

## Groupes de médecine familiale

### la participation du département de médecine familiale de Laval



Le Dr Rénald Bergeron.

Le département de médecine familiale de l'Université Laval s'apprête à sauter dans le train bientôt en marche que seront les groupes de médecine familiale (GMF). Laval, qui a soumis, en collaboration avec les trois autres départements de médecine familiale de la province, un rapport à la commission Clair appuyant la transformation de la pratique médicale en première ligne, a maintenant l'intention de participer à la métamorphose.

Le Département s'apprête à faire de ses milieux cliniques d'enseignement des groupes de médecine familiale. « Notre rôle est d'être à la fine pointe des activités de première ligne.

Nos milieux d'enseignement doivent être des modèles pour les résidents qui y sont formés. Contribuer à la mise au point de ces modèles et les influencer font partie de notre mission », affirme le Dr Rénald Bergeron, directeur du département de médecine familiale de l'Université Laval.

Le Département s'est doté d'un comité de révision de l'organisation du réseau d'enseignement clinique et de recherche qui encadrera les unités cliniques d'enseignement prêtes à se transformer en GMF. Certains responsables de ces milieux ont déjà envoyé une lettre d'intention, d'autres déposeront sous peu des projets concrets. Les nouvelles équipes travailleront en partenariat non seulement avec les hôpitaux, mais aussi avec les CLSC, les cabinets privés et le reste du réseau.

### Un travail de collaboration

La transformation de la pratique médicale de première ligne nécessite un travail dans plusieurs directions. La collaboration entre les différents professionnels de la santé, par exemple, va se modifier au sein des GMF. « Il faut davantage miser sur l'interdisciplinarité et travailler à la transformation des rôles », estime le Dr Bergeron. Les équipes de recherche de son département ont déjà commencé à coopérer avec celles de la faculté des sciences infirmières sur la question. « Nous devons également travailler ensemble pour intégrer les étudiantes infirmières dans nos milieux de formation. Nos résidents et ces dernières doivent apprendre à travailler ensemble. »

Sur le plan technique, il faudra intégrer les nouvelles technologies de l'information et des communications à la fois dans la pratique et la formation médicales. « Nous pensons que nos milieux d'enseignement peuvent être des bancs d'essai et des laboratoires d'apprentissage de ces nouvelles technologies », ne cache pas le directeur.

## Syndigraphies, ce mois-ci

Groupes de médecine familiale	
la participation du département de médecine familiale de Laval .....	1
Université de Montréal	
enfin une chaire de médecine familiale ! .....	2
Groupes de médecins de famille	
le ministre fait une première annonce .....	3
16 <sup>e</sup> atelier pour les responsables de thèmes du <i>Médecin du Québec</i> .....	3
Intérêt et prudence à l'égard de la mise sur pied des groupes de médecine familiale	
entrevue avec le Dr Georges-Henri Villeneuve .....	11

sommaire de la revue, page 5 >>>

Puis, au fur et à mesure que se réorganisera la première ligne, les transformations devront être observées, évaluées, analysées et au besoin rectifiées. Un travail de recherche auquel souhaite participer le département de médecine familiale de l'Université Laval. Il envisage un partenariat avec différents organismes comme les départements régionaux de médecine générale, les associations médicales, les régies régionales et la Santé publique. « Nous faisons actuellement des démarches pour mettre sur pied un groupe de recherche à l'échelon provincial. Si nous voulons transformer la pratique médicale, il faudra travailler tous ensemble. »

### Des leviers de changement

Révolution pour certains, la venue des groupes de médecine familiale est plutôt une évolution pour les milieux universitaires, assure le D<sup>r</sup> Bergeron. « La plupart des valeurs liées aux GMF sont celles dont nous faisons la promotion depuis l'existence des départements de médecine familiale. »

Le directeur ne se fait cependant pas d'illusions sur les difficultés qui attendent la mise sur pied des futures équipes de médecine familiale dans les unités cliniques d'enseignement. La charge des médecins qui y travaillent est déjà très lourde. Les ressources de l'université sont limitées. Les projets de recherche exigeront des fonds. Le réseautage nécessaire pour amorcer le virage informatique sera coûteux. « Pour participer aux changements, nous devons avoir des ressources supplémentaires. Si le réseau de formation ne reçoit pas d'investissements, il risque d'être incapable d'obtenir les résultats désirés. Notre

département, de même que les trois autres départements de médecine familiale du Québec doivent être non seulement des partenaires du changement, mais aussi des leviers. »

## Université de Montréal

### enfin une chaire de médecine familiale!

L'Université de Montréal vient de se doter d'une chaire de médecine familiale, nommée d'après son instigateur, le D<sup>r</sup> **Sadok Besrouir**. Pourquoi une telle initiative ? « Environ 80 % des problèmes de santé sont résolus en médecine familiale, mais seulement de 2 à 5 % de la recherche se fait dans ce domaine. Les omnipraticiens sont souvent obligés d'adapter les connaissances acquises dans les milieux spécialisés », explique la D<sup>re</sup> **Marie-Dominique Beaulieu**, titulaire de la nouvelle chaire et professeure à la faculté de médecine de l'Université.

