

MPOC* au Canada et au Québec des diagnostics posés sans spirométrie



D^r Jean Bourbeau

Au Canada, seulement 35 % des omnipraticiens recourent à la spirométrie pour diagnostiquer la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)* et seulement 19 % possède les connaissances nécessaires pour en interpréter les résultats. Au Québec, les données sont à peine meilleures : 38 % ont déjà employé le test et 27 % peuvent en utiliser aisément les résultats.

Ces données frappantes viennent d'un sondage préparé par l'Association pulmonaire du Canada (APC) avec la

collaboration de la Société canadienne de thoracologie. L'enquête a été réalisée auprès de 252 médecins canadiens, généralement des omnipraticiens, dont 48 venaient du Québec.

Les résultats dévoilés sont troublants pour le D^r Jean Bourbeau, qui représentait la Société canadienne de thoracologie dans le groupe de travail de l'APC. « La spirométrie est un outil essentiel. Elle est au diagnostic de la MPOC ce que la glycémie est au diagnostic de diabète et l'électrocardiogramme au diagnostic d'infarctus du myocarde. »

Ainsi, tant au Québec qu'au Canada, la plupart des diagnostics de MPOC sont établis sans le recours à la spirométrie. « Quand on révise ces cas, on s'aperçoit que certains patients n'ont pas vraiment de MPOC. À l'opposé, il y en a beaucoup qui présentent des symptômes, mais chez qui la maladie n'est pas diagnostiquée parce qu'on n'utilise pas le test », indique le D^r Bourbeau, également directeur de la clinique de MPOC du programme de réadaptation pulmonaire du

Centre universitaire de santé McGill.

On ne peut cependant plus invoquer la difficulté d'accès à la spirométrie : 74 % des généralistes canadiens et 69 % des omnipraticiens québécois affirment pouvoir obtenir ce test. « Il est possible que les médecins n'aient pas la conviction que cet examen est important pour établir le diagnostic. Certains nous disent que c'est le patient qui ne veut pas aller le passer. Je pense que cela dépend beaucoup de la manière dont on lui explique l'importance de la spirométrie. »

Le sondage de l'APC souligne cependant certains points forts des médecins québécois. Ainsi, après les cliniciens de l'Alberta, ils sont les plus sensibilisés aux lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie. Soixante-deux pour cent d'entre eux affirment qu'ils respectent ses recommandations au moins la majeure partie du temps quand ils prescrivent un traitement à une personne victime de MPOC.

Toutes ces statistiques se retrouvent dans le document, *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : Rapport d'évaluation nationale* qui présente les grandes lignes de l'enquête de l'Association pulmonaire du Canada¹. « Il s'agit d'un sondage et non d'une étude scientifique sur les pratiques cliniques, même si la sélection des participants a été faite au hasard, précise le D^r Bourbeau. Il faut donc en regarder les tendances plutôt que les résultats précis. »

La liste des médicaments d'exception

Quelle est la qualité du traitement que reçoivent les malades atteints de MPOC au Québec ? « Chez une grande proportion de patients, on est loin d'un traitement

* Aussi appelée bronchopneumopathie chronique obstructive, terme généralement utilisé dans *Le Médecin du Québec*

1. Association pulmonaire du Canada et Société canadienne de thoracologie. *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : Rapport d'évaluation nationale*, 2005. 40 pp. Pour le consulter, voir www.poumon.ca

pharmacologique optimal. On blâme souvent le médecin, mais il faut tenir compte du fait que le système, plutôt que de faciliter la pratique, l'entrave », estime le D^r Bourbeau. Un exemple, selon le spécialiste : certains des médicaments essentiels pour traiter la MPOC, comme le tiotropium (Spiriva®), sont placés sur la liste des médicaments d'exception.

La Société canadienne de thoracologie recommande pourtant dans ses lignes directrices de prescrire un anticholinergique à longue durée d'action (le tiotropium) et un agoniste des récepteurs β_2 -adrénergiques à longue durée d'action (le formotérol – Oxeze® – ou le salmétérol – Serevent®) aux patients dont les symptômes vont de modérés à graves, selon l'échelle de dyspnée du Conseil de la recherche médicale.

