

Assemblées des associations bilan de la tournée du président

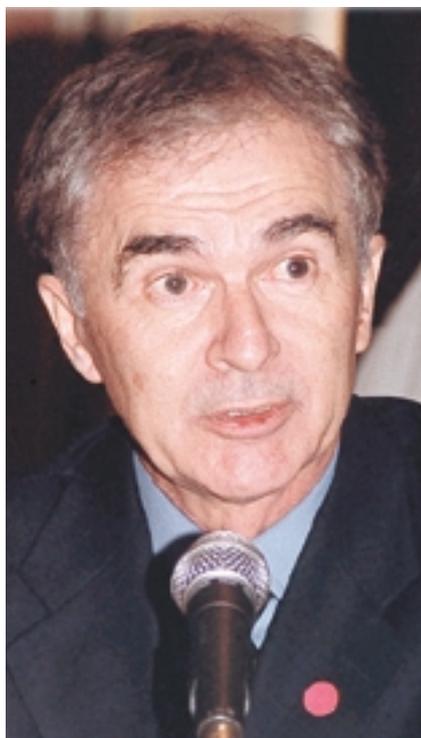


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil.

De septembre à novembre, le D^r **Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), a fait la tournée des associations, assistant à chacune des assemblées annuelles. Ces visites lui ont permis de faire le point sur différents dossiers et de noter les questions qui préoccupent les médecins.

« Dans toutes les régions du Québec, l'un

des grands problèmes dont les membres m'ont fait part est la pénurie de médecins omnipraticiens, explique le président. Le manque d'effectifs sévit de manière particulièrement dramatique dans des régions comme Lanaudière, la Mauricie et le Centre-du-Québec. Dans les régions éloignées, la situation demeure également préoccupante. » Cette insuffisance de cliniciens a évidemment des répercussions : l'accès à un médecin de famille est difficile.

Les omnipraticiens s'inquiétaient également de la rémunération inadéquate de la prise en charge et du suivi des patients dans les cabinets privés. Une question importante pour la FMOQ. « La clientèle est de plus en plus lourde. Elle oblige le médecin à effectuer un grand nombre d'interventions qui ne sont pas prises en compte dans le mode de rémunération à l'acte », dit le président.

Lors de ses rencontres, le D^r Dutil a présenté des projets comprenant plusieurs mesures qui permettraient d'accroître la rétribution de la pratique privée. Les recommandations les mieux accueillies ont été celles qui visaient à augmenter le paiement de la prise en charge et du suivi des patients, à compenser les frais de pratique et à accroître les plafonds trimestriels. Le D^r Dutil souhaiterait que plusieurs de ces mesures soient appliquées dans le cadre de l'actualisation des tarifs de l'année 2001. Les médecins se sont par ailleurs dits satisfaits que la Fédération ait fait de la rémunération de la pratique dans les cabinets privés l'une de ses priorités.

Une partie des suggestions proposées par le président venaient du plan d'action qu'un comité de la FMOQ a élaboré pour les cabinets privés à la suite du rapport Secor*. Mais des changements dans le système de soins de première ligne pourraient également permettre

* Ces recommandations ont aussi été présentées au Conseil de la FMOQ en septembre (voir l'article du mois d'octobre à ce sujet).

Antipasto, ce mois-ci

Assemblées des associations	
bilan de la tournée du président	1
Deux nouveaux présidents	2
Décès du D ^r Gilles des Rosiers	2
Les allocations de formation continue	3
Éviter certains écueils au début de la pratique	3
Accroître la collaboration entre les médecins des CLSC et ceux des cabinets privés	
entrevue avec le D ^r André Munger,	
de nouveau président de l'Association des médecins omnipraticiens des CLSC	4
De nouveaux fonds pour la santé	5
Un premier traitement contre la sclérose latérale amyotrophique	13
Nomination du D ^r Georges-Henri Gagnon	13
Grippe	
l'entourage peut être protégé	16
Un nouveau regard sur l'obésité	20
Fracture de la hanche	
une nouvelle méthode de protection	22
Hépatite C	
recommandations de la SOGC	120
Jeunes adultes anxieux à cause de la cigarette	121
Adolescents	
téléphoner plutôt que de fumer	122
Le célécoxib à dose supratherapeutique	
peu d'effets secondaires	122
Baisse de la prescription d'antibiotiques	144
Conduite automobile	
l'absence de sommeil aussi dangereuse que l'ivresse	148

sommaire de la revue, page 7 >>>

Deux nouveaux présidents

La plupart des présidents des associations ont accepté d'être reconduits dans leurs fonctions au cours des élections qui ont eu lieu durant les assemblées annuelles. Deux nouveaux ont cependant fait leur apparition. Le D^r **Jean de la Chevrotière** succède au D^r **Marcel Reny** dans l'Ouest du Québec, et le D^r **André Munger** devient le président de l'Association des médecins omnipraticiens des CLSC, remplaçant la D^{re} **Michèle Boucher**. Nous présentons ce mois-ci et le mois prochain une entrevue avec chacun des nouveaux présidents.

de mieux rémunérer la pratique privée.

La réorganisation des soins

Actuellement, la Fédération élabore un projet d'entente particulière sur la réorganisation des services médicaux, a expliqué le D^r Dutil aux médecins. Le système actuel, incapable d'endiguer les crises d'effectifs médicaux, doit être modifié.

Le modèle proposé, qui a été exposé à la commission Clair, repose sur des équipes de base d'omnipraticiens auxquelles s'intégrerait une infirmière. Pour répondre aux besoins spécifiques de certains patients, ces groupes seraient également en rapport avec d'autres professionnels de la santé.

Cette réorganisation des soins devra cependant être accompagnée d'un changement des modalités de paiement des omnipraticiens. « Un mode de rémunération qui nous apparaîtrait juste serait un forfait auquel s'ajouterait un pourcentage du tarif des actes »,

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 – convention n°1419250 – Enregistrement n° 09832.

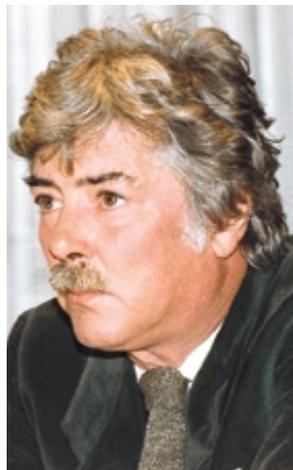


Photo : M.C.

Décès du D^r Gilles des Rosiers

Le D^r **Gilles des Rosiers** est décédé le 6 décembre à l'âge de 67 ans. Diplômé de l'Université de Montréal en 1958, il a exercé activement la médecine de 1958 à 1971. Animé par un seul idéal, celui de la reconnaissance de la médecine générale comme discipline à part entière, il a été simultanément délégué de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal au Conseil de la FMOQ et secrétaire général du même conseil de 1966 à 1975, ainsi que président du Comité de formation de décembre 1967 à 1975. Ensuite, il est devenu directeur des Affaires professionnelles de 1975 à 1983. À son instigation, une nouvelle direction de la Formation professionnelle a été instituée en 1983, et on lui en a confié aussitôt la responsabilité. Il a assumé celle-ci jusqu'au mois d'août 1993, où il a considéré que mission avait été accomplie. Son engagement allait encore se poursuivre, cette fois comme consultant médical pour la Régie régionale de la santé de l'Estrie et celle de Québec, jusqu'à ce que la maladie vienne terrasser ce combattant qui n'a finalement jamais connu la retraite.