Disposant de la collaboration de plusieurs collègues, la D<sup>re</sup> Beaulieu est déjà prête à amorcer deux projets de recherche. L'un porte sur la transformation des équipes de médecins de première ligne. Un sujet au cœur de l'actualité, mais qui avait été prévu bien avant le dépôt du rapport Clair. « Nous sommes heureux de voir que nos priorités sont les mêmes que celles de tous les acteurs du système », constate la D<sup>re</sup> Beaulieu.

Le second projet a une teinte pédagogique. Il se penchera sur les choix de carrière des jeunes médecins de famille. « On sait que certains perçoivent des difficultés. Nous voulons mieux comprendre leurs décisions. Ce sera probablement une enquête qui touchera à plusieurs dimensions de la question. Cela peut apporter des données intéressantes, entre autres sur l'accessibilité aux soins de santé. »



La D<sup>re</sup> Marie-Dominique Beaulieu.

Photo : Bernard Lambert, U de M.

*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.

## syndigraphies

### Un grand moment pour la médecine familiale

Les travaux de la chaire relèveront de quatre thèmes : l'optimisation du travail clinique de l'omnipraticien ; le fonctionnement des équipes de soins de première ligne ; l'arrimage de la première ligne avec la communauté et le reste du réseau de la santé ; la communication entre médecins et patients pour favoriser l'autonomie de ces derniers.

« Je pense que c'est un grand moment. Je suis médecin de famille depuis 25 ans et j'ai été témoin de toutes les batailles qui ont été menées, notamment par la FMOQ, pour que la médecine générale soit reconnue comme une discipline. Nous entrons dans le domaine de la recherche par la grande porte », se réjouit l'omnipraticienne. La chercheuse compte collaborer avec d'autres universités du Québec et du Canada. D'ici à un an, les premiers résultats devraient être prêts.

L'instigateur de la chaire, le D<sup>r</sup> Sadok Besrouer, est un omnipraticien du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Il a non seulement contribué à lancer le projet, mais a aussi travaillé à son financement. La chaire dispose maintenant d'un fonds capitalisé de près de trois millions de dollars, recueillis principalement auprès de la Fondation J.-Armand Bombardier, de la Fondation du CHUM et de Power Corporation.

## Groupes de médecins de famille

### Le ministre fait une première annonce

À la fin du mois de mai, M. **Rémy Trudel**, ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a annoncé la nomination du D<sup>r</sup> **Jean-Guy Emond** comme président du comité d'implantation des groupes de médecins de famille (GMF). Il s'agissait de la première étape de ce que le ministère a baptisé « Opération groupes de médecine familiale ».

Le D<sup>r</sup> Emond, un omnipraticien, est le fondateur de l'unité de médecine familiale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à Québec. Son premier mandat consistera à repérer les premiers groupes de médecins qui constitueront des GMF. Son équipe, qui devrait compter sous peu d'autres membres, sera chargée de concrétiser le projet, qui s'étendra sur les cinq prochaines années.

### 16<sup>e</sup> atelier pour les responsables de thèmes du Médecin du Québec



De gauche à droite, première rangée : D<sup>rs</sup> Jocelyn Bérubé, Claude Lamarre, Richard Blanchet, Jean-Pierre Villeneuve, M<sup>me</sup> Marie-Hélène Wolford et M. Jean-Guy Aumont. Deuxième rangée, de gauche à droite : D<sup>rs</sup> Sylvain Gagnon, Jean-Maurice Turgeon, rédacteur en chef, Louise Roy, Richard Essiambre, Jean Martin, Pierre-Claude Poulin, Michel Lapierre et Pierre Raïche.



Photos : Le Médecin du Québec.

**Sept nouveaux responsables** ont participé, les 3 et 4 mai derniers, au 16<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> **Louise Roy**, présidente du comité de rédaction scientifique, avec la collaboration des autres membres du comité, les D<sup>rs</sup> **Jocelyn Bérubé** et **Michel Lapierre**, ainsi que des membres de l'équipe de rédaction de la revue, le D<sup>r</sup> **Jean-Maurice Turgeon**, rédacteur en chef, M. **Jean-Guy Aumont** et M<sup>me</sup> **Marie-Hélène Wolford**.

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

J.-G. A.

Qu'en est-il de la rémunération des médecins participants et des conditions d'exercice au sein des GMF ? Le ministère assure qu'elles feront l'objet de discussions et d'ententes. Pour l'instant, cependant, aucuns pourparlers n'ont été amorcés avec la FMOQ. « Nous n'avons jamais accepté de dissocier la négociation des conditions de rémunération de l'organisation des soins », tient à préciser le D<sup>r</sup> **Renald Dutil**, président de la Fédération.

Suite page 11 >>>

◀◀ Suite de la page 3

## Intérêt et prudence à l'égard de la mise sur pied des groupes de médecine familiale

entrevue avec le D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve,  
président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean et trésorier de la FMOQ



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve.