Le tiotropium constitue une percée dans le traitement de la MPOC, selon le pneumologue de l'Institut thoracique de Montréal. « Certains patients en perte d'autonomie pourraient, avec ce médicament, augmenter leurs activités, regagner de l'autonomie et avoir une qualité de vie supérieure. On sait aussi que le tiotropium diminue la fréquence des exacerbations et des hospitalisations. Ces résultats ont été confirmés dans une méta-analyse récemment publiée dans la prestigieuse "Cochrane Library" ».

Le problème cependant est que le tiotropium coûte relativement cher. Un traitement de 18 μg par jour revient à quelque 80 \$ par mois. « Mais dans une perspective globale de coût de santé, un médicament qui prévient des hospitalisations permet de faire des économies qui pourraient être beaucoup plus importantes que son coût mensuel », plaide le D^r Bourbeau.

La liste des médicaments d'exception contient également d'autres produits utiles dans le traitement de la bronchopneumopathie. Ainsi, les associations de stéroïdes en inhalation avec

Encadré

Programme de réadaptation pulmonaire

Des programmes de réadaptation pulmonaire sont offerts aux patients atteints de MPOC dans des hôpitaux de différentes régions. Pour savoir où les suivre, on peut consulter le *Bottin de soins et services pour les personnes atteintes de MPOC* dans les sites du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (www.rqam.ca) et de l'Association pulmonaire du Québec (www.pq.poumon.ca).

soit du formotérol (Symbicort® Turbuhaler®), soit du salmétérol (Advair®) s'y trouvent. Selon les lignes directrices, ces associations peuvent être prescrites aux patients atteints qui présentent plus d'une exacerbation par année et à ceux qui souffrent d'une maladie grave et qui demeurent essoufflés malgré un traitement optimal par les bronchodilatateurs à longue durée d'action.

La difficulté qu'ont les médecins à obtenir le médicament adéquat pour leurs patients apparaît dans le sondage. Ainsi, 56 % des médecins québécois interrogés estiment être incapables de prescrire les meilleurs traitements à leurs patients à cause des conditions actuelles de remboursement de médicaments de la province.


Plus de programmes de réadaptation pulmonaire

Selon l'enquête, 85 % des médecins québécois recommanderaient à leurs patients atteints de MPOC une réadaptation pulmonaire. Une composante essentielle du traitement. Dans les faits, néanmoins, très peu de malades en bénéficient. Selon le D^r Bourbeau, il faut plus que conseiller aux malades de faire de l'exercice, il faut les orienter vers un programme structuré (*voir encadré*). « Le malade va y faire de l'exercice,

apprivoiser sa maladie et ses limites, apprendre à utiliser des techniques de respiration, à mieux employer ses médicaments, à conserver son énergie et à maîtriser son anxiété. Il peut ainsi retrouver une certaine autonomie. »

Il n'y a au Québec que 10 centres hospitaliers qui offrent ce type de programmes. Plusieurs proposent toutefois *Mieux vivre avec une MPOC*, un programme de formation avec autogestion qui a été largement mis en place dans la province avec l'aide du gouvernement. « Ce programme est un net progrès et il a l'avantage d'être accessible partout au Québec. Il manque cependant à cette méthode la composante de l'exercice supervisé qui fait partie de tout programme de réadaptation et qui est essentielle pour réduire la dyspnée et accroître la capacité à l'exercice et la qualité de vie du patient », précise le D^r Bourbeau.

La MPOC est donc dorénavant une maladie traitable. Il est ainsi important de diagnostiquer les personnes qui en sont atteintes. Cependant, le visage de cette maladie respiratoire change. De plus en plus de femmes et de personnes de moins de 65 ans sont touchées. « Il faut envisager le diagnostic de MPOC chez tout fumeur ou ex-fumeur de 40 ans et plus présentant des symptômes respiratoires comme une toux productive, de la dyspnée ou des infections respiratoires répétées. » Au Québec, le taux de mortalité due à la MPOC est, par ailleurs, le plus élevé du Canada, si l'on exclut les territoires.