Quel que soit le poste qu'il ait occupé, il s'y est illustré. Sa pensée et ses écrits ont d'ailleurs servi d'inspiration à plus d'un. En 1993, l'Association des médecins de langue française et l'*Actualité Médicale* le nommaient médecin de cœur et d'action, en même temps que neuf autres qui se sont démarqués au sein de leur localité, de leur établissement et du réseau de la santé. Son œuvre saisissante a aussi justifié la création d'un prix qui porte son nom, par lequel la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec veut souligner les réalisations de certains de ses membres dans le domaine de la formation médicale continue. Ce prix a été remis à deux reprises seulement, soit en mai 1995 et en novembre 1996. Le 27 janvier dernier, les dirigeants de l'*Actualité Médicale* ont résolu de marquer la contribution exceptionnelle d'une vingtaine de médecins québécois au cours des 20 dernières années : le D^r Gilles des Rosiers était du nombre.

Parmi toutes les exhortations de Gilles, l'une d'elles mérite de passer à la postérité : omnipraticiens, comportez-vous en entrepreneurs responsables plutôt qu'en simples spectateurs ou consultants à l'égard de la formation continue qui vous est destinée, et ce, malgré toutes les forces vives contraires. Gilles, les omnipraticiens te doivent beaucoup et te saluent !

Nos plus sincères condoléances à son épouse et à sa famille.

Jean-Maurice Turgeon, rédacteur en chef du *Médecin du Québec* et directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

propose le président.

Les transformations envisagées ne viendront toutefois pas bousculer la pratique dans les cabinets privés. Aucune mesure ne sera appliquée de force. « Nous ne commettrons pas l'erreur du gouvernement, qui a imposé aux hôpitaux des fusions contre leur gré. Nous respecterons les valeurs et les traditions des cliniques », a clairement précisé le D^r Dutil. Les médecins décideront d'ailleurs eux-mêmes de la manière d'adapter le modèle proposé à leur milieu.

Revoir les activités médicales particulières (AMP)

La Fédération reconnaît que les dispositions actuelles de l'entente sur les activités médicales particulières nécessitent certains changements. Des hôpitaux manquent d'omnipraticiens pour les soins aux patients, alors que des tâches moins importantes obtiennent le statut d'AMP. En outre, le suivi d'une clientèle dans un cabinet privé devrait être considéré comme une activité prioritaire, juge la FMOQ, qui exigera cet ajout. « Les gens se plaignent partout qu'il n'y a pas assez de médecins de famille », souligne le D^r Dutil.

Pour l'instant, les activités particulières sont imposées aux omnipraticiens durant les 10 premières années de leur pratique. La

Fédération s'opposerait à ce que cette période soit prolongée. « Nous souhaitons voir disparaître l'entente particulière sur les AMP une fois que l'ensemble des soins médicaux généraux seront réorganisés en réseaux intégrés. »

Les 19 assemblées annuelles auront finalement permis de faire le point sur les activités de la FMOQ et de préciser ses priorités. Des dossiers importants attendent les médecins durant la prochaine année.

Éviter certains écueils au début de la pratique

« Préparez votre installation en pratique ! », conseille la FMOQ aux résidents en médecine familiale. Cette année encore, la Fédération tenait une journée d'information sur les débuts dans l'exercice de la médecine. L'événement a été organisé en collaboration avec l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) et le département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

La quarantaine de futurs omnipraticiens qui participaient à la journée l'ont trouvée très profitable. Plusieurs experts de la FMOQ et de l'AMOM les ont éclairés sur des questions telles que les choix de carrière qui s'offrent à eux ; les sources d'informations pertinentes sur les conditions d'exercice ; la manière de faire les demandes de paiement à la Régie de l'assurance-maladie du Québec ; ce qu'il faut négocier avant de s'installer et les particularités du commencement de la pratique.

« Nous estimons qu'il est important d'organiser cette journée d'information. Elle permet aux jeunes médecins d'éviter certains écueils fréquents à l'aube de la pratique », explique le D^r **Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la régionalisation à la FMOQ.

Où se retrouveront ces jeunes praticiens une fois sortis de l'université ? Selon les données de la Fédération, presque 60 % des nouveaux omnipraticiens qui choisissent de pratiquer en première ligne travaillent dans un cabinet privé, 37 % dans un CLSC, et 9 % dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Le

Les allocations de formation continue

Les allocations de formation continue débuteront en janvier 2001. Comme on le sait, les omnipraticiens doivent répondre aux exigences du département régional de médecine générale (DRMG) pour y avoir droit. Quelles seront-elles pour la prochaine année ? Le médecin devra demander à son Département l'autorisation de se prévaloir de l'allocation de formation continue en précisant sur un court questionnaire ses secteurs de pratique. Il établira ainsi qu'il contribue à l'accessibilité aux soins médicaux. À la réception du formulaire, le DRMG enverra le nom du clinicien à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui lui permettra alors de bénéficier de l'allocation.

La Fédération a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux que l'allocation de formation continue de 300 \$ par jour puisse être fractionnée et s'appliquer à des demi-journées. La FMOQ souhaite que le montant versé puisse être accordé pour des cours de trois heures.



Photos : Emmanuèle Garnier.

Le Dr Jean Rodrigue à la journée de formation des résidents.

quart d'entre eux s'installent initialement dans une région universitaire, 22 % vont dans une région périphérique, 24 % dans un territoire intermédiaire et 26 % dans une zone éloignée.

Accroître la collaboration entre les médecins des CLSC et ceux des cabinets privés

entrevue avec le Dr André Munger, de nouveau président de l'Association des médecins omnipraticiens des CLSC

4



Le Dr André Munger.

Le Dr André Munger, qui était vice-

président depuis un an, a été élu à la présidence de son association à la fin d'octobre. Il avait déjà exercé cette fonction de 1989 à 1996. Le Dr Munger travaille actuellement au CLSC de la région sherbrookoise, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et à la Clinique de l'Université de Sherbrooke.

M. Q. – Quels sont vos objectifs en tant que président de l'Association des médecins omnipraticiens des CLSC ?

A. M. – Je suis revenu à la présidence pour travailler à accroître la collaboration entre les médecins des CLSC et les omnipraticiens des cabinets privés. Il est nécessaire que l'on dispose d'un service médical de première ligne réunissant tous les médecins d'un territoire, peu importe leur point d'ancrage dans le réseau. Nous devons mettre en commun notre énergie et notre temps pour arriver à constituer un vrai réseau intégré.

Cette collaboration nous permettra d'être mieux outillés pour faire face à deux problèmes : les besoins croissants de la population et une certaine rareté des effectifs médicaux. Si les médecins des CLSC et les médecins des cabinets privés ne conjuguent

pas leurs efforts, leur énergie et leur expertise, nous n'y parviendrons jamais.

M. Q. – Concrètement, comment réaliser ce réseau intégré de première ligne ?

A. M. – Il faudra commencer par définir les zones de desserte des services médicaux de première ligne. Ensuite, sur cette base, on devra déterminer l'offre de services, définir les activités prioritaires et s'assurer que l'ensemble des médecins partagent ces responsabilités.