**M.Q. – Les groupes de médecine familiale (GMF) intéressent-ils les médecins de votre région ?**

**G.-H. V. –** Oui. Des omnipraticiens de Roberval, de Chicoutimi, de Jonquière et de Dolbeau m'ont fait savoir qu'ils aimeraient constituer des groupes de médecins de famille. Mais ils ont des craintes. Quelles seront leurs obligations ? Plusieurs s'inquiétaient du fait qu'un accès aux services médicaux serait offert aux patients 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Mais je leur ai expliqué qu'il s'agissait d'une couverture donnée par un réseau qui inclut Info-santé et les salles d'urgence.

L'inscription de la clientèle, qui pourrait être nécessaire, n'inquiète par ailleurs pas les médecins de notre région. À cause du ratio population-omnipraticiens, la majorité n'aurait aucun problème à remplir cette condition. La gestion des groupes de médecine familiale est toutefois plus préoccupante. Il faudra une personne pour administrer l'équipe. Si nous, les médecins, avons le même travail exigeant

à effectuer auprès des patients et qu'en plus, il faut prendre contact avec les autres professionnels et gérer une partie de leurs interventions, nous n'aurons rien gagné. Si le projet alourdit la structure actuelle et ne fait que changer quatre 25 cents pour un dollar, il n'intéressera pas les omnipraticiens. Les propriétaires de commerce qui veulent accroître leur clientèle, par exemple, engagent du personnel pour s'occuper de la gestion. Cela leur permet de se consacrer à d'autres activités importantes.

**M.Q. – Quels avantages pourraient attirer les omnipraticiens ?**

**G.-H. V. –** Les médecins désirent avoir une structure qui allège leur travail, soit par une meilleure organisation, soit par une répartition plus efficace des tâches, ou par la collaboration d'autres professionnels de la santé. L'omnipraticien ne doit cependant pas financer cette coopération. S'il doit rémunérer lui-même l'infirmière avec laquelle il travaillera, il sera réticent à participer aux groupes de médecine familiale.

Les omnipraticiens seraient également intéressés par des avantages comme l'obtention de contrats de services avec des établissements de santé. La régie régionale préconise justement ce type d'entente, mais rien n'a encore été négocié.

**M.Q. – Comment voyez-vous les équipes de médecine familiale ?**

**G.-H. V. –** À l'hôpital, nous travaillons déjà avec des infirmières, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Il faudrait recréer dans les cliniques privées ou dans les regroupements de cabinets privés cette même organisation. Le médecin reste responsable du diagnostic, prescrit le traitement, prend en charge le patient, mais collabore avec d'autres professionnels de la santé pour les soins et le suivi. C'est la structure parfaite. Cette coopération nous permettrait de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

**M.Q. – Que pensez-vous de la manière dont s'enclenche la transformation de l'organisation des soins de première ligne ?**

**G.-H. V. –** Le gouvernement veut aller de

l'avant et implanter les GMF sans en négocier les modalités. Dans ces conditions, je crains qu'il n'y ait des dérapages dans la région. Si l'on implante une équipe de médecine familiale qui éclate parce qu'elle implique, par exemple, trop d'obligations pour les médecins, plus aucun omnipraticien ne voudra ensuite participer au projet.

Le gouvernement veut entreprendre beaucoup de choses : la réorganisation du réseau de première ligne, la signature de contrats de services entre des groupes de médecins et des établissements, l'implantation de projets issus du ministère ou des régies régionales. Mais il manque de transparence. Il fait cavalier seul. Je suis un peu mal à l'aise quand j'apprends qu'il y a dans ma région des projets qui seront mis sur pied sans qu'il y ait eu de négociations ou de discussions. Je sais, par exemple, qu'un groupe de médecins de Chicoutimi sera doté d'un système informatisé. Ils vont probablement tester le système dans la région, et non former un GMF. Je suis content pour les omnipraticiens qui bénéficieront du projet, mais où cela mènera-t-il ? Qu'est-ce qui se prépare ? L'Association n'est pas tenue au courant de ce que la régie régionale organise avec ses membres. J'ai l'avantage de faire partie du Bureau de la FMOQ, et je n'entends pas parler des projets du gouvernement. C'est pourtant la Fédération qui va négocier pour les omnipraticiens.

**M.Q. – Un des problèmes de votre région reste le manque de spécialistes au Saguenay.**

**G.-H. V. –** Depuis quatre ans, le Saguenay perd régulièrement des spécialistes. Il y a eu des départs, entre autres, en neurologie, en endocrinologie, en orthopédie, et de très nombreux en pédiatrie.

On demande maintenant que des omnipraticiens occupent une partie du champ que les spécialistes ont laissé libre. La régie régionale a, par exemple, offert des cours de pédopsychiatrie à des généralistes. Ils sont maintenant en mesure d'effectuer un dépistage de base et de prendre en charge des enfants ayant des problèmes psychiatriques comme l'hyperactivité.

Je suis content que ces omnipraticiens aient pu accroître leurs compétences. Cependant, lorsque l'on recourt à des médecins de famille pour faire le travail des spécialistes, on crée un vide dans la première et la deuxième ligne. Ce déplacement surcharge les autres omnipraticiens. Si beaucoup de jeunes médecins de famille sortaient des universités et que l'on en recrutait de 10 à 15, je serais ravi de ce phénomène.