Le sondage de l'Association pulmonaire du Canada avait, entre autres, des buts politiques. Pour le D^r Bourbeau, il est inacceptable qu'en 2006 on fasse si peu pour diagnostiquer et soigner la MPOC. « Nous demandons au gouvernement de permettre l'accès aux médicaments de première ligne dont les bronchodilatateurs à longue durée d'action et la mise sur pied de programmes de réadaptation dans chaque région du Québec. Les pneumologues québécois travaillant dans le domaine sont prêts à collaborer avec le ministère de la Santé, le Conseil du médicament et les associations médicales pour améliorer la situation. » 

Grippe

Roche suspend toujours les ventes de Tamiflu

Roche Canada ne ravitaille plus en Tamiflu® (oseltamivir) que les hôpitaux et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) aux prises avec des éclosions de grippe. Devant la demande sans précédent, et apparemment injustifiée, de son antiviral, la société pharmaceutique a décidé, en octobre dernier, d'en suspendre la vente. Et sa décision restera en vigueur au pays pendant la saison grippale.

« Nous avons agi ainsi parce que nous avons constaté qu'il y avait un grand intérêt pour le Tamiflu et que les ventes de ce médicament grimpaient alors que la saison normale de la grippe n'était pas commencée. Nous voulions être sûrs d'avoir assez de médicaments au moment où elle débiterait. Notre priorité est de ravitailler les hôpitaux et les CHSLD », explique M^{me} Leigh Funston, directrice nationale des communications pour Roche Canada.

Les pharmacies de quartier, par conséquent, ne sont plus réapprovisionnées. Que se passera-t-il une fois que leurs stocks seront épuisés ? Le D^r Michel Savard, médecin-conseil à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, estime que la situation n'est pas préoccupante. « Il est très rare que les médecins utilisent un traitement antiviral contre la grippe dans la population générale. Si la pratique médicale changeait beaucoup, il faudrait alors rajuster le tir. Mais pour l'instant, ce n'est pas un grand problème. »

Le D^r Brian Ward, microbiologiste à l'Hôpital général de Montréal, recommande néanmoins quelques précautions. « Comme il n'y a aucune garantie que l'oseltamivir sera disponible au cours des prochains mois dans les pharmacies de quartier, il faut absolument vacciner les

personnes âgées. Les professionnels de la santé n'insistent pas assez sur cette mesure. » Directeur du Département de maladies infectieuses de l'Université McGill, il conseille également aux médecins qui suivent de nombreuses personnes âgées de s'informer des réserves d'oseltamivir des pharmacies avoisinantes, au cas où l'un de leurs patients en aurait besoin.

Ainsi, seuls les hôpitaux et les CHSLD qui connaissent des flambées grippales peuvent se procurer l'antiviral. Ils n'ont cependant pas la possibilité de le commander à l'avance. Roche demande d'ailleurs une confirmation écrite de l'éclosion de grippe du médecin ou du directeur médical de l'établissement avant d'envoyer du Tamiflu. Elle l'achemine ensuite en moins de 24 heures.

L'oseltamivir doit cependant être pris dans les 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Plus tôt il est absorbé et plus il est efficace. Le D^r Savard ne croit pas cependant que la nouvelle politique de Roche ait des répercussions néfastes, au contraire. « Dans les cas d'une éclosion grippale dans un établissement de soins, on n'est pas à 24 heures près. En ce qui concerne les patients qui présentent des symptômes de grippe depuis moins de 48 heures et que l'on doit hospitaliser, j'ai l'impression que, pour l'instant, les nouvelles mesures de Roche ne constitueront pas un gros problème. Les hôpitaux ont déjà des réserves, et chaque personne n'a besoin que de deux comprimés par jour. » Le médecin-conseil juge d'ailleurs la décision de la société pharmaceutique prudente, puisqu'elle permet de réserver les stocks de Tamiflu aux patients à qui il est nécessaire.

Au début de janvier, la saison de la grippe n'avait pas encore frappé. Seuls quelques cas ont été signalés depuis le 18 décembre. « Actuellement, la grippe saisonnière est en retard, mais on pense que ce n'est que partie remise », indique le D^r Savard.