M. Q. – La position des cabinets privés dans le réseau est en train d'être redéfinie. Les médecins des CLSC vont-ils dans la même direction ?

A. M. – Les recommandations du rapport de la FMOQ sur le repositionnement stratégique des cabinets privés s'apparentent à ce que nous appelons le Projet médical dans les CLSC. Ce projet définit l'omnipraticien œuvrant dans un CLSC comme un médecin de famille à part entière qui doit assurer la prise en charge et le suivi des patients. Ce clinicien doit aussi participer à certaines activités visant des clientèles cibles et travailler dans des secteurs comme la consultation sans rendez-vous pour rendre les services

M^{me} Pauline Marois.

De nouveaux fonds pour la santé

Le gouvernement provincial vient d'injecter dans le réseau de la santé et des services sociaux une somme de 265 millions de dollars. À quoi est destiné cet argent ? Un montant de 225 millions permettra de répondre à la croissance des besoins, et des fonds de 40 millions seront consacrés aux services.

Croissance des besoins

« Déjà, en vertu du budget de mars dernier, nous avons effacé les déficits des

établissements et rehaussé leurs bases budgétaires. Nous nous étions aussi engagés à examiner les facteurs qui poussent leurs frais à la hausse. Cet exercice nous a permis de conclure qu'il fallait ajouter des sommes nouvelles pour les médicaments qui sont à la charge des établissements, pour les fournitures médicales et pour l'accroissement du volume de services », rappelle la ministre, M^{me} **Pauline Marois**. Une somme de 225 millions est donc répartie à ces fins entre divers types d'établissements :

■ centres hospitaliers	191,7 millions
■ CLSC	10,3 millions
■ centres d'hébergement et de soins de longue durée	6,6 millions
■ centres de réadaptation	1,4 million
■ centres jeunesse	15 millions

Suite page 13 >>>

médicaux plus accessibles.

Les médecins des CLSC et des cabinets privés auront d'autres points en commun. Le rapport de la FMOQ propose une collaboration plus étroite avec divers professionnels de la santé, et en particulier avec les infirmières. Nous avons une grande expérience dans ce domaine. Nous travaillons depuis longtemps avec des travailleurs sociaux, des intervenants psychosociaux, des auxiliaires familiales et des infirmières. Notre collaboration avec ces dernières a été particulièrement fructueuse dans le cadre de programmes comme celui du maintien à domicile. Dans les CLSC, les infirmières cliniciennes sont également appelées à rencontrer des patients et à résoudre des problèmes qui ne nécessitent pas forcément la compétence d'un médecin. Nous avons réussi à effectuer un partage des responsabilités pour servir au mieux l'intérêt des patients.

M. Q. – Quelle est votre position sur les activités médicales particulières (AMP) ?

A. M. – Je pense qu'il faudrait définir les AMP sur chaque territoire et inviter tous les médecins qui exercent en première ligne à participer à ces activités pour ne plus jamais manquer de cliniciens. Il faut trouver une façon pour que chaque omnipraticien, qu'il travaille dans un CLSC ou dans un cabinet privé, se sente concerné.

Actuellement, on considère que les médecins des CLSC adhèrent à l'entente sur les AMP. Nous serions prêts à remettre cette disposition de la loi en question. Mais à condition que les activités médicales particulières englobent toutes les activités importantes : non seulement les soins auprès des patients hospitalisés et à l'urgence, mais aussi les soins palliatifs, la garde pour le maintien à domicile des gens qui ont perdu leur autonomie et la participation à des programmes spéciaux pour les clientèles vulnérables.

J'estime que ces responsabilités reviennent à tous les médecins de famille, peu importe leur nombre d'années de pratique. Je trouverais désolant et regrettable qu'elles n'incombent qu'à une tranche de médecins, qui sont souvent les plus jeunes. Il faut aussi éviter un clivage de la pratique entre les médecins qui effectuent principalement des activités prioritaires et ceux qui se consacrent aux consultations sur rendez-vous. Les omnipraticiens doivent avoir une pratique polyvalente, c'est la base du travail du médecin de famille.

M. Q. – Avez-vous d'autres projets ?

A. M. – Oui. J'aimerais travailler à l'élaboration d'un guide d'organisation et de gestion des services de première ligne. Je trouve que cela fait cruellement défaut au Québec. Actuellement, les services sont mis sur pied

de façons très diverses. Il nous faudrait des balises. Les médecins qui travaillent dans les urgences, eux, vont bientôt se doter d'un tel outil. À mon sens, la responsabilité de la réalisation d'un guide pour les services de première ligne relève du ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Q. – Quels sont vos plans en ce qui concerne le travail en tant que tel dans les CLSC ?

A. M. – Nous allons tenter d'améliorer les conditions de pratique des médecins. Dans les CLSC, les omnipraticiens manquent parfois de soutien administratif. Si nous devons assumer un rôle plus important dans les réseaux intégrés d'accessibilité, il faut que tous les CLSC disposent d'un personnel suffisant et de matériel, d'infrastructures et de locaux adéquats.

Nous allons également travailler à renforcer le rôle du chef du service médical. Il doit avoir une place prépondérante au sein du comité de gestion de l'établissement. Son importante expérience en gestion médicale doit être reconnue. C'est lui qui doit voir à la répartition des responsabilités et des tâches. Cela deviendra d'autant plus important que les CLSC feront partie de réseaux intégrés de soins. Le chef de service sera notre interlocuteur pour peaufiner l'organisation des services en collaboration avec les directeurs des cabinets privés avoisinants.

◀◀◀ *Suite de la page 5*

Les services

Un montant de 40 millions est également destiné aux services. « En répartissant cette somme, nous avons surtout cherché à répondre aux besoins qui étaient moins bien comblés, particulièrement pour ce qui est du maintien à domicile, de l'hébergement et des soins de longue durée », explique la ministre.

L'enveloppe est partagée entre les différents centres de la manière suivante :

- CLSC 23 millions
- centres d'hébergement
et de soins de longue durée 12 millions
- centres de réadaptation 5 millions

Ces fonds, accordés en fonction des besoins, ne sont cependant pas répartis de manière uniforme dans la province, avertit M^{me} Marois. La somme réservée aux CLSC, par exemple, sera surtout distribuée dans les régions de la Montérégie, des Laurentides, de Lanaudière, de Laval et de Montréal. Pour ce qui est des centres d'hébergement et de soins de longue durée, deux régions, la Montérégie et Chaudière-Appalaches, obtiendront 46 % du montant disponible.

Un premier traitement contre la sclérose latérale amyotrophique

Un premier médicament vient d'être homologué au Canada pour traiter la maladie de Charcot, également appelée sclérose latérale amyotrophique : le Rilutek® (riluzole). Le produit pourrait augmenter la survie des patients de quelques mois.

