

Adoption des nouvelles propositions du gouvernement les dépassements des enveloppes budgétaires sont effacés et les dossiers prioritaires réglés

Après deux ans d'âpres négociations, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le D^r **Renald Dutil**, présentait au Conseil général, le 6 mai dernier, l'accord de principe conclu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les offres ont été adoptées à une très forte majorité. Plusieurs délégués ont d'ailleurs tenu à féliciter le président du travail accompli. « C'est l'entente dans laquelle nous avons obtenu la plus forte



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil.

majoration sur le plan financier. Mais nous avons un grand retard à rattraper », indique le président.

Les principaux objectifs de la Fédération ont été atteints. Le long dossier de l'équité salariale pour les médecins payés à forfait ou à honoraires fixes est enfin réglé ; la rétribution des médecins s'occupant des malades hospitalisés est majorée ; les tarifs en obstétrique sont haussés ; la rémunération de la pratique de la médecine lourde dans les cabinets privés est accrue ; et les incitatifs pour retenir les médecins dans les

régions éloignées ont été bonifiés.

Seule réserve : pour l'an 2000, les gains obtenus pour les cabinets privés ne sont pas aussi substantiels que l'aurait souhaité la FMOQ. « Cependant, nous avons obtenu qu'en 2001, les montants découlant de toute marge de manœuvre soient affectés en priorité à la pratique médicale en cabinet en tenant compte, notamment, de la participation du médecin aux réseaux intégrés d'accessibilité. »

Réajustement et augmentation de l'enveloppe budgétaire

Que contiennent précisément les propositions du MSSS ?

- L'effacement total des dépassements des enveloppes budgétaires des années antérieures, qui s'élevaient à 160 millions \$;
- La correction de l'enveloppe de 2000-2001, fondée sur les dépenses faites réellement l'an dernier ;

Antipasto, ce mois-ci

Adoption des nouvelles propositions du gouvernement les dépassements des enveloppes budgétaires sont effacés et les dossiers prioritaires réglés.....	1
15 ^e atelier de formation pour les responsables de thème du <i>Médecin du Québec</i>	5
Le Rapport sur les cabinets privés l'analyse des présidents des associations	13
Accès-Santé-Régions réclame plus de médecins	16
La Fondation Médecins du Québec	16
Un nouveau précis pour les soins à domicile et dans les centres d'hébergement	17
Histoire d'une épidémie endiguée	18
Un nouvel antidiabétique la rosiglitazone	20
Metformine et rosiglitazone l'union fait la force	24
Les indications du pantoprazole un peu élargies	25
Des anticorps monoclonaux pour traiter les lymphomes non hodgkiniens	25
Pneumonie extrahospitalière réduire les coûts d'hospitalisation	28
La survie du conjoint non malade	32
Jeunes conducteurs le danger croît avec le nombre de passagers	34
Qui sont les victimes de violence conjugale ?	139
Nomination	144

sommaire de la revue, page 7 >>>

■ Une augmentation de 9 % de l'enveloppe, étalée sur quatre ans :

- 1999 : 1,5 %
- 2000 : 2,5 %
- 2001 : 2,5 %
- 2002 : 2,5 % ;

cette majoration permet de disposer de fonds pour régler les dossiers cruciaux pour la Fédération : la hausse des tarifs pour les soins aux malades admis dans les unités de soins de courte durée, l'obstétrique, la médecine lourde dans les cabinets privés, les urgences et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Cependant, l'entente que propose le gouvernement ne remonte qu'au 1^{er} janvier 1999 plutôt qu'au 31 mars 1998, moment où l'ancien accord-cadre expirait.

■ Une majoration annuelle de 1 % sur les futures enveloppes, pour tenir compte de l'accroissement des coûts du système : l'augmentation des besoins en matière de santé et l'arrivée de nouveaux médecins ;

■ La création d'une réserve de 1 %, prise à même l'augmentation de 9 % de l'enveloppe, pour payer les éventuels dépassements.

La Fédération a obtenu des gains importants, comme le montrent ces offres, mais elle a également dû faire quelques concessions. Cette réserve de 1 %, par exemple, était une exigence incontournable du Conseil du trésor. Inflexible, il tenait à cette mesure pour se prémunir contre tout déficit éventuel. « Cette mise en réserve est une espèce de caution, explique le D^r Dutil. Si l'enveloppe budgétaire est dépassée de 1 %, le gouvernement se payera à même la somme mise de côté. Mais s'il n'y a pas de déficit, ce montant sera à notre disposition. Avec la correction de l'enveloppe et la majoration additionnelle de 1 % pour les coûts du système,

Le Médecin du Québec – 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8 ; téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499 ; télécopieur : (514) 878-4455 ; courrier électronique : medque@fmoq.org –, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement : 86,27 \$ (TTC) ; autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC) ; à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Enregistrement n° 09832.



Photos : Emmanuèle Garnier.

nous avons bon espoir de respecter les enveloppes prévues. »

La FMOQ désirait également obtenir une augmentation de l'enveloppe de 2 % plutôt que de 1 % pour tenir compte de la hausse des coûts du système. Ce gain, moindre que prévu, constitue néanmoins une percée : c'est la première fois que le MSSS accepte de considérer ce facteur.

Les crédits additionnels

En plus de l'augmentation de 9 % de l'enveloppe budgétaire, le gouvernement accepte de déboursier des fonds additionnels de plus de 23 millions \$ pour certains dossiers :

- Le redressement de la rémunération des médecins payés à honoraires fixes et à tarif horaire ;
- La bonification des mesures incitatives pour



Quelques délégués au Conseil de la FMOQ.

- les régions éloignées et isolées ;
- La création d'une allocation de formation continue.

Honoraires fixes et tarif horaire

La Fédération avait fait de la hausse des émoluments des omnipraticiens payés à tarif horaire et à honoraires fixes l'une de ses grandes priorités. Ce n'est donc pas sans satisfaction que le D^r Dutil présentait les offres ministérielles. « Je pense que nous avons là une proposition très intéressante. Le gouvernement nous offre d'amener l'échelle de rémunération des médecins payés à honoraires fixes et à tarif horaire au même niveau que celle des médecins évaluateurs de la fonction publique et parapublique le 1^{er} juillet 2002. »

Les crédits additionnels consentis pour régler cette question sont de l'ordre de 12 millions \$. Les hausses seront cependant réparties sur deux ans (*tableau*). « Quand on tient compte de l'effet cumulatif des majorations, ces propositions se traduisent par une augmentation totale de 19,5 %. »

Rémunération dans les régions isolées et éloignées

Les négociateurs de la FMOQ avaient reçu du Conseil général un mandat clair en ce qui concerne les régions éloignées et isolées : obtenir des incitatifs financiers additionnels pour retenir les médecins qui y travaillent. « Ces mesures devaient cependant être financées par de nouveaux fonds et ne pas être payées à même l'augmentation générale de 9 % », précise le président.

Tableau

Date	Augmentation (%)	Médecins payés à honoraires fixes* (salaire annuel)	Médecins payés à tarif horaire* (salaire horaire)
Actuellement		75 711 \$	57,60 \$
Juillet 2000	7,2**	81 731 \$	62,00 \$
Janvier 2001	2,5	83 774 \$	63,55 \$
Juillet 2001	3**	86 566 \$	65,67 \$
Janvier 2002	2,5	88 731 \$	67,31 \$
Juillet 2002	3**	91 688 \$	69,55 \$

* Il s'agit de chiffres préliminaires, qui pourront varier légèrement.

**Il s'agit de taux d'augmentation moyens. Le taux qui s'applique à chacun des échelons peut varier.

La Fédération a obtenu plusieurs ajustements intéressants :

Régions isolées (secteurs III, IV et V)

- Dès la première année de leur installation, les médecins auront droit à 125 % du tarif de base plutôt qu'à 115 % ;
- À la quatrième année, cette majoration atteindra 130 %.

Régions éloignées

- À partir de la quatrième année, la rémunération des médecins pratiquant dans un établissement passera à 125 %, et à 120 % pour ceux qui exercent dans un cabinet ;
- Dès la septième année, les omnipraticiens des cabinets toucheront 120 % de la rémunération de base, et ceux des établissements, 130 %.

Mesures de ressourcement

Le montant quotidien pour les journées de ressourcement passera de 260 \$ à 353 \$ à partir de juillet 2000, à 362 \$ en juillet 2001, et atteindra finalement 371 \$ en juillet 2002.