Ligne de Roche Canada ouverte 24 heures par jour : 1 800 268-0440 ou (905) 542-5500. ☎

Mises en garde

Tequin et glycémie

À la suite de l'administration de Tequin® (gatifloxacine), des patients ont subi une grave hypoglycémie ou une importante hyperglycémie. Dans de rares cas, la vie des patients a été menacée, et un petit nombre d'entre eux en sont même morts. La majorité des personnes affectées présentaient cependant d'autres problèmes de santé et prenaient des médicaments qui ont aussi pu contribuer à perturber leur glycémie.

Les variations du taux de glucose ont généralement été observées chez des patients diabétiques. Cependant, des hypoglycémies et des hyperglycémies se sont aussi produites chez un certain nombre de patients sans antécédents diabétiques. Certaines personnes de plus de 75 ans sont particulièrement exposées à de graves perturbations de la glycémie : celles qui sont atteintes d'une altération de la fonction rénale liée à l'âge, de maladies sous-jacentes ou d'un diabète non diagnostiqué ou encore celles qui prennent d'autres médicaments susceptibles de provoquer une anomalie de la glycémie.

« Si des signes et symptômes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie se manifestent chez n'importe quel patient traité par TEQUIN, on devrait amorcer immédiatement le traitement approprié et arrêter l'administration de TEQUIN », recommande le fabricant, Bristol-Myers Squibb.

En ce qui concerne les patients diabétiques qui reçoivent du Tequin, la société pharmaceutique recommande aux médecins de surveiller de près leur glycémie. Il faut vérifier la présence de symptômes d'hypoglycémie surtout pendant les trois premiers jours du traitement. Après, particulièrement entre le quatrième et le dixième jour, on doit être à l'affût de signes d'hyperglycémie.

Le Tequin est un antibiotique prescrit dans le traitement de certaines infections des poumons, des sinus, des voies urinaires et de certaines maladies transmissibles sexuellement. Une étude effectuée chez plus de 15 000 patients, après sa commercialisation, a montré que des crises d'hyperglycémie associées au médicament surviennent chez 1,3 % des patients diabétiques et chez 0,007 % des personnes non diabétiques. Les hypoglycémies liées au Tequin, par contre, affectent 0,64 % des diabétiques et 0,03 % des autres patients. ☎ *(Suite à la page 103) >>>*

Congrès sur l'alimentation

Sous le thème Alimentation : se régaler, se guérir ou s'empoisonner ? les conférences La Presse/Radio-Canada, organisées en collaboration avec PasseportSanté.net, ont réuni des experts des milieux de la santé et de la nutrition à Montréal en décembre dernier. Le congrès comprenait également une section de formation continue pour les professionnels de la santé intitulée Alimentation : Assaisonner votre propos. Pour une troisième année consécutive, cette rencontre a permis de faire le point sur la multitude de données, parfois controversées, qui ne cessent de jaillir dans ce domaine.

Perdre du poids sans obsession



M^{me} Lyne Mongeau

Le comportement que les gens adoptent concernant la perte de poids peut engendrer le contraire de l'objectif visé, a averti M^{me} Lyne Mongeau, docteur en santé publique et nutritionniste, au cours de sa conférence *Comportements alimentaires et poids dans la balance : influencer sans tomber dans l'obsession et la culpabilité*.

« Ce n'est pas parce qu'on tente de perdre du poids qu'on doit devenir obsessif, précise M^{me} Mongeau, qui travaille

comme conseillère scientifique à l'Unité des habitudes de vie-problèmes reliés au poids, à l'Institut national de santé publique du Québec. Certaines personnes veulent maigrir même si elles ne présentent pas d'excès de poids. Elles sont préoccupées par leur alimentation au point d'y penser sans cesse et de consacrer beaucoup de temps au choix de leurs aliments. »

Selon la diététiste, la restriction cognitive, c'est-à-dire, « le fait de remplacer un comportement alimentaire régulé par des critères internes, par des comportements alimentaires planifiés et déterminés selon des critères cognitifs ou des comportements alimentaires modelés sur

des régimes définis, ou encore une restriction alimentaire globale », donne souvent lieu à des excès¹.