Ce premier pas marquerait une étape cruciale dans la lutte contre la maladie de Lou Gehrig, autre nom de l'affection. « Dans le traitement de cette maladie, nous en sommes au point où nous étions dans les années 50 pour le cancer. Depuis 10 ans, bien des médicaments ont été essayés, mais aucun ne s'est avéré efficace. Le riluzole est le premier qui fonctionne », indique la D^{re} **Angela Genge**, directrice de la clinique de

Nomination du D^r Georges-Henri Gagnon



Le D^r **Georges-Henri Gagnon**, qui a été directeur général adjoint et directeur des Affaires professionnelles de 1984 à 1996 à la FMOQ, vient d'être nommé administrateur au conseil d'administration de l'Association des médecins de langue française du Canada pour 2000-2002. Le D^r Gagnon a également été président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent et occupé la fonction de vice-président au Bureau de la Fédération.

la sclérose latérale amyotrophique de l'Institut neurologique de Montréal, à la conférence de presse qui annonçait le lancement du produit.

Pour l'instant, Santé Canada n'a accordé qu'une autorisation conditionnelle de mise sur le marché du médicament. Un essai clinique de phase IV devra confirmer la prolongation de la survie. De plus, le riluzole ne peut être prescrit que par les spécialistes du Consortium canadien contre la sclérose latérale amyotrophique.

La mise en garde de la monographie prévient tout excès d'enthousiasme. « L'indication d'emploi considérée est fondée sur une modeste augmentation de la survie précoce observée chez quelques-uns des participants aux études 216 et 301. À la fin de ces études, il n'existait cependant aucune différence significative sur le



Les D^s Angela Genge, Jean-Pierre Bouchard et Sanjay Kalra.

plan statistique entre le groupe recevant un placebo et le groupe traité par le riluzole en ce qui a trait à la mortalité. D'après les résultats des évaluations, l'emploi du riluzole n'a pas entraîné d'amélioration de la force musculaire ni de la fonction neurologique. »

Le D^r **Jean-Pierre Bouchard**, directeur de l'unité de recherche sur les maladies neuromusculaires à l'Hôpital Enfant-Jésus,

à Québec, a participé à l'étude 301. L'essai, dont les résultats ont été publiés dans *The Lancet* en 1996, rassemblait 959 patients qui ont été suivis pendant 18 mois¹. « Il est vrai que pour chacun des critères d'évaluation que nous avons étudiés, nous n'arrivions pas à avoir de résultats marquants. Ce sont les analyses de survie qui ont montré que le médicament prolongeait la vie des patients de trois à six mois. » À la fin de l'étude, le risque de mortalité ou d'avoir une trachéotomie était de 35 % inférieur chez les patients qui prenaient la dose de 100 mg de riluzole par rapport aux sujets témoins. « Aujourd'hui, avec des techniques comme la spectroscopie par résonance magnétique, il est beaucoup plus facile de montrer l'effet d'un médicament », note le chercheur.

Dans deux autres essais cliniques, l'un fait au Japon et l'autre sur des patients dont la maladie était à un stade avancé, le médicament ne s'est pas révélé plus efficace

1. Lacomblez L, Bensimon G, Leigh PN, et al. Dose-ranging study of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet* 1996 ; 347 : 1425-31.

que le placebo. « C'étaient de petites études », précise toutefois le D^r Bouchard.

Un effet rapide

Des recherches plus récentes indiquent que le riluzole, qui serait surtout efficace au début de la maladie, agirait rapidement. Chez 11 patients ayant pris le médicament, les atteintes sublétales des neurones moteurs ont régressé après seulement trois semaines de traitement, a montré le D^r **Sanjay Kalra**, neurologue à l'Institut de neurologie de Montréal². Les résultats étaient particulièrement significatifs lorsqu'ils étaient comparés à ceux du groupe témoin.

Le chercheur a fait ce constat en recourant à la spectroscopie par résonance magnétique. Cette technique lui a permis de mesurer *in vivo* le

2. Kalra S, Cashman NR, Genge A, et al. Recovery of N-acetylaspartate in corticomotor neurons of patients with ALS after riluzole therapy. *NeuroReport* 1998 ; 9 : 1757-61

N-acétylaspartate (NAA), un composé qui peut être utilisé comme un indicateur de la perte de neurones ou des lésions sublétales. « Nous disposons maintenant d'un marqueur dont nous pouvons nous servir afin d'évaluer l'efficacité des médicaments testés pour traiter la sclérose latérale amyotrophique », affirme la D^{re} Genge.

Une combinaison de médicaments

Le riluzole cause certains effets secondaires : de l'asthénie, des nausées, des étourdissements, une baisse de la fonction respiratoire et la diarrhée. Environ 14 % des sujets de plusieurs essais cliniques ont abandonné le traitement à cause d'un effet indésirable.

L'avenir réserve probablement aux patients atteints de sclérose latérale amyotrophique un traitement composé de plusieurs médicaments aux actions diverses. Certaines molécules expérimentales pourraient être prometteuses. Dans une étude internationale à laquelle participait la D^{re} Genge, des chercheurs ont fait l'essai d'un nouveau produit : le xaliproden. « Si les résultats qui seront dévoilés sous peu sont concluants, nous disposerons d'un second médicament efficace. Ce sera une autre étape importante », explique la chercheuse. Des facteurs de croissance des nerfs sont également testés, tout comme le seront bientôt des antiviraux. « Beaucoup de choses se passent. Nous sommes tout au début. »

Grippe

L'entourage peut être protégé

La famille d'un patient grippé peut espérer échapper à l'influenza en recourant au zanamivir. Mode d'emploi : 10 mg de l'antiviral par inhalation deux fois par jour pendant cinq jours pour le malade, et la même dose une fois par jour pendant 10 jours pour l'entourage.

Des mesures efficaces, selon une étude dont les résultats ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine*¹.

Le risque de contamination des membres de la famille d'une personne grippée est en moyenne de 25 %, bien que la composition de la famille, le type de virus circulant et les contacts avec l'extérieur puissent faire varier ce taux. Le D^r **Frederick Hayden**, de l'University of Virginia, et son équipe ont montré qu'on pouvait réduire cette probabilité avec le zanamivir.

Dans une étude qui a bénéficié du soutien financier de Glaxo Wellcome, les chercheurs ont recruté quelque 800 familles avant la saison grippale de 1998-99. Celles dont l'un des membres attrapait la grippe recevaient de manière hasardisée soit du zanamivir par inhalation, soit un placebo. La grippe s'est déclarée chez 163 sujets qui ont reçu 10 mg du médicament deux fois par jour pendant cinq jours et chez 158 qui ont eu le placebo. Les familles ont eu un traitement d'une seule dose quotidienne pendant 10 jours.

Le taux de protection du zanamivir a été de 79 %. Le virus s'est propagé dans seulement 4 % des familles traitées avec l'antiviral, alors qu'il a touché au moins un deuxième membre dans 19 % des familles témoins. Le médicament serait efficace à la fois contre l'influenza de type A et de type B.

Pour être optimal, le traitement prophylactique de l'entourage doit être entrepris rapidement. Les gripes qui se sont déclarées chez les membres de la famille sont apparues très rapidement dans les deux groupes.

D'autres antiviraux ont déjà été pressentis pour protéger l'entourage : l'amantadine et la rimantadine. Mais les études ont donné de leur efficacité des résultats pour le moins contradictoires, qui allaient de 3 à 100 %. Le talon d'Achille de ces médicaments : la résistance. Des virus mutants émergent rapidement chez les sujets grippés et se transmettent à l'entourage. Le zanamivir n'a pas semblé être touché par ce problème. Les différents tests ont montré qu'aucune variante résistante au zanamivir n'est apparue.