Allocations de formation continue

« Les gains que nous avons obtenus pour les allocations de formation continue sont très intéressants », juge le président de la FMOQ. À partir du 1^{er} janvier 2001, tous les médecins ne bénéficiant pas d'une indemnisation pour les journées de formation continue auront droit à sept jours rémunérés à un tarif quotidien de 300 \$. « Nous avons pensé aux médecins des cabinets privés, qui doivent continuer à payer leurs frais fixes pendant leurs journées de formation continue. »

Seule condition : les omnipraticiens devront respecter les obligations du Département régional de médecine générale (DRMG). « Pour nous, un médecin qui prend en charge et qui suit une clientèle dans sa région remplit ces obligations. Il permet que les soins médicaux généraux soient dispensés sur le territoire », précise le D^r Dutil, tenant à rassurer les délégués. Il faut cependant noter que les DRMG devront être en place pour que cette mesure s'applique.

Affectation des crédits

L'argent obtenu grâce à l'augmentation de 9 % de l'enveloppe sera utilisé pour mieux rémunérer les pratiques les plus lourdes de la médecine générale.

La pratique auprès des malades hospitalisés

La FMOQ et le gouvernement ont convenu de plusieurs mesures pour améliorer les conditions financières des omnipraticiens qui travaillent dans les hôpitaux :

- À partir du 1^{er} juillet, l'entente de Sept-Îles s'étendra à une quinzaine d'hôpitaux ;
- Les médecins dont l'établissement n'adhère pas à l'entente de Sept-Îles recevront un supplément de 5 \$ par malade hospitalisé, par jour et par médecin ;
- À partir du 1^{er} octobre, la garde en disponibilité pour les unités de soins de courte durée sera rémunérée. Les médecins recevront 150 \$ par jour les fins de semaine et les jours fériés.

« Ces dispositions se traduisent par une majoration d'environ 30 % de la rémunération pour les services dispensés auprès des malades hospitalisés », calcule le président.

L'augmentation obtenue était nécessaire, estime-t-il. Les chiffres de la Fédération montrent que les omnipraticiens qui s'occupent des malades hospitalisés tirent environ 12 % de leurs revenus de cette activité, alors qu'elle accapare 25 % de leur temps de pratique. De plus, la pénurie de médecins reste importante dans le domaine des soins hospitaliers.

Le dossier des malades hospitalisés, qui constituait une priorité tant pour la Fédération que pour le Ministère, a cependant été une pierre d'achoppement dans les négociations. « Nous aurions souhaité que le gouvernement accorde un montant additionnel en sus de la hausse de 9 % pour la pratique dans le domaine des soins de courte durée », explique le D^r Dutil.

La médecine lourde dans les cabinets privés

- La rémunération des actes médicaux pour les patients âgés de 70 à 79 ans sera majorée de 10 % ;

- Pour la clientèle de 80 ans et plus, le tarif sera haussé de 15 % ;
- Le paiement de l'examen psychiatrique complet sera augmenté de 18 %.

Les négociations concernant les cabinets privés ont été ardues, ne cache pas le D^r Dutil. La position initiale du gouvernement : réduire de 10 % le tarif des actes médicaux effectués dans les cliniques. Il a finalement renoncé à ces baisses, mais a refusé toute bonification pour les médecins y exerçant. Le MSSS arguait que les dépassements des enveloppes budgétaires avaient surtout profité aux cabinets privés.

15^e atelier de formation pour les responsables de thème du *Médecin du Québec*



Six médecins omnipraticiens, les D^{rs} **Guy Béland**, **Jocelyn Bérubé**, **Suzanne Gosselin**, **Christine Ricard**, **Yves Robert** et **Mylène Trottier**, quatre médecins spécialistes, les D^{rs} **Martin Blaquièrre**, interniste et allergiste, **Marc Bradette**, gastro-entérologue, **Louis Prud'homme**, interniste et néphrologue, et **Steven Lapointe**, urologue, ainsi qu'une pharmacienne, M^{me} **Marie-Josée Papillon**, ont participé, les 27 et 28 avril derniers, au 15^e atelier de formation organisé par *Le Médecin du Québec* pour les responsables des thèmes de formation continue.

Les participants ont ainsi eu l'occasion de réfléchir à la mise sur pied d'un groupe de travail et à la gestion d'un projet complexe soumis à des échéanciers astreignants. Ils ont également eu droit à un aperçu de ce que supposent l'édition d'un texte et l'ajout d'illustrations graphiques ou photographiques.

Cet atelier était animé par la D^{re} **Louise Roy**, présidente du comité de rédaction scientifique, avec la collaboration des autres membres du comité, les D^{rs} **Jocelyn Bérubé**, **Michel Lapierre** et **Yves Robert**, ainsi que des membres de l'équipe de rédaction de la revue, le D^r **Jean-Maurice Turgeon**, rédacteur en chef, M. **Jean-Guy Aumont** et M^{me} **Marie-Hélène Wolford**.

La compagnie Merck Frosst, représentée par M. **Robert Carrier**, directeur adjoint, Coordination de la Gestion thérapeutique, a contribué à cet atelier.

« Sur le plan des chiffres, c'est exact, reconnaît le président. Mais la pratique de la médecine dans les cabinets privés s'est considérablement alourdie. À cause du virage ambulatoire, les omnipraticiens dispensent maintenant des soins qui étaient donnés dans les établissements. Nous avons longuement plaidé en faisant valoir ces arguments. Nous avons au moins réussi à obtenir la majoration des tarifs des actes s'appliquant aux personnes âgées, qui constituent la clientèle la plus lourde. »

L'obstétrique

- À partir du 1^{er} juillet, le tarif des accouchements et des actes associés sera accru de 15 % ;
- Un forfait de 600 \$ par trimestre sera accordé pour les gardes en disponibilité.

L'urgence

Les services d'urgence, qui ne participaient pas à l'entente particulière qui donnait droit à une hausse de 10 % les fins de semaine et les jours fériés, offriront maintenant à leurs médecins ces avantages.

Les CHSLD

Les médecins rétribués à l'acte dans les CHSLD verront leur tarif augmenter de 4 % à partir du 1^{er} juillet.

La grève évitée de peu

Le parcours entre les premières discussions débutées en 1998 et les offres ministérielles déposées le 20 avril dernier a été long et tortueux. Après les événements du printemps de 1998, le gouvernement n'a fait connaître ses premières offres salariales à la FMOQ que le 11 novembre 1999. Leur contenu a révolté les médecins (voir *l'encadré*). Rejet unanime au Conseil général. La Fédération rédige alors ses propres propositions, qu'elle soumet au Ministère le 16 décembre.

Ensuite, les négociations s'étirent, même si le D^r Dutil rencontre la ministre de la Santé et des Services sociaux en février. Les séances de

Suite page 13 >>>

Encadré

Les premières propositions du MSSS, déposées le 11 novembre 1999

- Effacement de seulement 94 millions \$ des dépassements des enveloppes budgétaires, alors évalués à 130 millions \$
- Réduction de 10 % du tarif des actes dans les cabinets privés, à partir de décembre 1999
- Aucun redressement des enveloppes
- Majoration de 5 % du budget alloué aux omnipraticiens, étalée sur trois ans et commençant le 1^{er} janvier 1999
- Indexation annuelle de 1 % de l'enveloppe budgétaire pour tenir compte de l'augmentation des coûts du système

discussion entre les deux parties se font rares. Les négociateurs du Ministère ne cachent pas à la FMOQ que ses demandes sont trop coûteuses. Ils ne voient pas comment concilier ces propositions et le mandat qu'ils ont reçu du Conseil du trésor.

« Devant l'inaction du Ministère et les réactions décevantes que nous avons eues, la Fédération entrevoyait la nécessité de recourir à des moyens de pression », révèle le D^r Dutil.

Mais finalement, le contexte politique et financier change. Le gouvernement a à sa disposition des fonds placés à Toronto, le dépôt du budget du ministre des Finances de mars dernier indique des entrées fiscales importantes, et les ententes avec la fonction publique et parapublique se sont également révélées plus généreuses que prévu. À la fin de mars, les négociations s'amorcent vraiment et se concluent finalement sur une entente de principe.