La conférencière donne comme exemple une étude portant sur une dégustation de crème glacée qui montre la relation entre la restriction cognitive et l'augmentation de la consommation alimentaire. Ainsi, les personnes soumises à une restriction cognitive, qu'elles soient de poids normal ou aient un surplus de poids, consomment davantage de crème glacée lorsqu'on leur donne au début du test de dégustation un lait frappé, qu'elles perçoivent comme une intrusion dans leur cadre alimentaire (« J'ai failli à mon régime »). En revanche, pour les mangeurs normaux, l'introduction du lait frappé dans l'expérience leur laisse moins d'appétit pour déguster la crème glacée, et ils en mangent moins².

Comment aider les personnes qui doivent perdre du poids

Bien des gens ont déjà essayé de maigrir sans y parvenir, a constaté la conférencière. À la suite de ces démarches infructueuses, ils ont repris du poids, mangent selon un cadre rigide et sont obsédés par les calories, l'apport nutritionnel et leur santé. Ils se sentent souvent impuissants devant leur problème.

Comment aider ces personnes ? « Il faut d'abord évaluer la situation sur le plan médical, comportemental et psychologique. » Ainsi, la diététiste recommande de vérifier si la personne a déjà essayé de maigrir, de voir quels ont été les résultats obtenus et quelles sont maintenant ses motivations pour recommencer. Il faut aussi analyser les habitudes de vie du patient, son alimentation, son niveau d'activité physique et son contexte social. Elle suggère également d'établir une relation de confiance exempte de tout jugement et de favoriser l'autonomie du client, qui doit faire un autodiagnostic. Il faut, par ailleurs, déterminer des objectifs précis et réalistes. Pour atteindre ces buts,

1. Apfeldorfer G, Zermati JP. La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *La Presse médicale* 2001 ; 30 : 1575-80.

2. Herman CP, Polivy J. A boundary model for the regulation of eating. Dans : Stunkard AJ, Stellar E, rédacteurs. *Eating and Its Disorders*. New York : Raven Press ; 1984. pp. 141-56.



M^{me} Mongeau recommande la création d'équipes multidisciplinaires comportant des médecins, des nutritionnistes et des éducateurs physiques.

La clé du changement pour les personnes qui veulent perdre du poids réside dans l'acceptation de soi, selon la conférencière. « S'accepter, c'est considérer avoir assez de valeur personnelle pour faire de bonnes choses pour soi. Il s'agit d'une constituante de base de l'intervention. »

Pour la nutritionniste, manger procure du plaisir, de la sécurité et de l'affection. « Il faut cesser les régimes amaigrissants, légaliser les aliments, goûter et écouter ses signaux, renforcer sa confiance en soi et s'accepter, tout en mangeant moins mais avec plaisir. » Manger est un geste fondamental et sa contribution à la santé n'est qu'une de ses dimensions. Il faut entretenir un rapport sain avec la nourriture. 🍴

Aliments fonctionnels et nutraceutiques



P^r Benoît Lamarche

Au cours de la table ronde intitulée *Vocation préventive et thérapeutique de l'aliment : sachez doser !* les participants ont tenté de démythifier les effets des aliments sur la santé ainsi que leur vocation préventive et thérapeutique.

« Les différents éléments nutritifs peuvent être très efficaces, parfois autant que la pharmacothérapie, a fait remarquer le **P^r Benoît Lamarche**, directeur de l'Institut des nutraceutiques et

des aliments fonctionnels de l'Université Laval, à Québec. Toutefois, les utilisateurs de ces produits doivent être bien encadrés. Avant d'en consommer, il est recommandé de connaître toutes les preuves scientifiques à l'appui. »

Intérêt pour les « aliments fonctionnels et nutraceutiques »

Rapportant les résultats de l'étude Decima, la **P^{re} Gale West**, du Centre de recherche en économie agroalimentaire de l'Université Laval, à Québec, a indiqué que 89 % des consommateurs canadiens reconnaissent qu'il existe des

aliments contenant des composantes actives pouvant aider à réduire le risque de maladies et à améliorer la santé¹.