1. Hayden FG, Gubareva LV, Monto AS, et al. Inhaled zanamivir for the prevention of influenza in families. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1282-9.

Un nouveau regard sur l'obésité

L'embonpoint et l'obésité progressent au Québec. En 1998, 13 % des personnes étaient obèses. Que faire ? Le Collectif action alternative en obésité (CAAO) propose un nouveau regard sur cette question. Organisme à but non lucratif, il vient de lancer, au cours d'une conférence de presse, un document intitulé *L'Obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids ; éléments d'une problématique et réflexions pour l'action* avec ses partenaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Direction de la santé publique de la Montérégie et l'Association pour la santé publique du Québec.

Comment traiter les personnes qui souffrent d'un excès de poids ? Le CAAO préconise l'adoption du « nouveau paradigme ». « C'est une nouvelle vision fondée sur l'écoute des signaux corporels de faim et de satiété et l'adoption d'habitudes de vie saines. Ce régime de vie doit être suivi par plaisir, de façon naturelle », explique M^{me} **Lyne Mongeau**, l'une des auteures du rapport, conseillère à l'Association pour la santé publique du Québec. L'approche rejette les régimes draconiens, les aliments défendus et les exercices amaigrissants. Elle propose plutôt de découvrir les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale et physique, d'apprendre à repérer les fringales qui résultent du stress et de se construire une image de soi positive.

Il existe déjà plusieurs programmes d'intervention fondés sur ces bases. Le livre du CAAO en dresse une liste et mentionne les conclusions des études qui les ont évalués. « Les résultats montrent qu'il est possible aux personnes ayant un problème de poids de bénéficier d'une meilleure santé physique et mentale », explique M^{me} **Louise Pomerleau**, intervenante en nutrition au CLSC de la MRC (municipalité régionale de comté) de l'Islet, également présente à la conférence de presse.

Une question de santé publique

L'obésité est aussi une affaire de santé

publique. En 11 ans, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant un excès de poids a grimpé de 47 %. Quarante et un pour cent des hommes de 45 à 64 ans ont un surplus pondéral, selon les nouvelles données de Santé Québec. Ce qu'il faut faire ? Intervenir sur notre environnement « obésogène ».

« Sur le plan de la santé publique, si l'on veut empêcher que le poids moyen de la population n'augmente, il faut des mesures étendues. On doit favoriser l'adoption d'habitudes de vie saines. Mais à quoi sert-il de dire aux gens de faire de l'exercice s'il leur est difficile de pratiquer une activité physique dans leur quartier ? Il faut également éduquer les jeunes : comment pourront-ils éviter de prendre 20 kg au cours des prochaines décennies ? On doit sensibiliser les milieux de travail pour qu'ils facilitent la pratique de l'exercice et une meilleure alimentation. On pourrait énumérer beaucoup de mesures possibles », explique M^{me} Mongeau.

Miroir, miroir, dis-moi qui est la plus mince

La lutte contre l'obésité et l'embonpoint a toutefois un second visage dangereux : l'obsession de la minceur.

« Comment travailler à réduire le poids moyen de la population sans exacerber la préoccupation excessive du poids ? », s'inquiète M^{me} Pomerleau. Des données indiquent que la majorité des femmes ayant un « poids santé » désirent maigrir, et que près du quart des



M^{me} Lyne Mongeau.



M^{me} Louise Pomerleau.

Photos : Emmanuèle Garnier.

le D^r Richard Massé.

femmes dont le poids est insuffisant souhaiteraient devenir plus minces. « Et que dire des adolescentes qui grandissent avec des modèles où minceur égale santé, bonheur, succès ? Un projet sur l'image corporelle mis sur pied par notre Collectif nous a appris qu'une jeune fille sur deux a

essayé de maigrir. Des enfants de neuf ans se mettent à la diète, des adolescentes jettent leur lunch, s'entraînent à l'excès et fument avec l'objectif avoué de rester le plus mince possible », dénonce l'intervenante en nutrition.

Sur le plan social, la prévention de l'obésité ne doit pas non plus devenir une lutte contre les obèses. « Le Collectif croit qu'il est peut-être dangereux de contribuer à accroître les préjugés sociaux envers les personnes actuellement obèses et celles qui le resteront. » Plusieurs gens arriveront difficilement à se défaire d'un important surplus pondéral. Chez ceux dont l'un des parents est obèse, le risque de le devenir est de 60 %, et cette probabilité atteint 90 % lorsque les deux parents souffrent d'un grand excès de poids.

Le D^r **Richard Massé**, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, estime lui aussi que la question de l'excès de poids dans la population est importante. « Les données de Santé Québec montrent que même si notre situation n'est pas la même que celle qui règne au sud de la frontière, nous devons intervenir maintenant si nous ne

voulons pas avoir les mêmes problèmes. Parce que c'est là que notre trajectoire nous mène. Il s'agit clairement d'une priorité. »

On peut se procurer le document *L'Obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids ; éléments d'une problématique et réflexions pour l'action* auprès du CAAO en téléphonant au (514) 270-3779 ou en écrivant à l'adresse Internet suivante : caao@cam.org.

Fracture de la hanche une nouvelle méthode de protection

Un protecteur externe de la hanche pourrait réduire les risques de fractures chez les personnes âgées fragiles. Des chercheurs finlandais ont démontré que le port régulier d'une telle pièce décroît de 60 % le taux de fractures de la hanche. Et de 80 % lorsqu'elle est portée au moment précis de la chute.

Aux États-Unis, chaque année, plus de 300 000 personnes âgées sont hospitalisées à cause d'une fracture de la hanche. Des dispositions permettent déjà de réduire les chutes. Des traitements diminuent les risques d'ostéoporose. Mais d'autres mesures sont encore nécessaires.

Le D^r **Pekka Kannus** et son équipe se sont penchés sur les avantages d'un protecteur de hanches. Convexe, rembourré, le modèle qu'ils ont retenu recouvre le grand trochanter et la partie proximale du fémur. Il est inséré dans les poches latérales d'un sous-vêtement extensible.

Les chercheurs ont testé ce protecteur dans une étude comprenant 1801 personnes âgées de 82 ans en moyenne et présentant au moins un facteur de risque de fracture de la hanche. Un tiers du groupe a porté le protecteur et les deux tiers ont constitué le groupe témoin. Pendant le suivi, 13 des sujets protégés ont subi une fracture de la hanche comparativement à 67 dans le second groupe, rapportent les auteurs dans leur article publié dans le *New England Journal of Medicine*¹.

1. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, et al. Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1506-13.

Suite page 120 >>>

◀◀◀ Suite de la page 22

Des réticences

Le recours au protecteur de hanche a cependant une faille : les réticences de certaines personnes âgées. Dans le groupe index, 9 des 13 patients ont eu une fracture alors qu'ils ne la portaient pas. En général, les sujets l'avaient sur eux un peu moins de la moitié du temps. Par ailleurs, au moment du recrutement, 31 % des personnes qui auraient pu faire partie du groupe index ont rejeté l'idée de porter un protecteur. Mais 9 % des membres potentiels du groupe témoin ont également refusé de participer à l'étude.

