de nombreuses illustrations, le texte en révèle les différentes manifestations cliniques comme la leucoplasie, l'érythroplasie, l'érythroleucoplasie, une ulcération chronique, une masse bourgeonnante ou une lésion endophytique.

Le dentiste et le médecin

Selon le **D^r Robert Salois**, président de l'Ordre des dentistes du Québec, même si les dentistes sont bien placés pour effectuer un dépistage précoce du cancer buccal, la collaboration des médecins est essentielle afin d'augmenter le nombre de diagnostics précoces.

« Ce sont des partenaires importants, estime-t-il. Si le médecin procède à un examen de la bouche au cours de la visite annuelle du patient, il pourra intervenir dès qu'il voit une anomalie, car seulement 60 % des Québécois visitent le dentiste régulièrement. »

Par ailleurs, l'Ordre recommande aux patients de procéder à l'auto-examen de la bouche. « S'ils informent le médecin des symptômes qu'ils ont découverts, on pourra de cette manière sauver des vies », dit le D^r Salois.

On peut se procurer le document *Le dépistage précoce du cancer buccal* en s'adressant à l'Ordre des dentistes du Québec, au (514) 875-8511 ou au 1 800 361-4887. Il est aussi disponible

au www.odq.qc.ca ❧

Obstétrique

optimiser la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse

par Luc Dupont

Si l'on se fie à l'état actuel des connaissances sur le risque de malformations congénitales associées aux antidépresseurs, il n'y a aucune raison de cesser d'en prescrire pendant la grossesse. Or, selon une étude torontoise, plus de 50 % des femmes enceintes qui arrêtent de prendre leur antidépresseur le font à la suite d'une recommandation de leur médecin. Comment expliquer une telle situation ?

« Beaucoup de médecins sont encore sensibles à l'onde de choc causée, au début des années 1960, par les ravages de la thalidomide, et n'aiment pas prescrire des médicaments pendant la grossesse », affirme **M^{me} Anick Bérard**, épidémiologiste, titulaire de la Chaire Médicament, grossesse et allaitement à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Selon elle, cette réticence est aussi alimentée par l'absence de données concernant les effets des médicaments pendant la grossesse, Santé Canada interdisant les essais cliniques chez les femmes enceintes.

Les publications scientifiques sur le sujet indiquent un taux de malformations à la naissance de 1 % à 3 % chez les enfants dont les mères ont pris des antidépresseurs pendant la grossesse, ce qui est identique à celui qu'on mesure dans la population en général. Par contre, observe M^{me} Bérard, les effets néfastes, voire désastreux, liés à l'arrêt du traitement antidépresseur sont beaucoup plus palpables. « À côté des cas très médiatisés de femmes enceintes qui se sont suicidées après avoir cessé, parfois brutalement, de prendre leurs médicaments, on retrouve aussi toutes celles qui décident de se faire avorter au moment du retour des symptômes dépressifs », explique-t-elle.

Dans une plus large mesure, on observe également de nombreuses femmes aux prises avec des troubles de sommeil, d'anxiété ou d'alimentation, ou encore avec une surconsommation d'alcool ou de cigarettes, des problèmes néfastes pour le fœtus. Sensibilisé à une telle situation, le collègue américain des psychiatres a émis une directive prônant une utilisation optimale des antidépresseurs pendant la grossesse, précise l'épidémiologiste, qui était jusqu'à récemment professeur au Albert Einstein College, de New York.

Une recherche québécoise

Si aucune recherche n'a montré de liens significatifs entre les antidépresseurs et les effets physiques sur le bébé, il ne s'en est trouvé également aucune pour balayer complètement le doute. La raison ? Les échantillons de femmes recrutées dans ces études ont toujours été de taille insuffisante, ne dépassant pas 400.