De plus, 81 % des consommateurs souhaitent en apprendre davantage sur les aliments fonctionnels et nutraceutiques (AFN), soit sur les aliments naturels et leurs composantes (tomates et lycopes, bleuets et flavonoïdes, saumon et oméga-3, soya et phytoestrogènes, etc.), sur les aliments enrichis et améliorés (lait enrichi d'oméga-3, jus d'orange enrichi de calcium, etc.) ou sur les nutraceutiques (capsules d'ail, gélules d'huile de saumon, etc.). Comme première source d'information à laquelle ils ont recours, 36 % des consommateurs canadiens mentionnent le médecin ; 29 %, Internet ; 14 %, les amis et la famille ; 13 %, les médias et 10 %, les nutritionnistes. En outre, 76 % des répondants trouvent que les nutritionnistes sont les personnes les plus crédibles en ce qui concerne la nutrition ; 75 %, les médecins et 68 %, les pharmaciens.

Par ailleurs, un sondage postal effectué auprès de nutritionnistes et d'omnipraticiens québécois en 2004 par la **P^{re} West** et son équipe indique que 96 % des nutritionnistes cherchent à se tenir à jour en ce qui concerne les AFN, tandis que 67 % des médecins en font autant². Par exemple, 96 % des nutritionnistes et 85 % des médecins reconnaissent l'effet des oméga-3 sur la dyslipidémie ; 91 % des nutritionnistes et 88 % des médecins, celui des phytoestrogènes sur les symptômes de la ménopause ; 80 % des nutritionnistes et 41 % des médecins, l'action des lycopes sur le cancer de la prostate.

Une approche négociée pour obtenir des changements

« Bien sûr, la nutrition c'est important ! affirme la



P^{re} Gale West

1. Decima Research Inc. (2004). Demande de produits alimentaires propices à la santé et au bien-être – Rapport final. Agriculture et Agroalimentaire Canada. 2004. Site Internet : www.agr.gc.ca/misb/fb-ba/nutra/deman/pdf/decima_f.pdf

2. West GE, Ouellet D, Lemieux S, Dodin S. (2004) Enquête sur les aliments fonctionnels et nutraceutiques auprès des nutritionnistes québécoises, Sainte-Foy : Université Laval. (CRÉA/INAF, subventionné par le CRSH).



D^{re} Johanne Blais

D^{re} **Johanne Blais**, médecin de famille à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Saint-François d'Assise, à Québec. Toutefois, nous ne disposons pas d'une équipe adéquate pour encadrer nos patients dans ce domaine. Il est difficile d'assurer un bon suivi sans un accès facile à une diététiste, à un kinésologue, etc. »

Par ailleurs, comment amener un patient à modifier son mode de vie ?

L'omnipraticienne a une technique intéressante concernant cet aspect. « Dans le cas des maladies chroniques ou de tout problème nécessitant des changements de comportements, le patient doit jouer un rôle actif dans la prise de décisions. C'est ce que l'on appelle une approche négociée. » À cette fin, la D^{re} Blais a mis au point un questionnaire sur l'alimentation et l'activité physique qui comporte sept affirmations telles que : « je sais ce qui est bon pour moi », « j'ai assez d'information pour pouvoir modifier mon alimentation », « j'ai besoin de conseils de mon professionnel de la santé », etc. Après avoir répondu par oui ou par non à chacune des questions, le patient en discute avec son médecin. « Je pense que les outils d'aide à la décision sont intéressants, particulièrement en ce qui a trait aux modifications des habitudes de vie », dit-elle.

Selon la D^{re} Blais, l'approche négociée constitue la pierre angulaire du processus pour convaincre un patient. « Il faut lui laisser le temps d'assimiler l'information qu'on lui donne et lui dire "pensez-y". Lorsqu'il reviendra nous voir, il aura vraiment l'impression d'avoir pris sa propre décision. »

Par ailleurs, M^{me} Hélène Laurendeau, nutritionniste, soutient qu'il ne faut pas attendre la publication des recommandations officielles avant d'agir. « Le plus récent guide alimentaire canadien date de 1992 et ne tient pas compte des nouveautés comme les oméga-3 et insiste très peu sur les fibres. Il est fondamental de donner aux gens des conseils à la lumière des plus récentes données scientifiques. Toutefois, on ne fait pas d'erreur en recommandant de consommer des aliments le moins transformés possible, soit plus de fruits, de légumes, de légumineuses, de grains entiers et davantage de poisson. »

La bonne alimentation chez les jeunes ça s'apprend !