Selon les analyses du D^r Kannus et de ses collègues, il faudrait que seulement 41 personnes âgées portent les protecteurs pendant un an pour éviter une fracture de la hanche.

« Les protecteurs de la hanche constituent une nouvelle méthode très efficace pour réduire les risques de fracture de la hanche. Il faudrait promouvoir leur utilisation auprès des personnes les plus exposées : celles qui souffrent d'ostéoporose ou peuvent tomber à cause de leur faiblesse ou de leur démarche et de leur équilibre précaires. Le port des protecteurs serait particulièrement utile pour les résidents des établissements de soins, des personnes souvent plus frêles », estime pour sa part le D^r **Laurence Rubenstein**, du Greater Los Angeles Veterans Affairs Medical Center, dans son éditorial².

Hépatite C

recommandations de la SOGC

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) vient de publier des directives concernant l'hépatite C. Comme l'incidence de la maladie augmente chez les jeunes femmes, les médecins doivent s'attendre à voir de plus en plus de cas chez leurs patientes

en âge de procréer. Déjà, dans environ 1 accouchement sur 120, la parturiente est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le risque de transmission de la mère à l'enfant est d'environ 7,9 %, mais grimpe jusqu'à 40-45 % lorsque la femme est aussi contaminée par le VIH.

Les principales recommandations de la SOGC sont :

■ **Dépistage.** Le dépistage systématique du VHC n'est pas recommandé. Cependant, le test de détection devrait être offert à toutes les femmes qui courent des risques d'être porteuses du virus : les utilisatrices ou ex-utilisatrices de drogues injectables ; les patientes hémodialysées ou qui ont reçu une transfusion ; les femmes ayant des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples ; celles qui ont eu un tatouage fait dans des conditions ne répondant pas aux normes nationales. Il est également conseillé de proposer le test pour les enfants nés d'une mère infectée par le VHC.

■ **Contraception.** Les méthodes offrant une barrière physique devraient être recommandées aux femmes qui ont des partenaires multiples.

■ **Grossesse.** La consultation médicale avant la conception ou au début de la grossesse devrait, au besoin, inclure une évaluation des risques d'infection par le VHC, un *counselling* et un test de dépistage. La présence du VHC n'est toutefois pas, à elle seule, un motif suffisant pour déconseiller à une femme d'avoir un enfant. Cependant, une hépatite chronique se développe chez la plupart des enfants infectés par leur mère.

■ **Hépatite A et B.** Le médecin doit envisager l'immunisation des femmes enceintes infectées par le VHC contre les virus de l'hépatite A et B. Ces vaccins ne présentent aucun danger pour la femme ni pour le fœtus.

■ **Procréation assistée.** Même s'il n'existe pas de données précises sur le sujet, il est possible que le VHC puisse être transmis au cours du processus de fécondation *in vitro* ou d'insémination intra-utérine si le futur père est infecté par le virus. Par ailleurs, les femmes porteuses du VHC qui subissent une

2. Rubenstein L. Hip protector – a breakthrough in fracture prevention. *N Engl J Med* 2000 ; 343 :1562-3.

stimulation ovarienne devraient recevoir un suivi attentif.

■ **Accouchement et allaitement.** La SOGC ne recommande pas le recours systématique à la césarienne pour réduire le risque de transmission du VHC à l'enfant. L'allaitement n'est pas non plus déconseillé. Même s'il existe un risque théorique de transmission par le lait maternel, aucun cas n'a été signalé.

■ **Protection du personnel.** Les professionnels de la santé devraient, pour leur propre protection et celle de leur clientèle, prendre des précautions afin d'éviter d'être exposés au cours des contacts avec les patientes.

Ces directives, publiées dans le numéro d'octobre du *Journal SOGC*, ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire incluant des spécialistes de l'obstétrique, de la gynécologie, de l'hépatologie, des maladies infectieuses et de la santé publique.

Jeunes adultes anxieux à cause de la cigarette

On sait que la cigarette est associée à des problèmes psychiatriques. Mais est-ce le tabagisme qui engendre des troubles anxieux ? Ou l'anxiété qui pousse à fumer ? La réponse est tombée dans un article du *Journal of the American Medical Association* : chez les jeunes, le fait de fumer pourrait accroître ultérieurement les troubles anxieux¹.

Le Dr **Jeffrey Johnson**, du New York State Psychiatric Institute, et ses collègues se sont aperçus que les ados qui fumaient plus de 20 cigarettes par jour couraient un plus grand risque d'être atteints d'agoraphobie, de troubles anxieux généralisés ou de troubles paniques au début de l'âge adulte. Par contre, les troubles anxieux à l'adolescence n'ont pas été significativement associés à l'apparition du tabagisme.

La recherche portait sur 688 adolescents qui ont été interviewés chez eux à 16 ans en moyenne et de nouveau à l'âge moyen de

22 ans. Résultats : à 16 ans, 6 % des sujets fumaient plus de 20 cigarettes par jour, et le même pourcentage souffraient de troubles anxieux. Six ans plus tard, la proportion de grands fumeurs était montée à 15 % et celle des jeunes qui souffraient de troubles anxieux à 10 %.

Les chercheurs ont calculé que le fait de fumer au moins 20 cigarettes quotidiennement durant l'adolescence était associé à un risque relatif d'agoraphobie de 6,8, de troubles anxieux généraux de 5,5, et de troubles paniques de 15,6 au début de l'âge adulte. Globalement, 31 % des jeunes qui fumaient beaucoup à l'adolescence ont eu des troubles anxieux dans les années subséquentes, alors que 9 % des adolescents qui n'étaient pas des fumeurs chroniques ont éprouvé ces problèmes psychiatriques.

Dans la relation entre le tabagisme et les troubles anxieux, deux facteurs se sont révélés importants : le nombre et la fréquence des cigarettes consommées. Il n'y a d'ailleurs pas eu d'accroissement des troubles anxieux chez les jeunes qui fumaient moins de 20 cigarettes par jour.

Informer les jeunes

Le lien entre le tabagisme et les troubles anxieux est unidirectionnel. La présence de troubles anxieux à l'adolescence ne se répercute pas plus tard sur la dépendance à la nicotine. L'étude montre ainsi qu'un pourcentage presque équivalent (14-15 %) d'adolescents de 16 ans souffrant de troubles anxieux et de jeunes exempts de ces problèmes se sont mis à fumer 20 cigarettes et plus quotidiennement dans les années suivantes.

Mais quel serait le lien entre le tabagisme à l'adolescence et l'apparition de troubles anxieux au début de l'âge adulte ? Certaines études ont indiqué qu'une altération de la respiration pourrait être associée à l'agoraphobie, aux troubles anxieux généralisés et aux troubles paniques. La nicotine aurait peut-être également des effets anxiogènes.

Même si elle n'est pas encore totalement élucidée, l'association entre la dépendance à la cigarette et les problèmes psychiatriques peut

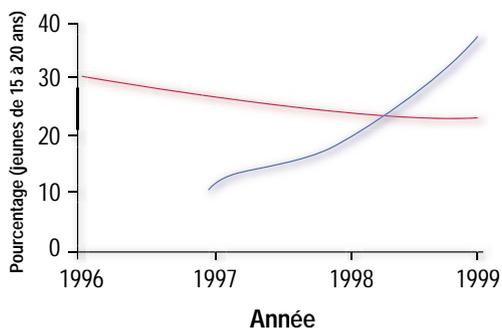
1. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000 ; 284 : 2348-51.