**M.Q.** – Votre association a-t-elle des projets ?

**G.-H. V.** – Oui. Nous avons constaté que les médecins connaissent mal l'entente-cadre signée l'an dernier par le gouvernement et la

FMOQ. Il faut dire qu'elle est volumineuse et peu facile à comprendre. Beaucoup d'omnipraticiens ignorent que tel article s'applique, qu'ils peuvent obtenir tel revenu de telle façon. Certains facturent plus ou moins adéquatement. Nous avons l'intention d'organiser des ateliers sur des parties de l'entente concernant des domaines précis. Nous l'éplucherons secteur par secteur. Nous allons préparer un cours que nous présenterons aux réunions du département régional de médecine générale (DRMG) de chaque secteur.

**M.Q.** – Vous êtes également l'un des membres du DRMG. Où en sont ses activités ?

**G.-H. V.** – Le DRMG fonctionne depuis un an. Le plan régional d'organisation des services (PROS) sera dressé cet automne. Notre plan régional des effectifs médicaux (PREM), lui, sera prêt pour l'an prochain.

Le DRMG a également conçu un document d'orientation qui contient la philosophie qui nous guidera. Nous avons pris beaucoup d'idées dans les documents que la Fédération a préparés et dans le rapport sur les cabinets privés de la firme Secor. Notre document d'orientation a été présenté aux membres dans les six secteurs de l'Association et a été très bien accueilli par les médecins présents.

## Écho Graphies

*nouvelles médicales, par Emmanuèle Garnier*

12

### Nouveau mode de contraception

#### le timbre transdermique



La D<sup>re</sup> Michèle Moreau.

Un nouveau type de contraceptif hormonal pointe à l'horizon : le timbre transdermique. Aussi efficace que les contraceptifs oraux, il rendrait cependant l'observance thérapeutique plus aisée. « Mes patientes ont beaucoup aimé le timbre.

Elles le trouvaient pratique », explique la D<sup>re</sup> Michèle Moreau, du centre hospitalier de

### Échographies, ce mois-ci

Nouveau mode de contraception	
le timbre transdermique .....	12
Tomodensitométrie et blessures mineures à la tête	
des chercheurs d'Ottawa mettent au point des règles de décision .....	15
Échapper au diabète de type 2 .....	18
Diabète	
les médicaments les plus prescrits .....	19
Ostéoporose	
la parathormone très efficace pour réduire le taux de fractures .....	20
Ostéoporose	
alendronate et hormonothérapie .....	21
Troubles anxieux chez les enfants et les adolescents	
la fluvoxamine est efficace .....	22
Lutte contre la résistance bactérienne	
homologation du linézolide .....	23
L'éprosartan maintenant en doses de 600 mg .....	134
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	
le bupropion au secours des fumeurs .....	134
Attention aux remèdes chinois contenant de la trichosantine .....	135
Prendre garde aux vêtements avec des cordons .....	136

l'Université de Montréal (CHUM).

L'omnipraticienne est l'une des principales investigatrices d'une étude qui comparait le timbre à la pilule contraceptive, dont les résultats sont publiés dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*<sup>1</sup>.

Ce qu'est ce timbre ? Il s'agit d'un système transdermique qui libère quotidiennement 150 µg de norelgestromine et 20 µg d'éthinylœstradiol dans la circulation systémique. Il peut être placé sur la fesse, le haut du bras, le bas de l'abdomen ou le torse, à l'exception des seins. L'utilisatrice s'applique un timbre par semaine pendant trois semaines, reste sept jours sans en mettre, puis recommence un nouveau cycle. Une demande d'homologation pour ce nouveau contraceptif a été soumise à la Food and Drug Administration aux États-Unis, mais pas encore à Santé Canada.

L'étude à laquelle ont participé la D<sup>re</sup> Moreau et sa collègue, la D<sup>re</sup> **Marie-Claude Audet**, du Centre médical des Halles de Sainte-Foy, a été réalisée dans 39 cliniques américaines et six canadiennes. Financé par le RW Johnson Pharmaceutical Research Institute, l'essai clinique comprenait 1417 patientes de 18 à 45 ans randomisées. Parmi les participantes, 812 ont utilisé un timbre transdermique, et 605 la pilule contraceptive Triphasil® pendant 6 ou 13 cycles.

« Nous nous sommes aperçus que le timbre était similaire à la pilule contraceptive sur le plan de l'efficacité, de la régulation du cycle menstruel et de l'innocuité. Les deux méthodes étaient associées à un faible taux d'effets secondaires. Dans les premiers cycles, cependant, le timbre causait une plus grande sensibilité mammaire et plus de microrragies. Les douleurs menstruelles étaient également un peu plus fréquentes avec le système transdermique », a constaté la D<sup>re</sup> Moreau, directrice de la Clinique de planification familiale et de ménopause de l'hôpital Notre-Dame du CHUM.

1. Audet M-C, Moreau M, Koltun WD, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive. *JAMA* 2001 ; 285 : 2347-2354.

Et l'observance ? Chez chaque utilisatrice, le pourcentage de cycles où la méthode a été parfaitement suivie était en moyenne de 88,2 % avec le timbre transdermique, et de 77,7 % avec les contraceptifs oraux.