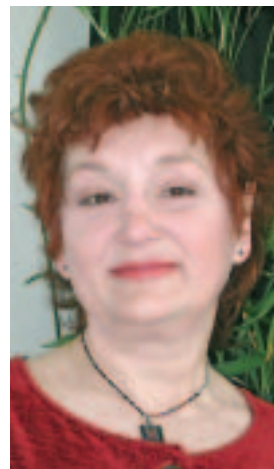
Bien que le *Guide alimentaire canadien* recommande la consommation de cinq portions de fruits et de légumes par jour, 61 % des filles de 9 à 14 ans et 67 % de celles de 15 et 16 ans n'en mangent pas suffisamment. Il en va de même pour 68 % des garçons de 6 à 8 ans et de 50 % de ceux de 15 et 16 ans.

Ces données ont été révélées dans le volet nutrition de l'*Enquête sociale et de santé* réalisée en 2004 auprès des enfants et des adolescents québécois, par l'Institut national de la statistique du Québec. Cette étude a également montré que 80 % des filles et 64 % des garçons de 9 à 13 ans, ainsi que 78 % des filles de 14 à 16 ans et 44 % des garçons du même groupe d'âge ont un apport insuffisant en calcium.

« La façon la plus simple de prendre du calcium demeure la consommation de produits laitiers, dit M^{me} **Lise Bertrand**, nutritionniste et agente de planification socio-sanitaire à la Direction de santé publique de Montréal. Pourtant, il y a toujours quelqu'un pour dire que l'on gave nos enfants de produits laitiers, dit-elle. Je ne sais pas de quelles données ils s'inspirent. »

Comme le fait remarquer M^{me} Bertrand, l'apport en fibres est également trop limité dans l'alimentation des jeunes. Ces derniers avouent, par ailleurs, consommer peu de légumineuses et de poissons. « Cette enquête a démontré que les recommandations du *Guide alimentaire canadien* sont mal suivies et que les jeunes consomment un surplus de calories, ce qui entraîne un excès de poids. »

Pour remédier à la situation, M^{me} Bertrand propose un retour à des aliments plus près de la nature et non transformés. Toutefois, l'innovation et la créativité doivent se retrouver au menu des jeunes qui ne veulent pas d'une alimentation ennuyeuse. Selon la



M^{me} Lise Bertrand

(Suite à la page 101) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 26)

nutritionniste, la saine alimentation des jeunes est la responsabilité de tous. « Certaines écoles, par exemple, ont fait un potager. Il s'agit d'une excellente idée. Le fait de s'occuper d'un jardin donne l'envie des légumes aux enfants et aux adolescents. En les cultivant, ils apprennent à les connaître et à les apprécier. »

Si les enfants aiment le *fast-food*, c'est parce qu'on leur en donne, pense par ailleurs **M. Ricardo Larrivée**, animateur, chef et auteur

du magazine *Ricardo*. « Tout repose sur l'éducation. On mange ce que l'on a appris à manger. Par conséquent, il est prioritaire d'apprendre aux jeunes à faire la cuisine et à lire les étiquettes. »

M^{me} Bertrand, pour sa part, souhaite que les médecins adressent les patients aux experts en nutrition, car il s'agit d'un sujet complexe nécessitant une mise à jour continue. « Les médecins n'ont pas toujours le temps de s'occuper de ce domaine. » 🍷

Livre Francine Fiore

LEC-zé-mah de Penny

du programme d'appui, d'information et de sensibilisation à l'eczéma (AISE)



Ça pique et ça fait mal. Alors Penny se gratte. Et plus elle se gratte, plus ça fait mal. De nombreuses éruptions parsèment sa jeune peau de petite fille. Les démangeaisons et le grattage l'empêchent même de dormir. En compagnie de son ami Pro, qui en plus d'être une peluche, est un spécialiste en tout, Penny fait l'apprentissage de sa maladie, l'eczéma.