Le Rapport sur les cabinets privés

L'analyse des présidents des associations

Le Rapport sur le positionnement stratégique

des cabinets privés préparé par la firme Secor est-il pertinent ? Son plan d'action est-il complet ? Quelle suite doit-on lui donner ? Le 13 avril dernier, les présidents des associations se sont penchés sur ces questions. Ils étaient répartis en quatre groupes de discussion selon leur région : zones universitaires, périphériques, intermédiaires et éloignées.

Le rapport est apparu dense et complexe aux participants. Certains ressentait le besoin de prendre du recul et d'analyser tranquillement les bénéfices que les omnipraticiens pourraient en tirer. Aux yeux de tous, il était prématuré de le soumettre au Conseil général du 6 mai. À cette période où l'issue des négociations avec le gouvernement était incertaine, il ne leur semblait pas judicieux de lancer une discussion sur ce document et de proposer son adoption. Ils ont préféré attendre l'automne pour le présenter aux délégués.

Le Bureau de la FMOQ a par ailleurs décidé de dégager du rapport un plan d'action pour consolider la position des cabinets privés. C'est ce dernier, plutôt que le rapport lui-même, qui sera déposé au Conseil.

Argent et partenariat

Une question a entre autres retenu l'attention de tous les participants. Où trouver l'argent pour réaliser le projet de réseaux de médecine familiale proposé ? Les cabinets privés n'ont pas les moyens financiers de payer tous les changements nécessaires : achat d'ordinateurs, de logiciels, embauche d'infirmières, etc. Les présidents des quatre groupes de discussion ont estimé que la participation financière du gouvernement était essentielle.

L'informatisation du réseau, par exemple, devrait être à sa charge. Selon plusieurs, l'État devrait financer entièrement la mise en œuvre du projet, puisqu'il remplit ses objectifs en matière de restructuration des services de santé.

Plusieurs participants ont jugé qu'il pourrait être difficile de motiver les médecins à participer à ces réseaux de médecine familiale. Les présidents des régions intermédiaires, de leur côté, ont suggéré de négocier des incitatifs :

fonds de formation médicale continue, remboursement de la TPS et de la TVQ, etc.

Néanmoins, selon la plupart des présidents, les éléments du rapport méritent d'être considérés sérieusement pour améliorer les conditions de travail des médecins des cabinets privés et faciliter leur recrutement. Bien des participants ont cependant estimé que le projet allait demander beaucoup de travail.

Le projet d'entreprise déconcerte

En ce qui concerne le contenu du rapport, les présidents étaient d'accord avec plusieurs observations qu'avaient faites les consultants de Secor. Le manque de relève dans les cabinets

privés, par exemple, est réel. Cependant, certains constats ne correspondent pas à la situation de plusieurs régions. Il n'y a ainsi pas vraiment de problème d'accessibilité dans les zones universitaires. Dans les régions éloignées, le principal problème est un manque d'effectifs médicaux, ce qui rend peu réaliste l'approche clientèle suggérée.

Le concept de projet d'entreprise proposé dans le rapport a par ailleurs laissé les présidents perplexes. Pourquoi les cabinets agiraient-ils comme des entreprises s'ils ne sont pas soumis à leurs contraintes ? La pénurie de médecins ne permet d'ailleurs pas d'entretenir un esprit de compétition. Certains trouvaient que la vision proposée allait à l'encontre de celle du jeune médecin qui cherche davantage un milieu de travail qu'une entreprise dans laquelle investir.

Accès-Santé-Régions réclame plus de médecins

C'est au tour de la coalition Accès-Santé-Régions de dénoncer la pénurie de médecins dans les régions éloignées. Après avoir tenu une conférence de presse pour faire valoir son point de vue, ce nouveau groupe fera parvenir à la ministre de la Santé et des Services sociaux un résumé de sa position et tentera d'obtenir des appuis.

Le groupe, créé en février dernier, est formé de l'Association des régions du Québec, de la Fédération québécoise des municipalités et de l'Union des municipalités du Québec. La conférence de presse constituait son premier geste public.

« Nous souhaitons que le gouvernement et les fédérations de médecins portent une attention particulière au problème d'accès aux soins de santé et aux services médicaux dans les régions », explique M. **Jean-Pierre Adam**, un des porte-parole de la coalition. Son intervention avait lieu alors que les négociations entre les médecins et le ministère de la Santé et des Services sociaux battaient leur plein.

Accès-Santé-Régions dénonce le fait que des citoyens des régions éloignées ne peuvent consulter un médecin de famille sans devoir parcourir des distances importantes ou attendre de manière indue. Certains doivent parfois se rendre à l'urgence pour obtenir des services de base.

« Pour une personne ayant besoin de soins particuliers, l'accès aux services de santé peut faire la différence entre demeurer dans une région ou la quitter. Pour une entreprise désireuse d'attirer une main-d'œuvre qualifiée, les services de santé constituent un facteur important dans le choix de l'endroit où elle s'établira », a expliqué M. **Florian St-Onge**, président de la Fédération québécoise des municipalités à la conférence de presse.

« L'accès aux soins de santé et aux services médicaux est une facette du développement des régions », confirme pour sa part M. Jean-Pierre Adam.

Tout en reconnaissant ne pas être experte en la matière, la coalition estime qu'une révision de l'organisation des services et de la pratique médicale est nécessaire pour régler de façon durable le problème d'accès aux soins de santé dans les régions éloignées.

La Fondation Médecins du Québec

La Fondation Médecins du Québec vient d'être créée pour financer les activités du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Ce service apporte un soutien aux médecins aux prises avec des problèmes émotifs, de dépendance, de stress au travail, de couple, de famille, ou encore des difficultés d'ordre financier ou légal.

Le programme était jusqu'à présent payé par cinq organismes : la FMOQ, l'Association des médecins de langue française du Canada, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec.

« Au cours des années, comme les besoins ont crû, nous avons eu de la difficulté à financer le programme, explique le D^r **William Barakett**, un des membres fondateurs du PAMQ. Le volume de clients augmentera certainement encore de façon notable. Donc, pour trouver un mode de financement qui nous permette de fonctionner adéquatement, nous avons lancé l'idée d'une fondation. »

L'argent recueilli servira à accroître le programme. Il permettra de faire de la publicité pour toucher plus de médecins en difficulté et d'accueillir davantage de clients.

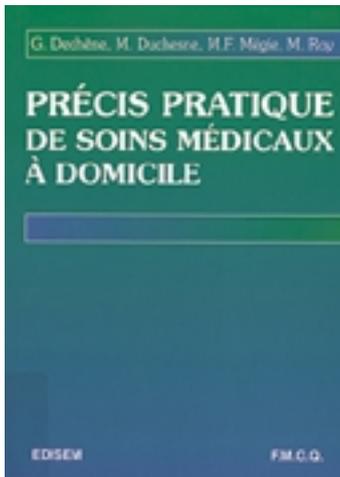
La campagne de financement, dont le président d'honneur sera le D^r **Clément Richer**, l'ancien président de la FMOQ, sera lancée en septembre.



Le D^r William Barakett.

Photo : Emmanuelle Garnier.

Un nouveau précis pour les soins à domicile et dans les centres d'hébergement



Le *Précis pratique de soins médicaux à domicile*, édité par la FMOQ et EDISEM, a été lancé le 13 avril dernier. Il a été fait sous la direction de quatre omnipraticiennes : les D^{res} **Geneviève Dechêne, Manon Duchesne, Marie-Françoise Mégie et Martine Roy**. De nombreux collaborateurs,

dont beaucoup sont des médecins de famille offrant des soins à domicile, ont participé à la rédaction de ce livre.

Le *Précis* a pour objectif de répondre aux besoins des médecins, qui sont de plus en plus appelés à soigner des patients chez eux à cause du virage ambulatoire et du vieillissement de la population. L'ouvrage vise à permettre aux omnipraticiens de diagnostiquer les maladies les plus fréquentes chez les patients soignés à domicile, de les traiter adéquatement, d'appliquer les normes reconnues de pratique médicale à domicile et d'adapter adéquatement leur prise en charge.

Le D^r **Marcel Arcand**, chef du département de médecine générale de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et professeur agrégé au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, a fait une analyse du livre que nous reproduisons ici.

« À domicile comme dans un centre d'hébergement, le médecin traitant un malade en perte d'autonomie doit relever des défis auxquels ses études médicales ne l'ont pas toujours suffisamment préparé. Habitué à un plateau technique de pointe et à avoir accès rapidement à des consultants médicaux, il se sent tout à coup bien seul en face de problèmes complexes et devant la décision urgente et difficile d'envoyer un malade réticent à l'hôpital pour y subir des examens ou recevoir des traitements dont l'utilité est parfois discutable. Cependant, il n'est pas aussi démuni qu'il le croit.