être utile dans la prévention. « En informant les adolescents que le tabagisme peut augmenter le risque d'apparition de troubles anxieux, on peut accroître l'efficacité des interventions destinées à inciter les jeunes à arrêter de fumer ou à ne pas commencer », pensent les auteurs. Une autre étude a d'ailleurs indiqué que le fait de cesser de fumer est associé à une diminution de l'anxiété au moins durant les quatre premières semaines d'abstinence.

Adolescents téléphoner plutôt que de fumer

Le téléphone cellulaire pourrait remplacer la cigarette auprès des adolescents, avancent deux chercheurs britanniques, la P^{re} **Anne Charlton** et M. **Clive Bates**¹. En Angleterre, le pourcentage de fumeurs âgés de 15 ans est passé de 30 à 23 % de 1996 à 1999. Le nombre de jeunes propriétaires de cellulaires, par contre, a grimpé : en août 2000, 70 % des 15 à 17 ans en possédaient un (*figure*). Les deux tendances pourraient être liées, selon les investigateurs, car bien des adolescents ne peuvent se payer à la fois des cigarettes et un téléphone.

Figure



Source : *BMJ*.

« Les fonctions que remplit la cigarette auprès des adolescents ont été largement étudiées et, à notre avis, le téléphone cellulaire fait très

efficacement concurrence à la cigarette en offrant aux jeunes un style affranchi, l'individualité, la sociabilité, la rébellion, des liens de groupe et des aspirations d'adulte. La publicité des téléphones cellulaires, qui se fonde sur la promotion de l'image de soi et de l'identité, ressemble à celle de la cigarette », écrivent les auteurs dans une lettre publiée dans le *British Medical Journal*.

Le tabagisme pourrait finir par être vu comme une habitude démodée par rapport au monde fascinant du courriel, des messageries écrites et autres dérivés de la technologie moderne. Mais la baisse du nombre de jeunes fumeurs se poursuivra-t-elle, étant donné que de plus en plus d'adolescents se laissent tenter par les téléphones cellulaires ? s'interrogent la P^{re} Charlton et M. Bates.

Le célécoxib à dose suprathérapeutique peu d'effets secondaires

Le célécoxib a beaucoup moins d'effets gastro-intestinaux que les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. Même lorsqu'il est donné à des doses qui représentent de deux à quatre fois la quantité thérapeutique maximale, le médicament cause moins de problèmes digestifs que l'ibuprofène et le diclofénac. Cette conclusion découle d'une étude menée par l'équipe du D^r **Fred Silverstein**, de l'University of Washington, dont les résultats ont été dévoilés dans le *Journal of the American Medical Association*¹.

L'essai clinique de six mois comprenait 4573 adultes souffrant d'ostéoarthrite ou de polyarthrite rhumatoïde. Les sujets étaient répartis par hasardisation en trois groupes : un premier prenait 400 mg de célécoxib deux fois par jour (ce qui représente deux fois la dose maximale pour la polyarthrite rhumatoïde et quatre fois celle pour l'ostéoarthrite), un

1. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000 ; 284 : 1247-55.

1. Charlton A, Bates C. Decline in teenage smoking with rise in mobile phone ownership: hypothesis. *BMJ* 2000 ; 321 : 1155

antipasto

deuxième 800 mg d'ibuprofène trois fois par jour, et le dernier 75 mg de diclofénac biquotidiennement. Les patients pouvaient prendre, en plus, jusqu'à 325 mg par jour d'aspirine pour prévenir les problèmes cardiaques.

La posologie du célécoxib n'a été fixée dans cet essai clinique que pour étudier l'innocuité de fortes quantités. Les doses qui excèdent celles approuvées par la Food and Drug Administration ne soulagent pas plus efficacement les symptômes, ont prouvé plusieurs études.

Résultats

Les données obtenues ? Dans le sous-groupe de patients qui ne prenaient pas d'aspirine, le taux de complications des ulcères s'élevait à 1,27 % avec l'ibuprofène et le diclofénac, alors qu'il était de 0,44 % avec le célécoxib. Ce dernier taux est semblable à celui que l'on trouve chez le même type de patients dans la population générale, soulignent les chercheurs.

Chez les sujets qui recouraient à l'aspirine, le pourcentage de problèmes gastro-intestinaux était plus élevé. Et quand l'ensemble des patients était considéré, y compris ceux qui prenaient de l'acide acétylsalicylique, le taux de complications des ulcères était le même dans les deux groupes traités. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que le taux de complications des ulcères était plus élevé que prévu dans le groupe recevant le célécoxib, probablement à cause du nombre important de sujets prenant de l'aspirine.

La différence entre les deux

Suite page 144 >>>

La Santé cardiovasculaire du 17 au 25 mai 2001



**Reconnu par la FMOQ pour 18 heures de crédits de Catégorie 1
(6 matinées de 3 heures)**

- admissible aux mesures de ressourcement
- une demande d'admissibilité au nouveau fonds de formation médicale continue sera faite.

**Vol direct Montréal – Bordeaux
Visites de vignobles organisées par le sommelier Stéphane Lortie**

**Nombre de places limité. Inscription immédiate : Voyages Montambault
1385, boul. des Laurentides, bureau 200, Laval, Qué. H7M 2Y2
Tél. : (450) 667-5900 (514) 388-8870 (Rive-Sud)
1-877-667-5900 (sans frais) (450) 667-2101 (télécopieur)
vmontam@total.net (courriel)**

**Pour information, demander Anne ou Christiane
Site Web La Jacombe inc. : <http://www.lajacombe.com/>
Site Web de la FMOQ : <http://www.fmoq.org>**

Programme complet disponible sur demande seulement à partir de janvier 2001.
Congrès organisé par le consortium FMOQ-La Jacombe et EMC² International

◀◀◀ *Suite de la page 123*

groupes redevient visible lorsque le nombre de complications est ajouté à celui des ulcères symptomatiques (saignement, perforation et obstruction). On obtient alors un taux de 2,08 % avec l'inhibiteur de la COX-2, et de 3,54 % avec les deux autres anti-inflammatoires. Le célécoxib provoquait également moins de pertes de sang de l'appareil digestif, d'intolérance digestive, d'hépatotoxicité et de néphrotoxicité.

Baisse de la prescription d'antibiotiques

La prescription d'antibiotiques a diminué au Canada, selon les données d'IMS Health. En 1999, les médecins ont rédigé 2 millions d'ordonnances de moins qu'en 1995. Le nombre de ces dernières est ainsi passé de 27,3 millions à 25,2 millions. La prescription d'amoxicilline, par exemple, a décliné l'an dernier pour la cinquième année consécutive. Mais des efforts doivent encore être faits dans certains domaines : le nombre d'ordonnances d'antibiotiques de seconde intention a monté en flèche. En 1999, les médecins en ont rédigé 22,8 % de plus qu'en 1998.

Les comparaisons cependant consolent. Le nombre de prescriptions faites par habitant est nettement plus bas au Canada qu'aux États-Unis. L'an dernier, les Américains comptaient en moyenne une ordonnance par habitant, alors qu'au Canada ce taux n'était que de 0,8.