Les choses sont cependant appelées à changer, car Anick Bérard a entrepris une étude qui aura une puissance statistique suffisante pour établir des conclusions probantes. « À partir des banques de données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, de l'Institut de la statistique du Québec et de Med-Echo, nous avons constitué une cohorte de plus de 11 000 femmes québécoises dont le fœtus a été exposé aux antidépresseurs, sur une période allant de quelques semaines à neuf mois, explique-t-elle. Notre objectif est de comparer, sur le plan des anomalies congénitales, le bébé des femmes qui ont cessé de prendre leur antidépresseur dès le premier trimestre à ceux qui ont été exposés durant toute la grossesse. »

En toute situation, M^{me} Bérard invite les professionnels de la santé à communiquer avec les pharmaciennes expérimentées du Centre IMAGE (Info-médicaments en allaitement et grossesse) de l'Hôpital Sainte-Justine, qui ont accès aux données les plus récentes sur le sujet. Le service est tout à fait gratuit.

Centre IMAGE : (514) 345-2333. ☎

CoaguChek : quand le test sort des laboratoires

par Luc Dupont

En sera-t-il un jour de la surveillance du taux de coagulation comme il en est aujourd'hui de celle de la glycémie : en recourant à une simple machine que le patient peut utiliser à domicile ? C'est ce qui semble se profiler à l'horizon avec l'implantation progressive au Québec du CoaguChek, un appareil qui mesure le taux de coagulation. Pour l'instant, toutefois, ce sont surtout les pharmacies qui sont mises à contribution.

Plusieurs centaines de pharmaciens, de quelque 250 pharmacies² partout au Québec, ont reçu l'automne dernier une première formation leur permettant de devenir des dépositaires reconnus de l'appareil. Le cours les rend également aptes à encadrer les personnes qui se présenteront à la pharmacie pour passer sur place le test de coagulation. Éventuellement, certains pharmaciens pourront même, après une entente avec le médecin soignant, procéder eux-mêmes aux ajustements médicamenteux nécessaires.

Une fiabilité de 57 % au-dessus d'un RIN de 3

Dorénavant, la Loi 90 permet aux pharmaciens d'entreprendre ou d'ajuster « selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées ». Cette nouvelle disposition va ainsi se concrétiser dans le domaine de l'anticoagulothérapie.

« Le médecin traitant, qui détermine les balises

thérapeutiques, reste responsable du patient, mais peut permettre au pharmacien de son quartier ou de sa région de gérer la médication anticoagulante », précise M. Émanuel Settecasì, coordonnateur du Service de biologie médicale au Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Comment se fera la délégation des pouvoirs ? Le médecin devra-t-il donner ses directives au pharmacien sur l'ordonnance même ? « Il est difficile, pour l'instant, de dire avec précision comment les choses se passeront. Ce genre de questions fait encore l'objet de discussions entre l'Ordre des technologistes médicaux, l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins du Québec, indique M. Settecasì. Il est certain cependant que la pharmacie participante pourrait être incitée à s'affilier à un laboratoire de référence qui aura un programme d'assurance-qualité du test et à rester en liaison avec le médecin soignant. »

Mais dans quelle mesure les résultats du CoaguChek sont-ils fiables ? « Si l'analyse et l'encadrement sont bien faits, on peut s'y fier autant qu'aux résultats d'un glucomètre », assure M. Settecasì. Par ailleurs, dans une étude publiée en 1998, où l'on comparait les mesures du CoaguChek à celles qui avaient été effectuées en laboratoire, 86 % des résultats étaient conformes aux critères d'acceptabilité. En outre, 79 % des mesures se situaient à l'intérieur d'un écart maximal de 0,5 unité RIN (rapport international normalisé). Cependant, la précision du CoaguChek avait tendance à décroître lorsque le nombre d'unités RIN dépassait 3. L'adéquation entre les résultats de l'appareil et du laboratoire n'était plus que de 57 % entre 3,1 et 4, et tombait à 21 % au-dessus de 4.¹