Il peut en effet s'appuyer sur une équipe d'infirmières et de professionnels paramédicaux compétents, dévoués et motivés, prêts à tout faire pour que les besoins du malade soient mieux remplis au domicile ou au centre d'hébergement qu'à l'hôpital. Virage ambulatoire aidant, il lui devient aussi plus facile de bénéficier des progrès techniques et même "d'hospitaliser" certains malades à domicile !

Il pourra dorénavant profiter de l'expérience de collègues, omnipraticiens et spécialistes, qui ont eu l'excellente idée de mettre en commun leurs connaissances, leurs réflexions, leur expérience et leur créativité pour rédiger ce *Précis pratique*.

Ayant longtemps prodigué des soins à domicile et œuvrant maintenant dans un centre d'hébergement, j'ai pu constater rapidement à quel point le contenu est pertinent pour les deux contextes de pratique, la chambre du résident hébergé pouvant en fait être considérée comme son nouveau domicile.

La présentation est claire, le texte volontairement concis,

les illustrations, photos, figures et algorithmes “efficaces”.

J’ai particulièrement apprécié la section consacrée au virage ambulatoire chirurgical (soins des plaies chirurgicales, des stomies, techniques diverses) que l’on ne retrouve, à ma connaissance, nulle part ailleurs. Quant aux autres problèmes médicaux, l’ouvrage fournit une quantité importante d’informations qui devraient permettre d’offrir des soins palliatifs de haute qualité aux personnes atteintes du cancer, du sida ou de maladies évolutives à des stades avancés.

La plupart des ouvrages de médecine se contentent de suggérer une seule ligne de conduite pour résoudre un problème donné. Ici, la conduite proposée est adaptée au type de clientèle selon l’intensité thérapeutique désirée et le fait que le malade peut se rendre facilement ou non à l’hôpital. Cette façon de faire est celle que l’on doit enseigner aux étudiants afin qu’ils apprennent à individualiser et à humaniser l’approche du malade pour en arriver à prendre des décisions “appropriées” qui évitent tout autant l’abandon que l’acharnement thérapeutique.

On pourra regretter que la réflexion n’ait pas toujours été poussée aussi loin qu’il l’aurait fallu. Ainsi, dans la section consacrée à l’angor, on écrit que le malade doit être dirigé vers le service d’urgences quand on soupçonne un infarctus. Aucune autre option n’est évoquée. Or, en situation de fin de vie et à la demande du malade et de la famille, il n’est pas exceptionnel de garder le malade sur place, au centre d’hébergement ou à domicile, et de se concentrer sur son bien-être. Cette solution, même s’il faut admettre qu’elle n’est pas la meilleure, aurait eu avantage à être présentée : la médecine était pratiquée bien avant l’avènement de la thrombolyse et des moniteurs cardiaques.

Le choix des thèmes est, en général, excellent, et on s’interroge d’autant plus sur la pertinence de certaines sections (onycectomie, souffles carotidiens asymptomatiques).

Finalement, l’ouvrage souffre d’un défaut inhérent à sa nature même : un certain manque d’homogénéité dans le style : on navigue entre

le style télégraphique et le texte continu, ce qui ne facilite pas la lecture. Mais il est vrai que ce *Précis* n’est pas un ouvrage “à lire”, mais “à consulter”.

Une deuxième édition, que l’on peut d’ores et déjà souhaiter, viendra sans nul doute corriger ces petites faiblesses qui n’enlèvent rien à la valeur de ce travail considérable, dont il convient de féliciter les auteurs.

Il est réjouissant de constater que ce livre démontre aux collègues praticiens et aux étudiants qu’il ne s’agit pas d’une médecine de second ordre, mais bien d’une aventure complexe et passionnante qui fait appel autant à l’humanisme qu’à la science (n’est-ce pas là la vraie médecine ?). Au moment où la société a le plus urgent besoin que les médecins s’engagent auprès des personnes en perte d’autonomie, tant à domicile que dans les centres d’hébergement, la publication du *Précis pratique de soins médicaux à domicile* devrait favoriser le recrutement. »

Histoire d’une épidémie endiguée

Il y a un an, un nouveau test de détection rapide facilitait la maîtrise de l’épidémie d’entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) qui s’était déclarée au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). Cette épreuve a été mise au point par l’un des microbiologistes-infectiologues qui y travaillent, le Dr **Michel Roger**. Il a eu l’idée



Le Dr Michel Roger dans son nouveau laboratoire.

Photo : Emmanuelle Garnier.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Pierre Saint-Antoine.

de recourir à la technique de l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) plutôt qu'à la culture sur gélose. L'avantage de cette solution : réduire le temps de réponse de trois ou quatre jours à 24 heures.

Dans une étude dont les résultats ont été publiés dans le *Journal of Clinical Microbiology*, le D^r Roger montre que la PCR, utilisée après la croissance de la bactérie dans un bouillon d'enrichissement, a une sensibilité de 94,5 %¹. Il a comparé cette méthode à la technique de détection des ERV la plus efficace : la culture sur agar de la bactérie après incubation dans un bouillon. Ce procédé a eu une sensibilité de 98 %. La culture directe sur gélose, également étudiée, a été moins puissante : sa sensibilité était de 89 %. Ces trois tests ont eu une spécificité de 100 %.

Les 223 prélèvements, dont 55 se sont révélés positifs avec au moins une des méthodes, avaient été effectués sur des patients du CHUM et à l'apogée de l'épidémie.

L'écllosion de l'épidémie

Tout a commencé en novembre 98. Un premier cas d'infection par l'ERV est détecté à l'hôpital Notre-Dame. Le 8 décembre, quatre autres porteurs sont découverts. Trois jours plus tard, le nombre monte à 10. Bientôt, trois unités sont frappées. « Vers la fin de décembre, nous avons pris la décision de faire un dépistage dans

tout l'hôpital pour apprécier la situation. Nous avons trouvé 44 cas, ce qui faisait un total de 70 patients atteints », explique le D^r **Pierre Saint-Antoine**, officier en prévention des infections à l'hôpital Notre-Dame. Le 25 février, le nombre de cas monte à 118. Les deux autres hôpitaux du CHUM se révèlent également touchés.

En moins d'un mois, la technique de dépistage rapide a été mise au point. « Nous n'avons pas inventé le test. Les données à l'état brut se retrouvaient dans la littérature. Nous avons cependant adapté une méthode de détection du gène de résistance utilisée en recherche pour l'appliquer à nos prélèvements cliniques », précise le D^r Roger.

Le nouveau test a été un instrument important pour maîtriser l'épidémie qui se propageait. « Entre le moment où le prélèvement était fait et celui où nous savions que le patient était colonisé, il pouvait s'écouler de trois à cinq jours lorsque nous utilisons la culture. Durant ce temps, le malade pouvait contaminer d'autres personnes en circulant dans l'hôpital », explique le D^r Saint-Antoine.

Au plus fort de l'épidémie, près de 8 % des patients hospitalisés à Notre-Dame sont porteurs de l'ERV. Progressivement, avec les mesures mises en place, le nombre de personnes contaminées diminue. À l'automne, l'épidémie est jugulée.

Pour pouvoir effectuer tous les tests de PCR nécessaires, le CHUM s'est doté d'un nouveau laboratoire, qu'il a récemment présenté aux médias. Depuis un an, les nouvelles installations ont permis d'analyser plus de 20 000 échantillons, à raison de 120 par jour. Les prochains tests qui y seront mis au point permettront de détecter le staphylocoque résistant à l'oxacilline et les gènes de résistance du VIH aux antirétroviraux.

Un nouvel antidiabétique la rosiglitazone

Un premier médicament réduisant directement l'insulinorésistance vient d'être

1. Roger M, Faucher MC, Forest P, et al. Evaluation of a *vanA*-specific PCR assay for detection of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* during a hospital outbreak. *J Clin Microbiol* 1999 ; 37 : 3348-9.

homologué par Santé Canada pour le traitement du diabète de type 2 : Avandia^{MD} (rosiglitazone). Le nouveau venu fait partie de la récente classe des thiazolidinédiones.

Son action ? Il accroît la sensibilité des muscles et des tissus adipeux à l'insuline et inhibe la gluconéogenèse dans le foie. Il permet ainsi d'améliorer l'équilibre de la glycémie tout en réduisant le taux d'insuline circulante.