Et qu'en est-il de la résistance aux antibiotiques ? Au Canada,

FONDS
D'INVESTISSEMENT
FMOQ



Julie Bellemare

Jean-Pierre Tremblay, vice-président exécutif de la Société est heureux d'annoncer la nomination de Mme Julie Bellemare au poste de Responsable des services informatiques, et de Mme Martine Côté au poste de Coordonnatrice des opérations fiduciaires et administratives.



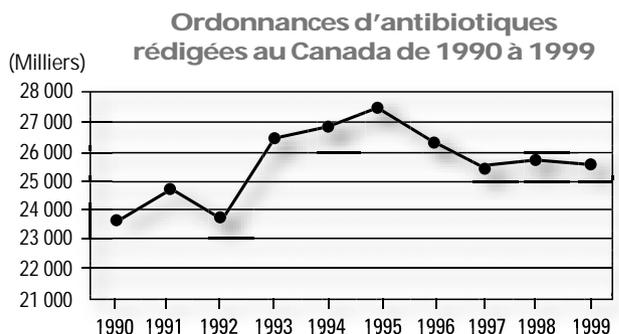
Martine Côté

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 plus de 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, Ste-Foy (Québec) G1V 4S1
Téléphone : (418) 657-5777 • Sans frais : 1 877 323-5777
Site Web : www.fondsfoq.com • Courriel : info@fondsfoq.com

les occurrences de bactéries résistantes à la pénicilline sont passées de 2,5 % en 1991 à 13 % en 1998, selon une étude réalisée par le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT).

Les efforts des médecins pour réduire la prescription d'antibiotiques sembleraient néanmoins porter des fruits. Les premiers signes d'une diminution de la résistance à la pénicilline de *S. pneumonia* ont commencé à poindre en 1999 et en 2000, indique une étude faite par le Canadian Bacterial Surveillance Network. Ces données, qui coïncident avec la réduction de la consommation d'antibiotiques des patients non hospitalisés, ont été présentées à la Conférence interscientifique sur la chimiothérapie et les agents antimicrobiens qui a eu lieu en septembre à Toronto.



Source : IMS Health Canada.

Conduite automobile

l'absence de sommeil aussi dangereuse que l'ivresse

Chez les conducteurs, le manque de sommeil peut être aussi délétère que l'ivresse. Une privation de sommeil de 17 à 19 heures réduit les résultats de certains tests au moins autant qu'une alcoolémie de 0,05 %. Le temps de réaction peut diminuer jusqu'à 50 % et la précision chute. Quand la période de veille s'allonge davantage, elle est susceptible d'affecter le rendement de la même manière qu'une alcoolémie de 0,1 %.

Comment le sait-on ? Le Dr **A. Williamson** d'Australie et sa collègue, la Dr^e **Anne-Marie Feyer** de Nouvelle-Zélande, ont successivement fait boire et privé de sommeil 39 volontaires et comparé leurs résultats¹.

Les sujets travaillaient dans une grande société de transport routier ou dans l'armée. Le jour de l'étude, tous ont été réveillés vers 6 h. À 8 h, installés devant un ordinateur, les participants, qui avaient été divisés en deux groupes, ont d'abord passé une série de tests pour mesurer leur vigilance, leur vitesse de réaction, leur mémoire, leur raisonnement logique et leur capacité d'exécuter des tâches exigeant une coordination entre les yeux et les mains. Dans un groupe, les sujets recevaient une dose d'alcool toutes les heures et repassaient les tests une demi-heure plus tard. Ils devaient atteindre successivement une alcoolémie de 0,025 %, de 0,05 %, de 0,75 % et de 0,1 %. Dans le second groupe, qui allait être privé de sommeil pendant 28 heures, les participants ont effectué la kyrielle d'épreuves toutes les heures au début, puis toutes les deux heures. Une fois l'expérience terminée, tous les sujets se sont reposés, ont profité d'une nuit de sommeil et, le lendemain, ont changé de groupe.

Les effets de la fatigue se manifestent rapidement

L'un des constats que tirent les auteurs est troublant : les effets du manque de sommeil apparaissent très tôt. Après seulement 17 à 19 heures de veille, alors qu'il était entre 22 h 40 et 1 h, les sujets étaient déjà affectés par la fatigue, ce que leur rendement dans certains tests

1. Williamson AM, Feyer AM. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup Environ Med* 2000 ; 57 : 649-55.

index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ASSOCIATION MÉDICALE

CANADIENNE

Guide médical 42

ASTRAZENECA

Zomig 14-15 132-133

AVENTIS PHARMA INC.

Actonel 17-19 130-131

BELL CANADA

.....couv. III

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA)

LTÉE

Micardis 21 138-139

Wellbutrin 23 140-141

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 152

Nomination 146

GLAXO WELLCOME INC.

Advair 40-41 149-151

MERCK FROSST CANADA & CIE

Cozaar couv. IV 126-129

Zocor 6 114-116

ORGANON CANADA LTÉE

Marvelon 102 52

PARKE-DAVIS/PFIZER CANADA INC.

Fem Hrt 74-75 142-144

PFIZER CANADA INC.

Norvasc couv. II 94

Viagra 73 124-125

Zithromax 84-85 145-146

PHARMACIA & UPJOHN INC.

Depo-Provera 12 86

SEARLE CANADA

Celebrex 60-61 136-137

SERVIER CANADA INC.

Coversyl 24 76

SMITHKLINE BEECHAM PHARMA

Paxil 10-11 147-148

WYETH-AYERST CANADA INC.

Prem Plus 50-51 134-135

Triphasil 8 62

151

traduisait. Bien des participants obtenaient des résultats qui étaient au seuil de la limite légale établie pour l'alcoolémie dans certains pays.

Les implications pour la conduite automobile sont importantes.

« La probabilité d'avoir un accident risque d'être accrue lorsqu'on revient chez soi en voiture après une longue journée de travail. Les conducteurs qui sont éveillés pendant plus de 17 ou 18 heures sont susceptibles de réagir beaucoup plus lentement et de rater des informations à mesure que la période sans sommeil s'allonge », mettent en garde les auteurs.

Plus la privation de sommeil s'accroissait, et plus la vitesse d'exécution et la précision diminuaient. De 23 h 30 à 1 h 25, alors que les sujets n'avaient pas dormi depuis quelque 18 à 20 heures, le manque de sommeil avait un effet équivalent à celui d'une alcoolémie de 0,1 %. Entre 19 h et 5 h, le nombre de signaux manqués dans le test de temps de réaction a grimpé de 187 %, et le nombre de fausses alarmes a augmenté de 200 %, selon le test de Mackworth. Cependant, les résultats des tests de raisonnements grammaticaux et de certains tests de mémoire n'ont décliné que de 5 à 10 %.

« Ces résultats devraient aussi inciter les pays qui fixent l'alcoolémie permise en fonction de la dangerosité à établir des normes similaires pour la fatigue. Cela leur permettrait d'assurer que les gens qui n'ont pas dormi pendant 18 heures ou plus ne pourront pas effectuer des activités risquées comme de conduire une voiture, piloter un avion ou faire fonctionner des machines. » On pense d'ailleurs que la fatigue joue un rôle dans 16 à 60 % des accidents de voitures.