Plus pratique, plus facile à utiliser, le timbre a cependant aussi ses inconvénients. « Certaines femmes n'aiment pas avoir un collant sur la peau », a noté la chercheuse. Plusieurs patientes ont également eu une réaction cutanée à la zone d'application ; 2,6 % des utilisatrices l'ont même abandonné pour cette raison. Par ailleurs, 4,6 % des timbres ont dû être remplacés parce qu'ils se sont détachés partiellement ou totalement.

### Une option supplémentaire

« Je ne pense pas que la pilule perdra de sa popularité. Elle demeure un mode de contraception simple. Mais je pense que nous avons besoin d'un contraceptif hormonal dont le schéma posologique convienne à des femmes qui n'aiment pas prendre un comprimé par jour, soit parce qu'elles l'oublent, soit parce qu'elles n'en sont plus capables pour des raisons psychologiques. On voit régulièrement ces situations en clinique », analyse la D<sup>re</sup> Moreau.

Les chercheurs espèrent qu'une méthode améliorant l'observance accroîtra l'efficacité de la contraception hormonale. Les études ont montré que l'emploi parfait de la pilule réduisait le taux de grossesses à 0,1 % la première année. Toutefois, dans les conditions réelles, le taux d'échecs lié à son utilisation variait de 7,3 % à 8,5 %. Les résultats de l'étude du *JAMA* n'excluent pas totalement la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats avec le timbre. Il y a effectivement eu moins de grossesses avec cette méthode qu'avec les contraceptifs oraux. L'échantillon était cependant relativement petit et la différence n'a pas été significative. « La conjecture selon laquelle une meilleure observance entraînerait un taux d'échecs plus bas que celui que l'on enregistre avec la prise des contraceptifs oraux doit être confirmée par des études ultérieures », concluent les auteurs.

### Tomodensitométrie et blessures mineures à la tête

#### des chercheurs d'Ottawa mettent au point des règles de décision

Chaque année, en Amérique du Nord, environ un million de personnes victimes de blessures à la tête, souvent légères, se présentent dans les salles d'urgence. Lesquelles doivent passer une tomodensitométrie ? Pour guider les cliniciens, des médecins canadiens ont mis au point des règles de décision qu'ils présentent dans le *Lancet*<sup>2</sup>.

Le modèle du Dr **Ian Stiell**, de l'Université d'Ottawa, et de son équipe permet d'abord de repérer les patients qui risquent d'avoir besoin d'une intervention neurologique. Une tomodensitométrie pourrait donc être prescrite à ceux qui répondent à l'un des cinq importants critères suivants :

- un score de moins de 15 sur l'échelle de Glasgow deux heures après la blessure ;
- une présomption de fracture ouverte du crâne ou un enfoncement localisé ;
- un signe de fracture de la base du crâne ;
- la survenue de deux vomissements ou plus ;
- un âge de 65 ans ou plus.

Ces facteurs, dont la sensibilité serait de 100 % (*tableau I*), permettraient de prédire le décès dans les sept jours suivants ou la nécessité d'une intervention comme une craniotomie, la surveillance de la pression intracrânienne, une opération pour lever une embarrure (*dish-pan fracture*) ou une intubation. Le recours à ces règles de décision permettrait de réduire à 32 % la proportion des patients qui passeraient une tomodensitométrie.

Pour juger des blessures cliniquement importantes, mais ne requérant pas une intervention neurologique, le modèle ajoute deux facteurs moyens de risque :

- une amnésie concernant une période de plus de 30 minutes avant le choc ;
- un mécanisme de blessure dangereux (piéton heurté par une voiture, occupant éjecté d'un véhicule, personne tombant de plus de 90 cm ou de plus de cinq marches).

Ces critères, dont la sensibilité est de 98,4 % et la spécificité de 49,6 % (*tableau II*), permettraient de prévoir quelles blessures seront visibles par tomodensitométrie et pourraient exiger une hospitalisation ainsi qu'un suivi neurologique. L'emploi des deux facteurs moyens de risque pour décider de la pertinence de l'examen amènerait les médecins à le demander pour 54 % des patients ayant eu une blessure crânienne.

#### Une gestion plus rationnelle

Le Dr Stiell et ses collaborateurs ont élaboré leurs règles de décision grâce à une étude de cohorte prospective qu'ils ont menée dans 10 grands hôpitaux canadiens. Les 3121 patients recrutés avaient une blessure fermée à la tête et un score de 13 à 15 sur l'échelle de Glasgow. Les deux tiers des patients ont eu une tomodensitométrie. Le reste des sujets, chez qui le médecin traitant n'avait pas jugé l'examen nécessaire, ont été appelés 14 jours plus tard par une infirmière. Cette dernière leur a fait passer un questionnaire pour



2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT head rule for patient with minor head injury. *Lancet* 2001 ; 357 : 1391-6.