Conçu comme un livre de contes, cet album est destiné aux enfants de 3 à 8 ans. Cet outil éducatif a pour but de les aider à comprendre ce qu'est l'eczéma, à apprendre à mieux vivre avec cette maladie et à participer à son traitement. Grâce aux belles illustrations en couleurs, on trouve Penny à la maison, jouant dans son jardin ainsi qu'au cabinet du D^r Lesage qui lui donne des médicaments pour ses éruptions et des livrets sur la maladie. On la suit dans l'autobus scolaire et à l'école alors qu'elle fait face à la méchanceté innocente des autres enfants qui ont peur de ses rougeurs. Mais Penny leur explique que sa maladie n'est pas contagieuse et qu'ils ne peuvent pas l'attraper même s'ils la touchent. Ainsi, tous les aspects de la maladie sont démythifiés dans un langage adapté aux enfants. En plus, les parents y puiseront de nombreux conseils.

Publié par le Programme d'appui, d'information et de sensibilisation à l'eczéma (AISE), ce livre a été révisé par le D^r Ronald Vender, dermatologue à Hamilton, et ses fils, dont l'un est atteint d'eczéma. De plus, les enfants et les parents sont invités à consulter les sites www.pennysworld.ca afin de découvrir Penny qui, cette fois, prend vie et parle directement aux petits dans un joli dessin animé. Pour se procurer ce livre gratuitement, il suffit d'aller sur le site www.eczemaCanada.ca ou de composer le 1 866 432-0362. 🍷

Programme d'appui, d'information et de sensibilisation à l'eczéma (AISE), Montréal, Québec, 24 pages.

Mises en garde (suite)

Interaction entre le Tamiflu et la warfarine ?

Santé Canada a reçu, depuis 1999, le signalement de 19 cas d'élévation du ratio international normalisé (RIN), soupçonnés d'être associés à la prise d'oseltamivir (Tamiflu®). Cet effet est apparu entre le premier jour du traitement contre la grippe et le onzième chez des patients recevant de la warfarine. Leur RIN atteignait entre 3,2 et 10,9. Parmi les 19 personnes – dont l'âge médian était de 84 ans –, douze étaient rétablies au moment de la déclaration, deux ne l'étaient pas encore et l'issue de cinq cas était inconnue.

« Le lien de cause à effet dans ces cas est difficile à établir parce que certaines déclarations présentaient des renseignements cliniques contradictoires ou insuffisants. De plus, de nombreux facteurs (p. ex., alimentation, condition médicale [sic], fièvre) peuvent influencer la réponse d'un patient aux anticoagulants », indique le *Bulletin canadien des effets indésirables*.

Selon les données disponibles, le risque d'interactions médicamenteuses avec l'oseltamivir serait minime. Néanmoins, Santé Canada recommande certaines précautions. « Comme dans le cas de tout médicament prescrit à des patients qui prennent de la warfarine, il peut être prudent de vérifier plus souvent les RIN lorsque l'on prescrit de l'oseltamivir simultanément avec la warfarine. » ☞

Rosiglitazone et œdème maculaire chez les diabétiques

Quelques rares cas de problèmes visuels dus à l'apparition ou à l'aggravation d'un œdème maculaire ont été signalés chez des diabétiques traités par Avandia® (rosiglitazone) ou par Avandamet® (rosiglitazone et metformine). Chez plusieurs patients, le trouble visuel s'est atténué ou a disparu lorsqu'ils ont cessé de prendre de la rosiglitazone. Certains des cas venaient, par ailleurs, du Canada.

Le fabricant, GlaxoSmithKline, conseille aux médecins dont des patients présentent une détérioration de la vision sous Avandia ou sous Avandamet d'envisager de mettre fin au traitement et de les orienter vers un ophtalmologiste. Les cliniciens doivent, par ailleurs, prescrire les deux médicaments avec prudence en présence d'un œdème maculaire ou d'une rétinopathie diabétique.

L'œdème maculaire apparaît habituellement en présence d'une rétinopathie diabétique et a plus de risque de survenir à mesure que cette dernière progresse. Les autres facteurs de risque associés à l'œdème maculaire incluent un diabète de longue date, l'hypertension et une mauvaise maîtrise de la glycémie. Les symptômes évocateurs d'un œdème maculaire comprennent une vision floue ou déformée, une baisse de la sensibilité aux couleurs et une moins bonne adaptation à l'obscurité. ☞