De quel ordre peut être la baisse de la glycémie avec le médicament ? Une étude de 26 semaines montre que, chez les 169 sujets qui prenaient 4 mg de rosiglitazone deux fois par jour, la glycémie à jeun était inférieure de 4,2 mmol/L à celle du groupe recevant un placebo. Dans un second essai clinique, cette différence était de 3,4 mmol/L. Le médicament s'est révélé efficace chez 64 % des sujets traités avec la dose biquotidienne de 4 mg dans la première étude, et chez 70 % dans la seconde.

La rosiglitazone est indiquée pour abaisser la glycémie lorsque la diète et l'exercice ne suffisent pas. Le produit peut également être utilisé en association avec la metformine lorsque celle-ci ne se révèle pas assez efficace seule.

Mécanisme d'action

Comment fonctionne le médicament ?

La rosiglitazone agit sur les récepteurs PPAR- γ (*peroxisome proliferator-activated receptor-gamma*), qui se trouvent principalement dans les tissus cibles de l'insuline : les muscles squelettiques, les cellules adipeuses et le foie. Une fois activés, ces récepteurs commandent la transcription de gènes qui interviennent dans la régulation de la production, du transport et de l'utilisation du glucose. Ils jouent également un rôle dans la régulation du métabolisme des acides gras.

La présence du récepteur PPAR- γ dans les tissus adipeux pourrait expliquer que les femmes répondent mieux à la rosiglitazone que les hommes. Chez les personnes obèses, cependant, cette différence est moins marquée.

Une prise de poids

Un problème semblerait lié à la réduction de la glycémie chez les patients prenant de la rosiglitazone : la prise de poids. Elle pourrait résulter de l'accroissement du tissu adipeux sous-cutané ou de la rétention hydrique. Le gain pondéral est cependant très variable. Il était en moyenne de 1,2 kg chez les patients prenant quotidiennement 4 mg, et de 3,5 kg avec la dose de 8 mg dans des études de 26 semaines. L'augmentation du poids serait

cependant moins forte lorsque la rosiglitazone est associée à la metformine.

La rosiglitazone aurait également un effet sur la cholestérolémie. Durant les quatre à huit premières semaines, le cholestérol LDL augmente, puis reste stable. La concentration du cholestérol HDL, en revanche, continue à grimper avec le temps. Le taux de cholestérol total ? Il s'accroît, pendant que celui des acides gras baisse.

L'emploi de la rosiglitazone exige par ailleurs certaines précautions. Par exemple, les patients dont le taux d'ALT est élevé ne devraient pas prendre le médicament, selon la monographie. Chez les sujets ayant une concentration d'enzymes hépatiques normale, il est conseillé de procéder à un dosage tous les deux mois pendant la première année, puis périodiquement par la suite.

Le médicament est conditionné en comprimés de 2, 4 et 8 mg. La posologie initiale est habituellement de 4 mg une ou deux fois par jour. Une ordonnance de 30 comprimés de cette dose coûte environ 88 \$.

Metformine et rosiglitazone

l'union fait la force

Après quelques années, de nombreux diabétiques traités avec la metformine ont besoin d'un traitement supplémentaire pour parvenir à équilibrer leur glycémie. Il sera dorénavant possible de leur proposer l'ajout de rosiglitazone.

Une étude dont les résultats ont été publiés dans le *Journal of the American Medical Association* révèle que, pris ensemble, les deux antidiabétiques donnent une meilleure maîtrise de la glycémie, accroissent la sensibilité à l'insuline et améliorent le fonctionnement des cellules bêta plus efficacement que la metformine seule.

L'association semble *a priori* logique. Chacun de ces deux médicaments intervient sur une cible différente : la rosiglitazone sur la sensibilité à l'insuline de différents tissus, et la metformine

principalement sur la production de glucose par le foie.

Dans un essai clinique dirigé par la D^{re} **Vivian Fonseca**, de la Tulane University, 348 patients âgés de 40 à 80 ans souffrant de diabète de type 2 insuffisamment maîtrisé avec la metformine ont été randomisés¹. Ils ont pris quotidiennement, en plus de 2,5 g de metformine, soit un placebo, soit 4 mg ou soit 8 mg de rosiglitazone pendant 26 semaines.

Les résultats de cette étude, qui a reçu un soutien de SmithKline Beecham, sont intéressants. Le taux moyen d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) des sujets qui ont reçu 8 mg par jour de rosiglitazone était inférieur de 1,8 % à celui du groupe témoin. Cette différence s'amenuisait à 1 % chez ceux qui ont eu la dose de 4 mg par jour. En ce qui concerne la glycémie à jeun, elle était moins élevée respectivement de 2,9 mmol/L et de 2,2 mmol/L dans les groupes prenant 8 et 4 mg de rosiglitazone par rapport à celle du groupe témoin.

L'ajout de rosiglitazone à la metformine a permis à davantage de patients d'atteindre les taux de HbA_{1c} désirés. Chez les patients prenant 8 mg de rosiglitazone, par exemple, 28,1 % ont pu réduire leur taux à 7 %, alors que seulement 7,6 % des sujets témoins y sont parvenus. De plus, les concentrations de HbA_{1c} ont décliné à 8 % chez 57,3 % des premiers, alors qu'elle n'a baissé que chez 35,9 % des diabétiques prenant un placebo.

La prise du nouvel antidiabétique n'a cependant pas été sans effets indésirables. Les sujets traités avec la rosiglitazone ont eu une augmentation de poids liée à la dose. Leur taux de cholestérol LDL, de cholestérol HDL et de cholestérol total s'est également accru. Les auteurs de l'étude font cependant valoir que le rapport cholestérol total-cholestérol HDL n'a pas changé de manière significative. Ce rapport pourrait être un meilleur indicateur du risque cardiovasculaire que les taux de cholestérol total ou de cholestérol HDL seuls. « Comme cette étude n'a pas été conçue pour évaluer les effets à

1. Fonseca V, Rosenstock J, Patwarhan R, et al. Effect of metformine and rosiglitazone combination therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2000 ; 283 : 1695-1702.

long terme sur les taux de lipides, on ne peut présumer de la signification de ces changements sur une période prolongée », soulignent-ils.

Les indications du pantoprazole un peu élargies

Tout dernier médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons, le pantoprazole (Pantoloc^{MD}) est utilisé pour réduire la sécrétion de l'acide gastrique dans des affections telles que l'ulcère duodénal, l'ulcère gastrique et l'œsophagite par reflux gastro-œsophagien. Santé Canada vient cependant d'élargir d'un cran ces indications. Le médicament, associé à une antibiothérapie, pourra dorénavant être employé pour le traitement de l'ulcère duodénal dû à la bactérie *Helicobacter pylori*.

L'ajout de pantoprazole à la clarithromycine associée soit à de l'amoxicilline, soit à du métronidazole aurait un effet synergique pour éradiquer *H. pylori*. Chez les patients ainsi traités, les ulcères se cicatrifieraient, les symptômes disparaîtraient et le taux de récurrence des lésions ulcéreuses serait réduit. Employé seul, le pantoprazole serait toutefois moins efficace contre les ulcères causés par la bactérie.

Le pantoprazole pourra également être utilisé pour le traitement d'entretien de l'œsophagite par reflux. Santé Canada attendait des données

supplémentaires avant d'approuver cette indication. Des essais cliniques comprenant un nombre restreint de sujets prenant 20 mg de pantoprazole une fois par jour, le matin, pour des laps de temps allant jusqu'à huit ans, lui ont été présentés.

Des anticorps monoclonaux pour traiter les lymphomes non hodgkiniens



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Daniel Bélanger.

Il existe maintenant un nouveau type d'arme pour traiter les lymphomes non hodgkiniens à évolution lente : les anticorps monoclonaux. Homologué par Santé Canada, ce produit, le rituximab (Rituxan[®]), provoque une réponse thérapeutique chez environ la moitié des patients dont le

cancer récidive ou est réfractaire à la chimiothérapie.

Le rituximab se lie spécifiquement à l'antigène CD20 que possèdent plus de 90 % des lymphomes non hodgkiniens de type B. Cependant, cet antigène de surface se trouve également sur les lymphocytes pré-B et les lymphocytes B.