## Tableau I

### Performance des cinq facteurs de risque importants des règles de décision canadiennes pour les fractures crâniennes nécessitant une intervention neurologique

Décision selon la règle	Intervention neurologique	
	Oui	Non
Oui	44	962
Non	0	2115

Sensibilité : 100 %  
Spécificité : 68,7 %  
Proportion des tomodensitométries demandées : 32,2 %

vérifier leur état et détecter ceux qui auraient besoin d'un second examen clinique et d'une

tomodensitométrie. Finalement, 1 % des patients ont eu besoin d'une intervention

# MPOC

Les *signes* peuvent



à 40-50 ans



à 50-55 ans



à 55-60 ans



Les maladies  
respiratoires,  
on s'y consacre



Tableau II

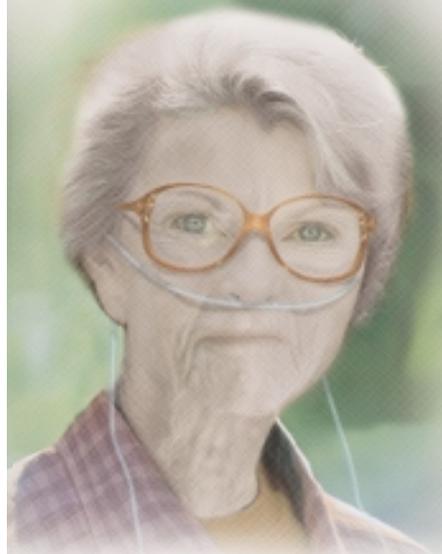
**Performance des sept facteurs de risque des règles de décision canadiennes pour les blessures au cerveau cliniquement importantes**

Décision selon la règle	Blessure cliniquement importante	
	Oui	Non
Oui	250	1446
Non	4*	1421
Sensibilité : 98,4 %		
Spécificité : 49,6 %		
Proportion des tomodensitométries demandées : 54,3 %		

\* Les quatre patients que les règles n'ont pas permis de repérer n'avaient que de petites contusions. Ils n'ont pas eu besoin de traitement et n'ont pas gardé de séquelles neurologiques.

être présents *avant 50 ans.*

*Diagnostic précoce. Traitement anticholinergique de base<sup>2</sup>.*



à 60-70 ans

**Atrovent®**

(bromure d'ipratropium)  
Bronchodilatateur



**Combivent®**

(bromure d'ipratropium et  
sulfate de salbutamol)  
Bronchodilatateur



*Ou pour simplifier le traitement lorsqu'il faut ajouter un bêta<sub>2</sub>-agoniste à courte durée d'action<sup>1††</sup>*

L'aérosol pour inhalation Atrovent est indiqué pour le traitement d'entretien des patients atteints d'une obstruction chronique réversible des voies aériennes, telle que la bronchite chronique et l'asthme, et répondant bien au traitement. L'aérosol pour inhalation Combivent est indiqué pour le traitement du bronchospasme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Atrovent étaient une sécheresse de la bouche ou de la gorge (9,4 %), des maux de tête (7,9 %), un goût désagréable (5,8 %) et des palpitations (2,1 %) (N=605). Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Combivent étaient les maux de tête (1,1 %), la bronchite (1,1 %) et la toux (1,4 %) (N=358).

†† S'assurer que les symptômes du patient sont bien maîtrisés avec chaque agent séparément et que les doses sont équivalentes.

1. Lignes directrices pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), 1<sup>re</sup> édition 1998. Comité de révision canadien en pneumologie.  
2. Chapman KR. Am J Med 1996; 100 (suppl 1A): 1A-5S - 1A-9S

neurologique, premier critère d'évaluation de l'étude, et chez 8 % des sujets, la tomodensitométrie a montré que la blessure cérébrale était cliniquement importante, ce qui constituait le second critère.

« Grâce à nos règles, les médecins des salles d'urgence pourront s'appuyer sur des arguments solides pour demander une tomodensitométrie et assurer une gestion rationnelle sans compromettre la qualité des soins aux patients », estiment les auteurs.

La méthode du D<sup>r</sup> Stiell et de son équipe devrait également comporter un autre avantage : la réduction du nombre de tomodensitométries effectuées. Les chercheurs prévoient une diminution de 25 à 50 % en se basant sur la chute du nombre de radiographies qui a suivi l'implantation de la Règle d'Ottawa pour l'évaluation des chevilles. Sans méthode rigoureuse, il est probable que le nombre de tomodensitométries de la tête pour des blessures mineures grimpera dans les cinq prochaines années, pensent les auteurs.

## Echapper au diabète de type 2

Bien des patients pourraient échapper au diabète de type 2 ou en retarder l'apparition. La clé de la solution ? La modification des habitudes de vie. Des chercheurs finlandais ont réussi à réduire de 58 % l'incidence de cette maladie chez des patients dans la cinquantaine frappés d'un surplus de poids et d'une tolérance au glucose anormale.

Le D<sup>r</sup> **Jaakko Tuomilehto**, de l'Université d'Helsinki, et ses collaborateurs ont étudié 522 patients dont l'indice de masse corporelle s'élevait en moyenne à 31 et dont la glycémie variait entre 7,8 et 11 mmol/L deux heures après la prise de 75 g de glucose<sup>3</sup>. Les sujets ont été répartis de manière aléatoire soit dans un groupe témoin, soit dans un groupe participant à un programme de modification du mode de vie. Les objectifs assignés au groupe

expérimental, qui bénéficiait de consultations individuelles, étaient :

- une réduction de poids d'au moins 5 % ;
- un apport total en matières grasses de moins de 30 % des calories consommées ;
- une prise de graisses saturées correspondant à moins de 10 % de l'apport en calories ;
- l'ingestion d'au moins 15 g de fibres par 1000 kcal ;
- la pratique d'un exercice physique modéré pendant au moins 30 minutes par jour.