« Ces limites sont inhérentes à ce type d'appareil, précise le coordonnateur du Service de biologie médicale de l'hôpital de Lanaudière, qui fait office de centre serveur pour la région Lanaudière Nord. D'ailleurs, les directives qui obligent les établissements du réseau utilisant un CoaguChek à rester en liaison avec un centre serveur sont conçues pour que ces imprécisions puissent être corrigées au laboratoire (il n'y a

(Suite à la page 128) >>>

1. Pour obtenir la liste des pharmacies reconnues, communiquer avec M. Pierre Tardif, chez Roche Diagnostics, au 1 800 361-2070, poste 3099.

2. Douketis JD, Lane A, Milne J et coll. Accuracy of a portable international normalization ratio monitor in outpatients receiving long-term oral anticoagulant therapy: comparison with a laboratory reference standard using clinically relevant criteria for agreement. *Thrombosis Research* 1998 ; 92 : 11-7.

La mort devant soi **Euthanasie, des clés pour un débat**

dirigé par Sophie Aurenche



Encore aujourd'hui, le mot euthanasie fait peur ! Certains sont pour d'autres, contre ! Le débat n'est pas seulement médical, mais s'étend aussi aux sphères sociopolitique, éthique et juridique. Au centre du discours s'inscrivent en majuscules les mots dignité, compassion, choix de fin de vie et droit de bien mourir. Mais qu'en est-il vraiment ?

L'euthanasie est-elle une preuve d'humanisme ou une pratique inhumaine ? Augmente-t-on la dose de morphine pour tuer ou soulager ? Où se situe la frontière entre l'acte médical et le geste criminel ?

En constante ébullition, le débat autour de l'euthanasie donne lieu à de nouvelles prises de position. Voici un ouvrage qui fait écho aux propos d'intervenants qui évoluent dans des milieux différents, mais qui sont tous profondément touchés par le sujet. Comme s'il s'agissait d'une discussion, ils opposent leurs points de vue, discutent des fondements de leurs opinions et aussi de leurs actions, tout en révélant le sens qu'ils donnent à cette intervention. Ainsi, un médecin ose briser la loi du silence et raconte quand et comment il a pratiqué l'euthanasie. Une infirmière, un pédopsychiatre, un historien, un juriste et un militant s'expriment également.

Par ailleurs, le texte remonte le temps et fait l'histoire de l'euthanasie. De l'origine du mot, on passe à la pratique de l'acte à travers les âges. Puis, on aborde l'euthanasie sous l'angle de la philosophie et l'on fait un tour d'horizon de la situation internationale et des lois en vigueur dans différents pays. L'euthanasie demeure un débat actuel, et le livre fournit quelques idées pour continuer de l'alimenter.

Les Éditions Autrement, Paris, 2003, 128 pages, 25,95 \$.

Se relever d'un traumatisme **Réapprendre à vivre et à faire confiance**

de Pascale Brillon



Soudain c'est la catastrophe ! Semblable à la guillotine, un événement tragique décapite notre existence. Tout s'effondre ! Le corps et l'esprit sont brisés, déchirés. Notre confiance en la vie et la en nature humaine s'est enfuie très loin.

Hanté par cet événement, on a peur de tout. Douleurs physiques et psychologiques se conjuguent et ébranlent

le quotidien. Comment s'en sortir ?

Unique en langue française, voici un livre d'accompagnement pour tous ceux et celles qui souffrent de symptômes post-traumatiques. Proposant des éléments de réflexion et des outils appropriés à la situation, il permet de mieux comprendre ce qui se passe et de récupérer.

Spécialiste des traitements post-traumatiques, l'auteure est psychologue-chercheuse à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et codirectrice du Laboratoire d'étude du trauma de l'Université du Québec à Montréal.