Le traitement accroît-il le risque d'infections ? C'est ce que les chercheurs craignaient au début. « Dans les faits, le traitement ne diminue pas le taux d'anticorps et ne cause pas plus d'infections. Mais le nombre de lymphocytes B, toutefois, baisse », explique le Dr **Daniel Bélanger**, hémato-oncologue au Centre hospitalier universitaire de Montréal, interviewé à la conférence de presse organisée par Hoffmann-La Roche pour lancer le produit. Il faut préciser que l'antigène CD20 n'est exprimé ni sur les plasmocytes qui fabriquent les anticorps, ni sur les cellules souches hématopoïétiques.

On ne trouve pas non plus l'antigène CD20 ailleurs dans le corps. « C'est ce qui fait que le produit a une faible toxicité », note le spécialiste. Les effets secondaires du rituximab sont surtout liés à la perfusion nécessaire pour l'administrer. La majorité des patients présentent ainsi de la fièvre et des frissons, surtout pendant le premier traitement.

Une réponse d'au moins 13 mois

Le rituximab est indiqué pour le traitement du lymphome non hodgkinien folliculaire de type B ou de faible degré, réfractaire ou récidivant. Il existe deux grands types de lymphomes non hodgkiniens : les agressifs et les indolents, rappelle le Dr Bélanger. Les premiers exigent une chimiothérapie intensive, et parfois une autogreffe. Les patients qui n'en guérissent pas meurent assez rapidement.

« Les lymphomes indolents, par contre, sont présents pendant des années et demeurent jusqu'à présent incurables. Le traitement classique consiste à commencer par donner une chimiothérapie douce, puis à profiter de la rémission, et à redonner une chimiothérapie lorsque le patient fait une rechute. Mais plus la

maladie progresse, plus le cancer est résistant, et plus la thérapie doit être intense.

Le rituximab a été étudié sur des patients arrivés à cette phase. Mais même s'ils avaient reçu de nombreuses chimiothérapies, ils répondaient très bien au médicament, parce que son mécanisme est différent. »

Une étude faite sur 166 patients montre que le rituximab peut donner un taux de réponse de 48 %. Les sujets, qui avaient presque tous reçu de la chimiothérapie, devaient soit ne pas avoir répondu à la première thérapie, soit avoir une rechute.

Chez 6 % des malades, la réponse a été complète : les symptômes et les signes du lymphome ont disparu, même dans la moelle osseuse, pendant au moins 28 jours. Quarante-deux pour cent des sujets ont eu, pour leur part, une réponse partielle, c'est-à-dire que leurs tumeurs ont été réduites de plus de 50 % et que leur maladie n'a pas progressé pendant au moins 28 jours.

Chez la moitié des patients pour qui le rituximab a été efficace, le lymphome a été tenu en respect pendant au moins 13 mois. Et même chez les sujets dont la réponse n'a pas été jugée complète ou partielle, la maladie a quand même reculé.

À utiliser au début ou en association ?

Certaines études montrent que les résultats que donne le rituximab peuvent être meilleurs quand le médicament est associé à la chimiothérapie ou utilisé au début de la maladie.

Il est donc possible que ce médicament soit un jour donné comme premier traitement. « C'est une option thérapeutique parmi d'autres, nuance cependant le Dr Bélanger. Il faut aussi considérer le prix. Ce médicament est relativement cher. Est-ce qu'on a besoin de l'utiliser d'emblée en première intention ou peut-on recourir à une chimiothérapie très douce sous forme orale ? C'est une question à débattre. Au début, le lymphome indolent répond bien à divers médicaments. Nous avons donc beaucoup d'autres options que le

Le D^r Chaim Shustik.

rituximab, mais elles sont plus toxiques. »

Lorsque la maladie devient réfractaire ou récidivante, les avantages du rituximab sont évidents. Il peut également être particulièrement utile pour les patients âgés ou fragiles qui tolèrent difficilement les effets de la chimiothérapie standard.

L'un des avantages majeurs de ce traitement, outre ses effets secondaires réduits, est le fait qu'il ne consiste qu'en quatre perfusions administrées une fois par semaine. Le coût d'un mois de traitement va de 12 000 à 14 000 \$.

Le cancer non hodgkinien affecte environ 15 000 Canadiens et est en progression pour une raison que l'on ignore. « Environ 40 % de ces patients ont un cancer à évolution lente, et 60 % à évolution moyenne ou rapide », explique le D^r **Chaim Shustik**, hématologue à l'hôpital Royal Victoria, qui participait aussi à la conférence de presse.

Pneumonie extrahospitalière

réduire les coûts d'hospitalisation

Économiser est devenu un impératif lancinant. Quand faut-il réellement admettre un patient atteint d'une pneumonie extrahospitalière ? Quand peut-on lui donner congé ? Le D^r **Thomas Marrie**, de l'University of Alberta, a mis au point un guide de pratique (*critical pathway*) pour maximiser l'utilisation des ressources hospitalières sans nuire à la santé du patient. Au cours de l'étude CAPITAL, dont

les résultats sont publiés dans le *Journal of the American Medical Association*, il a réussi à réduire globalement la durée de l'hospitalisation de 1,7 jour par personne admise pour une pneumonie¹. Il a également diminué de 18 % le taux d'hospitalisations de ceux atteints d'une infection comportant peu de risques.

L'essai clinique porte sur une vingtaine d'hôpitaux canadiens : neuf ont utilisé le guide de pratique du D^r Marrie, et dix leur protocole habituel. Durant les sept mois de l'expérimentation, les urgences de ces établissements ont accueilli 1743 patients souffrant d'une pneumonie extrahospitalière.

Le guide de pratique comprend trois éléments : des critères pour décider de l'hospitalisation, un traitement à la lévofloxacine et des lignes directrices pour optimiser les soins hospitaliers. Ces dernières permettent de déterminer à quel moment il convient de remplacer l'antibiotique intraveineux par son équivalent oral et de donner congé au patient (voir la *figure 1*).

Économique et sans danger

Les résultats sont probants. Les patients traités selon le guide de pratique ne semblent pas avoir souffert des critères rigoureux qui ont été appliqués. Leur qualité de vie, mesurée avec une échelle spécifique, ne s'est pas révélée vraiment différente de celle des groupes témoins. De plus, le taux de complications, de réhospitalisations et de mortalité était semblable à celui enregistré chez les autres sujets.

L'économie réalisée grâce au guide a été substantielle. Ainsi, dans les hôpitaux où les lignes directrices ont été suivies, seulement 31 % des patients dont la pneumonie n'était pas classée comme grave ont été admis. Dans les autres centres, 49 % des sujets de cette catégorie ont été hospitalisés.

Pour ce qui est des malades dont la pneumonie s'est révélée grave, le taux

1. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, et al. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA* 2000 ; 283 : 749-55.



Le D^r Richard Gauthier.

d'hospitalisations a été similaire dans les deux groupes d'établissements. Cependant, dans les centres qui ont expérimenté le guide, la durée du séjour des patients a été de 4,4 jours plutôt que de 6,1 ($p = 0,04$). De plus, le pourcentage de ceux qui n'ont eu besoin que d'un seul médicament a été plus élevé (64 % contre 27 %, $p < 0,001$).

Globalement, les règles du D^r Marrie ont permis une réduction de 10 % des hospitalisations.