Les résultats, présentés dans le *New England Journal of Medicine*, sont éloquents<sup>3</sup>. Après quatre ans, l'incidence cumulative du diabète était de 11 % chez les sujets qui ont bénéficié du programme, et de 23 % dans le groupe témoin. La réduction de l'incidence du diabète était directement associée aux changements de mode de vie. Aucun cas de diabète n'est survenu chez les patients qui ont réussi à atteindre quatre des cinq buts du programme, peu importe leur groupe. Par contre, la maladie est apparue chez 38 % des 13 sujets du groupe expérimental qui n'ont rempli aucun des objectifs et chez 31 % des 48 sujets témoins dans le même cas.

Dans le groupe index, la proportion des participants ayant atteint les différents buts allait de 25 % pour la consommation de fibres à 86 % pour la pratique de l'exercice. La perte de poids après la deuxième année était en moyenne de 3,5 kg chez les sujets expérimentaux, et de 0,8 kg chez les sujets témoins.

### Facteurs importants

L'amaigrissement semblerait un facteur important. La perte de poids moyenne des patients qui ont suivi le programme n'était pas très grande, néanmoins la différence de l'incidence du diabète entre les deux groupes était substantielle, soulignent les chercheurs.

Autre élément majeur : l'exercice. Les sujets qui n'ont pas maigri, mais ont effectué plus de quatre heures d'exercice par semaine couraient moins de risques de devenir diabétiques. « Il est probable que, pour prévenir le diabète, tous les types d'activités physiques – que ce soit le sport, le travail ménager, le jardinage ou

3. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001 ; 344 :1343-50.

## Diabète : les médicaments les plus prescrits

Données sur les ordonnances exécutées  
par les pharmacies communautaires québécoises en 2000

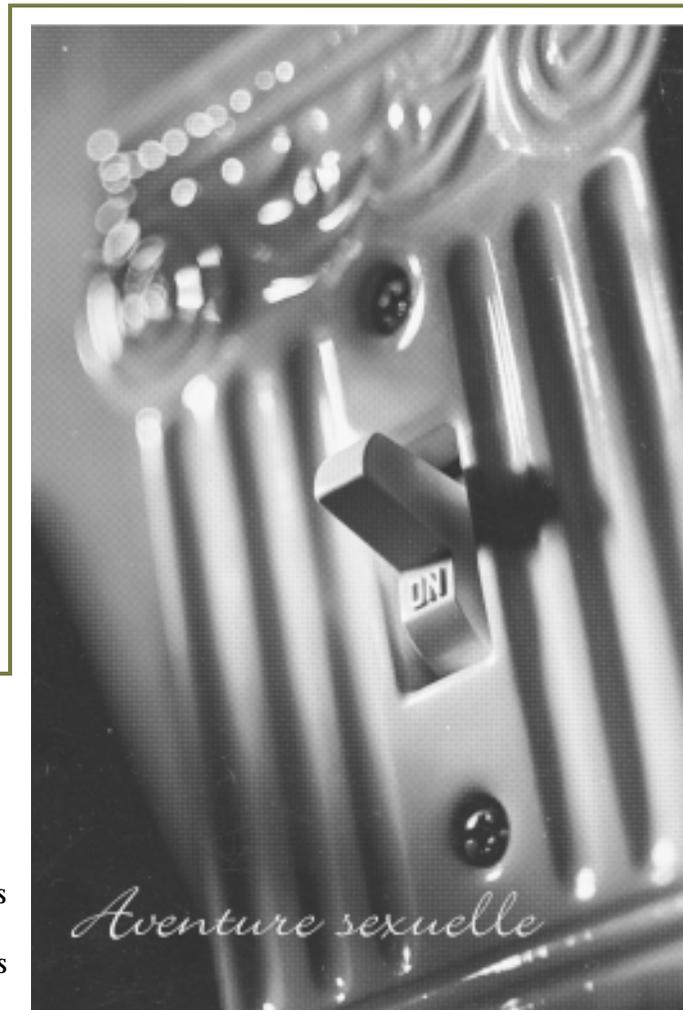
	Nombre estimé d'ordonnances totales	Part du marché (%)
<b>Total des ordonnances</b>	3 620 719	100
Antidiabétiques pour patients non insulinodépendants	2 889 242	79,8
Traitement pour patients insulinodépendants	731 477	20,2
<b>Antidiabétiques pour patients non insulinodépendants</b>		
Metformine	1 380 310	47,8
Sulfonylurées de première génération		
Chlorpropamide	18 101	0,6
Tolbutamide	27 684	1
Sulfonylurées de deuxième génération		
Glyburide	1 224 105	42,4
Gliclazide	112 384	3,9
Autres		
Pioglitazone	1 597	0,1
Acarbose	70 333	2,4
Rosiglitazone	40 127	1,4
Répaglinide	13 527	0,5
<b>Traitement pour patients insulinodépendants</b>		
Insuline	731 477	100

Source : IMS Health Canada.