Dans ce guide de survie, elle enseigne comment être à l'écoute de son corps, reconnaître les émotions ressenties, les accepter et vivre avec. À son avis, le rétablissement repose sur l'intégration des émotions et la « digestion du traumatisme ». Des questionnaires permettent de déceler et d'évaluer les symptômes, de les comprendre et de les démythifier. Des techniques pour en diminuer l'intensité et des exercices sont également enseignés.

Explorant différentes pistes visant à rétablir le bien-être et la qualité de vie, l'auteure se penche aussi sur les comportements et réactions qui se manifestent pendant l'événement, sur la culpabilité que ressentent souvent les victimes, de même que sur les relations avec l'entourage qui ne comprend pas toujours ce qui se passe. Enfin, il est possible de donner un sens au traumatisme afin de profiter de cette expérience pour grandir. ☘

Les Éditions Quebecor, Montréal 2004, 280 pages, 29,95 \$.

Index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques
ALTANA PHARMA INC.	
Corporatif.....	66
ASTRAZENECA CANADA INC.	
Atacand	82 120-121
AVENTIS PHARMA INC.	
Ketek	39 99-101
BERLEX CANADA INC.	
Diane-35	88 108-109
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Spiriva	29 118-119
BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.	
Tequin	65 106-107
BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC. / SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.	
Avapro	6 110-111
FUJISAWA CANADA INC.	
Protopic	48 127-128
GLAXOSMITHKLINE INC.	
Advair	72 103-105
Avandamet.....	8-9 124-126
L'ALLIANCE DES MPOC DU CANADA	
Congrès	38
LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA	
.....	87
MERCK FROSST CANADA & CIE / SCHERING CANADA INC.	
Ezetrol	couv. IV 112-113
Ministère de la Santé et des Services sociaux – Conseil du médicament, Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Association québécoise des pharmaciens propriétaires, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Fédération des médecins spécialistes du Québec, Altana Pharma inc., AstraZeneca inc., Janssen-Ortho, Laboratoires Abbott Limitée et Solvay Pharma inc.	
Utilisation optimale des IPP	couv. III
OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS	
.....	15
ORGANON CANADA LTÉE	
Marvelon.....	92
PFIZER CANADA INC.	
Aricept	40 98
Lipitor	18 116-117
PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA	
Bextra	couv. II 114-115
SCHERING CANADA INC.	
Coricidin II.....	30
Nasonex.....	16 105
STIEFEL CANADA INC.	
Stieprox	20 107
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Premarin.....	4 122-123

◀◀◀ (Suite de la page 96)

cependant pas encore d'obligations légales en ce sens pour les pharmacies). »

À quand le CoaguChek à domicile ?

L'autosurveillance de la coagulation à domicile, qui est l'un des objectifs du fabricant du CoaguChek, ne se concrétisera probablement pas dans l'immédiat. « Cette phase-là nécessite une infrastructure plus complexe à installer tant pour le Ministère que pour les instances médicales », affirme M. Settecasì.

Le patient qui pourra vérifier lui-même son taux de coagulation à domicile devra répondre aux critères suivants : être traité par la warfarine ; avoir besoin d'une surveillance prolongée de son taux de coagulation et être en mesure d'assurer le coût de l'appareil (995 \$). « Cela représente environ trois ou quatre patients sur dix », estime M. Robert Desforges, représentant de la société Roche Diagnostics. Il précise en outre que les compagnies d'assurances ne remboursent pas, pour l'instant, le coût de l'appareil.

Jusqu'à maintenant, le CoaguChek n'est entré à domicile que par l'intermédiaire de programmes spéciaux. L'Hôpital Sainte-Justine, par exemple, a mis sur pied un programme qui permet à certains patients et à leur famille d'avoir un tel appareil chez eux, évitant ainsi à l'enfant la lourdeur des visites répétées à l'hôpital. De même, à la suite d'un projet-pilote mené il y a trois ans à Chertsey, un nombre croissant de CLSC ont commencé à utiliser les CoaguChek afin de desservir la clientèle du programme de maintien à domicile. ☞