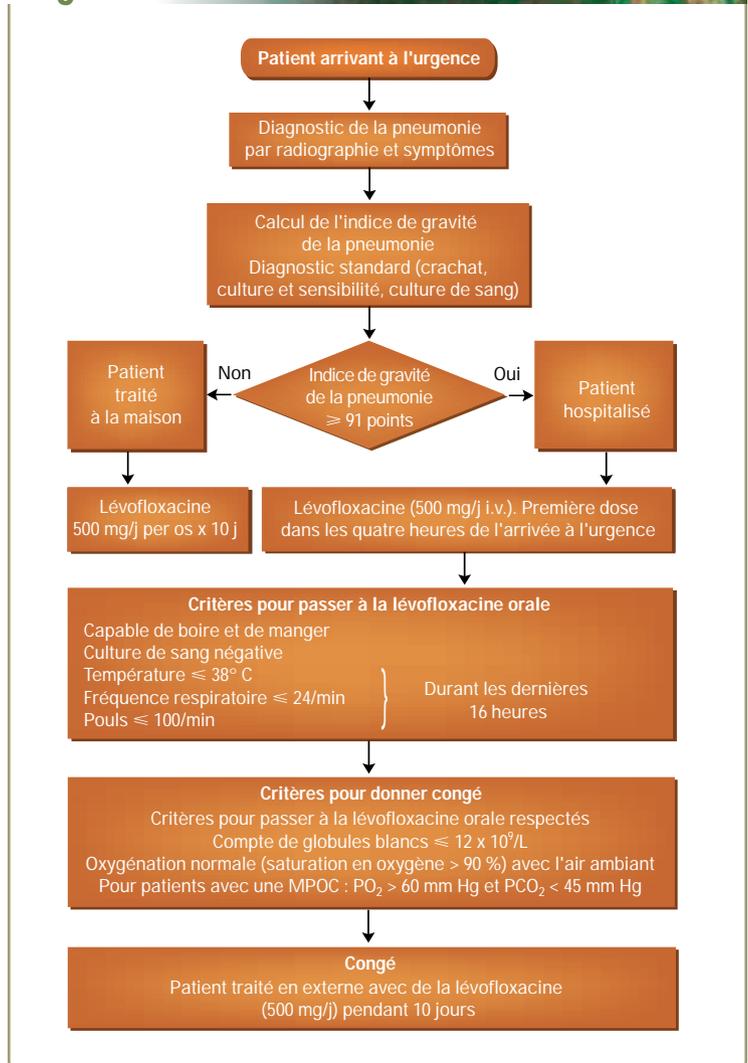
« C'est une étude très intéressante, qui va dans le sens des tendances actuelles. À l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, nous avons adopté un mode de prise en charge semblable, entre autres pour la maladie pulmonaire obstructive chronique. Mais cela exige beaucoup de travail », note le D^r **Richard Gauthier**, pneumologue et professeur agrégé de médecine à l'Université de Montréal.

L'indice de Fine

Aux yeux du spécialiste, l'étude a entre autres le mérite de vérifier l'efficacité de l'indice de gravité de la pneumonie. Mise au point par le D^r M. Fine², cette méthode de classification du risque est utilisée à la première étape du guide de pratique pour déterminer s'il est opportun d'hospitaliser le patient. Cet indice se fonde sur l'évaluation d'une vingtaine de paramètres comprenant les facteurs démographiques, les maladies concomitantes, les résultats de

2. Fine M, Auble T, Yealy D, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 243-50.

Figure 1



l'examen physique, des analyses de laboratoire et de la radiographie. Lorsque le score du patient dépasse 90 points, l'hospitalisation est recommandée. Cette évaluation permet également de classer le malade dans l'une des cinq catégories de risque définies. Les personnes qui se trouvent dans les trois premières ont peu de chances d'avoir des complications ou de mourir.

« L'étude du D^r Fine a été publiée en 1997. Mais on n'a pas encore établi que son système fonctionne dans un véritable hôpital, en dehors du cadre d'un projet de recherche. Les résultats de l'essai clinique du D^r Marrie me semblent encourageants. Il y a eu effectivement moins de personnes hospitalisées dans les classes de

risque 1, 2 et 3 dans les centres où le guide de pratique a été utilisé », analyse le pneumologue.

Trois étapes

Comment se déroule le protocole de prise en charge dans les hôpitaux qui suivent le guide de pratique ? Pour commencer, le patient qui se présente à l'urgence pour une pneumonie est d'abord examiné par un médecin. Une infirmière spécialement formée calcule ensuite l'indice de gravité de la pneumonie. Puis, en se servant, entre autres, du résultat obtenu, le clinicien décide s'il faut hospitaliser ou non le malade.

Deuxième étape : le traitement. L'antibiotique utilisé est la lévofloxacine, un médicament fabriqué par Janssen-Ortho, qui emploie d'ailleurs deux des chercheurs de l'étude. Le patient traité chez lui reçoit la forme orale, et le sujet hospitalisé la forme intraveineuse.

« La lévofloxacine est un bon antibiotique. Ce n'est pas la meilleure quinolone mais, tout comme la ciprofloxacine, c'est l'une des rares qui nous restent », reconnaît le D^r Gauthier. L'intérêt de l'essai clinique ne tient cependant pas au choix de l'antibiotique, estime le spécialiste.

La dernière étape avec les sujets hospitalisés : décider quand remplacer la thérapie intraveineuse par les antibiotiques oraux et quand donner congé au patient. Les chercheurs ont établi des lignes directrices pour limiter en toute sécurité l'utilisation des ressources de l'hôpital (voir la *figure 1*). « L'organigramme que les auteurs proposent me convient », affirme le D^r Gauthier, qui utilise lui-même des critères similaires.

Le protocole proposé par le D^r Marrie sera-t-il implanté à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ? « C'est une chose qui pourrait se faire. Mais la mise en application d'un tel guide de pratique demande beaucoup de temps. De plus, même si l'indice de Fine est intéressant, il faudra encore d'autres études pour confirmer son utilité. » L'économie que permet le guide de pratique proposé est néanmoins tentante. Les auteurs la chiffrent à 1700 \$ américains par

patient hospitalisé, grâce à la réduction de l'utilisation des ressources de l'établissement.

La survie du conjoint non malade

Prendre soin d'un conjoint malade peut être éprouvant. Psychologiquement. Physiquement. Moralement. Au point où cette situation peut devenir un facteur de risque indépendant de mortalité, ont démontré pour la première fois des chercheurs dans le *Journal of the American Association*¹.

Les D^{rs} **Richard Schulz** et **Scott Beach**, de l'University of Pittsburgh, ont suivi pendant quatre ans 392 personnes âgées qui prenaient soin d'un conjoint malade ayant de la difficulté à accomplir au moins une activité quotidienne,

1. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA* 1999 ; 282 : 2215-9.



FONDS
D'INVESTISSEMENT
FMOQ



Lise Cardin

Jean-Pierre Tremblay, vice-président exécutif de la Société, est heureux d'annoncer la nomination de M^{me} Lise Cardin au poste de responsable de la comptabilité et des banques de données, et de M^{me} Claudette Lanthier au poste de planificatrice financière.



Claudette Lanthier

La société Les Fonds d'investissement FMOQ inc. est une filiale de la **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec**, responsable du service à la clientèle, de la promotion et du développement des Fonds FMOQ. Ces Fonds ont été mis en place à l'intention des membres de la Fédération et de leurs proches en 1979 et totalisent maintenant 400 millions \$ d'actifs.

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1012, Montréal (Québec) H3G 1R8
Téléphone : (514) 868-2081 • Sans frais : 1 888 542-8597
et
2960, boul. Laurier, bureau 040, Sainte-Foy (Québec) G1V 4S1
Téléphone : (418) 657-5777 • Sans frais : 1 877 323-5777
Site Web : www.fondsfmoq.com • Courriel : info@fondsfmoq.com

et un groupe témoin de 427 autres dont l'époux n'était pas invalide. La moyenne d'âge des sujets étudiés, dont 51 % étaient des femmes, s'élevait à environ 80 ans.

Parmi les personnes vivant avec un conjoint malade, 81 % s'en occupaient, mais 56 % d'entre elles le faisaient au prix de grands efforts.

Au cours des quatre ans de l'étude, 103 des sujets sont morts. L'analyse révèle que, chez les personnes qui s'occupaient avec difficulté de leur conjoint, le risque de décès était de 63 % plus élevé que dans le groupe témoin, après ajustement en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'état de santé. Par contre, les sujets qui ne prodiguaient pas de soins à leur mari ou à leur femme malade, tout comme les personnes qui soignaient leur conjoint sans se sentir épuisées, n'avaient pas un taux de mortalité ajusté plus élevé que celui du groupe témoin.

Facteur troublant, 33 % des sujets qui éprouvaient de la difficulté à s'occuper de leur conjoint et étaient eux-mêmes malades sont morts au cours des quatre ans de suivi.

« Il est essentiel que l'on trouve des manières de traiter les couples âgés qui se concentrent sur les besoins des deux individus simultanément », écrivent les auteurs. À leurs yeux, il faut considérer le couple comme une unité sur le plan de la santé et des besoins en matière de soins. Les chercheurs suggèrent même, dans les cas extrêmes, de placer la personne malade ou de lui trouver un nouveau soignant qui relèvera le conjoint âgé et vulnérable de ses tâches d'aidant naturel.

Jeunes conducteurs le danger croît avec le nombre de passagers

La principale cause de décès chez les jeunes Américains ? Les accidents de voiture. Ils sont à l'origine de 36 % des morts chez les 15 à 19 ans. Fait surprenant, chez les jeunes conducteurs, la présence de passagers constituerait un important facteur de risque. Plus leur nombre est élevé, plus le danger croît, ont découvert le

D^r **Li-Hui Chen**, de la John Hopkins University School of Hygiene and Public Health, et ses collègues¹.

Chez les jeunes conducteurs de 17 ans qui transportent un passager, le risque relatif de décès par rapport à ceux qui voyagent seuls est de 1,48 par 10 millions de trajets. Ce risque grimpe à 2,58 avec deux passagers, et à 3,07 avec trois. La probabilité augmente significativement avec le nombre de personnes transportées, peu importe le sexe du conducteur et l'heure de la journée. Pourtant, lorsque le chauffeur est âgé de 30 à 59 ans, la présence de passagers provoque le phénomène inverse : une baisse du taux d'accidents mortels pour le conducteur.

Les chercheurs se sont également aperçus que le taux d'accidents où décède le chauffeur augmente particulièrement lorsque les passagers sont des jeunes hommes de moins de 30 ans. Leur nombre, de plus, accroît les risques. La probabilité de décès du conducteur est significativement moins élevée s'il ne transporte que des passagères, et n'augmente pas avec la présence de personnes de 30 ans et plus. Par ailleurs, le taux de mortalité est plus élevé chez les chauffeurs de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin, ont constaté les chercheurs. Leurs analyses ont été faites à partir de trois banques de données gouvernementales.

L'heure de la journée semble également avoir une certaine importance : le taux de mortalité est beaucoup plus grand la nuit que le jour chez les jeunes conducteurs. Le plus haut taux de décès se produit entre minuit et 6 heures chez ceux qui transportent des camarades.

Plus intrépides en groupe

Quel est ce lien entre les accidents mortels et la présence de passagers ? se sont demandés les auteurs. Plusieurs explications leur semblent plausibles. Les jeunes chauffeurs seraient, par exemple, plus enclins à conduire dangereusement en présence de camarades, a révélé un sondage fait auprès de

Suite page 139 >>>

1. Chen L-H, Baker SP, Braver EK, et al. Carrying passengers as a risk factor for crashes fatal to 16- and 17-year-old drivers. *JAMA* 2000 ; 283 : 1578-82.

◀◀◀ *Suite de la page 34*

192 conducteurs du secondaire. Ils sont plus susceptibles de faire de la vitesse, de dérapier délibérément, de brûler un feu rouge, de faire une embardée, de croiser la ligne du centre, ou de prendre de l'alcool ou de la drogue avant de conduire.

Une autre étude a montré que les accidents fatals avec des conducteurs de 16 à 19 ans transportant des passagers ont significativement plus de chances d'être dus à une erreur du chauffeur ou de n'impliquer que leur véhicule. Il semblerait également que les jeunes conducteurs entourés de passagers masculins conduisent plus rapidement et suivent de plus près le véhicule d'en avant.

Les auteurs avancent qu'il y a probablement plus de chances que les adolescents qui conduisent aient bu quand ils transportent des passagers, surtout si ces derniers ont l'âge d'acheter légalement de l'alcool. On sait que, à toutes les concentrations d'alcool dans le sang, les conducteurs masculins de 16 à 19 ans encourent davantage de risques d'avoir un accident fatal que les chauffeurs des autres groupes d'âge.

Qui sont les victimes de violence conjugale ?

139

Aux États-Unis, la violence conjugale est la cause la plus fréquente de blessures non fatales chez les femmes. Celles qui risquent le plus d'être victimes sont les anciennes conjointes ou amies d'hommes consommant abusivement de l'alcool, se droguant, n'ayant pas fini leur secondaire, sans emploi ou travaillant de manière intermittente.

Le Dr **Demetrios Kyriacou** et son équipe ont déterminé ces facteurs de risque en étudiant les caractéristiques socioéconomiques et comportementales de 256 victimes et de leurs agresseurs¹. L'étude s'est déroulée dans huit grandes urgences réparties à travers les États-Unis. Des membres de l'équipe de recherche y ont rencontré toutes les femmes qui reconnaissaient avoir été blessées de manière intentionnelle par un conjoint ou un ami. Elles souffraient de contusions, d'écorchures, de

1. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 1892-8.

lacérations, de fractures ou de dislocations. Des médecins ou des assistants de recherche les ont interrogées en utilisant un questionnaire standardisé qui ne s'adressait qu'à elles. Le même exercice a été fait avec un groupe témoin constitué de 659 femmes traitées à l'urgence pour d'autres problèmes.

Du côté du partenaire, les facteurs qui accroissaient le plus le risque de blessures pour la femme étaient la consommation d'alcool (risque relatif ajusté : 3,6), l'usage de drogues (risque relatif ajusté : 3,5), un emploi occasionnel (risque relatif ajusté : 3,1), le fait d'avoir perdu récemment son emploi (risque relatif ajusté : 2,7) et de ne pas avoir terminé ses études secondaires (risque relatif ajusté : 2,5). La race ou le groupe ethnique n'ont pas été liés au risque de lésions.

En ce qui a trait aux femmes, la seule variable associée au risque de blessure était le fait d'avoir un ancien conjoint ou ami (risque relatif ajusté : 3,5). Les autres caractéristiques des victimes ne semblaient pas être liées à un risque significatif.

L'alcool, mais pas seulement l'alcool

Quel est le rôle de l'alcool dans la violence conjugale ? Selon les données de l'étude, l'homme qui en consomme risque davantage de blesser sa conjointe dans un accès de violence. Et cette probabilité augmente avec la quantité.

Cependant, la prise d'alcool n'explique pas tous les cas. Certains hommes étaient sobres lorsqu'ils ont commis l'agression. L'abus de boissons alcoolisées n'explique pas non plus la relation pathologique

index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques
LABORATOIRES ABBOTT LTÉE	
Prevacid	40-41 132-133
ASTRAZENECA	
Losec	10-11 130-131
Pulmicort Turbuhaler	74-75 76
AVENTIS PHARMA INC.	
.....	15
BAYER CANADA INC.	
Cipro	38 140-141
BELL CANADA	
.....	couv. III
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Wellbutrin	17,25,35 128-129
BRISTOL MYERS SQUIBB/SANOFI CANADA	
Choice	19
Plavix	27,29,31 134-135
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ	
Fonds FMOQ	144
FOURNIER PHARMA INC.	
.....	22-23
GLAXO WELLCOME INC.	
Advair	64-65 126-127
Flonase	93 141
Flovent	33 124-125
Serevent	66 122-123
MERCK FROSST CANADA INC.	
Singulair	couv. IV 120-121
Vioxx	56 136-138
Zocor	54-55 112-114
PFIZER CANADA INC.	
Combantrin	42 121
Norvasc	couv. II 106
Viagra	50
Zolofit	21
PHARMACIA & UPJOHN	
Detrol	86 94
SEARLE CANADA	
Arthrotec	12 115
SMITHKLINE BEECHAM PHARMA	
Paxil	48-49 142-143
SOLVAY KINGSWOOD	
Pantoloc	36 116
STIEFEL CANADA INC.	
Prevex	14 144
Stievamycin	6 139
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Triphasil	8 110

143

entre la victime et l'agresseur, caractérisée par un déséquilibre du rapport de forces. Selon bien des psychologues et des sociologues, il s'agirait là du principal facteur de violence conjugale. Il est cependant possible que,

chez les hommes ayant ce type de lien avec leur compagne, l'alcool augmente la probabilité d'agression physique. « Si c'est le cas, alors la réduction de la consommation d'alcool pourrait réduire ce risque, mais non l'éliminer », croient les auteurs.

Cette étude s'inscrit dans la ligne tracée par un groupe créé par le Congrès américain dans le cadre du *Violence against Women Act* de 1994. Les personnes réunies concluaient qu'il est nécessaire de mieux comprendre les causes de la violence conjugale pour mettre sur pied des interventions préventives efficaces. Elles recommandaient entre autres d'étudier les facteurs de risque.

Nomination



Le D^r **Paul Grand'Maison** a été nommé vice-doyen à la communauté et secrétaire de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. L'omnipraticien y est professeur titulaire depuis 1988. Il a été directeur de programme de 1977 à 1979, et directeur du département de médecine de famille de 1988 à 1996. Il a également assumé la présidence de l'Association des directeurs de départements de médecine de famille du Canada pendant deux ans.

Il deviendra, en mai 2000, le président de l'Association canadienne pour l'éducation médicale.