**A**U QUÉBEC, le médicament le plus prescrit pour traiter le diabète de type 2 est la metformine. En 2000, les ordonnances de ce produit représentaient presque la moitié de toutes celles des antidiabétiques destinés aux patients non insulinodépendants, selon les données d'IMS Health Canada (*tableau*). Les sulfonylurées de deuxième génération, comme les glyburides, suivaient de près, prenant plus de 45 % du marché. Les autres médicaments comme la pioglitazone, la rosiglitazone, l'acarbose et la répaglinide se partageaient les quelques points de pourcentage restants. Les antidiabétiques prescrits aux patients non insulinodépendants représentent presque 80 % du marché global des antidiabétiques, l'insuline en détenant 20 % des parts.

l'exercice requis par un travail – sont similaires », pensent les auteurs.

Trop difficile de modifier le mode de vie des patients sédentaires et obèses ? « Un tel pessimisme n'est pas justifié, soutiennent le D<sup>r</sup> Tuomilehto et ses collaborateurs. Le taux d'abandon raisonnablement bas dans notre étude montre que les sujets qui ont une tolérance anormale au glucose sont désireux et capables de participer à un programme d'intervention exigeant,



si on le leur offre. »

Mais est-ce que les résultats de cette étude finlandaise peuvent s'appliquer à des patients d'une autre culture ? Aux États-Unis, le Dr **Antonio Tataranni**, des National Institutes of Health, a des doutes. « Des populations différentes peuvent être plus ou moins désireuses d'accepter les changements de mode de vie recommandés dans l'étude », souligne-t-il dans l'éditorial qu'il signe dans le *New England Journal of Medicine*<sup>4</sup>. « Combien de temps les changements de mode de vie peuvent-ils être maintenus ? se demande également le médecin. L'étude finlandaise n'a pas été conçue pour répondre à cette question. Cependant, la plupart des personnes ont à nouveau un gain pondéral après avoir participé aux programmes de maîtrise du poids. Même si l'étude démontre de manière convaincante que le diabète de type 2 peut être repoussé à court terme, on ignore combien de temps l'incidence de cette maladie sera réduite. »

Néanmoins, les résultats des chercheurs doivent encourager les médecins à promouvoir un mode de vie sain, reconnaît le Dr Tataranni. Selon les calculs de l'équipe finlandaise, il suffit, pour prévenir un cas de diabète, que 22 patients présentant une tolérance au glucose anormale modifient leur style de vie pendant un an, ou cinq pendant cinq ans.

## Ostéoporose

### la parathormone très efficace pour réduire le taux de fractures

On sait que l'hormone parathyroïdienne accroît la masse osseuse. Mais réduit-elle aussi les risques de fractures ? Une étude faite sur des patientes souffrant d'ostéoporose vient de le confirmer<sup>5</sup>. L'injection quotidienne de doses de 20 µg abaisse de 65 % le taux d'apparition

4. Tataranni A. Changing habits to delay diabetes. *N Engl J Med* 2001 ; 344 :1390.

5. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 1434-41.

d'une ou de plusieurs fractures vertébrales, et de 35 % celui des fractures non vertébrales. Contrairement aux autres traitements, qui se limitent à réduire la résorption osseuse, la parathormone a la particularité de stimuler la formation des os.

Le Dr **Robert Neer**, de la Harvard Medical School de Boston, et son équipe ont recruté 1637 femmes ménopausées ayant eu des fractures vertébrales. Dans cette étude, commanditée par Eli Lilly, les participantes ont été réparties au hasard en trois groupes qui recevaient soit un placebo, soit 20 µg ou 40 µg de parathormone (1-34). Les patientes devaient s'injecter chaque jour le médicament par voie sous-cutanée et prendre des suppléments de calcium et de vitamine D.

Après quelque 18 mois, 14 % des patientes du groupe témoin ont été victimes d'une nouvelle fracture vertébrale, ce qui n'a été le cas que de 5 % des femmes prenant 20 µg de parathormone, et de 4 % de celles qui s'injectaient 40 µg. Des fractures non vertébrales sont survenues chez 6 % des patientes témoins et 3 % des sujets dans chacun des deux groupes expérimentaux. Les deux doses du traitement ont accru la densité minérale osseuse totale du corps, des vertèbres et du fémur.

Les effets secondaires provoqués par l'hormone parathyroïdienne étaient mineurs. Dix-huit pour cent des femmes prenant la dose de 40 µg ont signalé avoir eu des nausées, et 13 % des maux de tête. Dans le groupe témoin et celui qui s'administrait 20 µg du médicament, seulement quelque 8 % des participantes se sont plaintes de chacun de ces deux problèmes.

À partir de ces données, quelle dose de parathormone faudra-t-il choisir, 20 µg ou 40 µg ? Les auteurs semblent pencher pour la première. « La dose de 40 µg a augmenté la densité minérale osseuse davantage que la dose de 20 µg, mais a eu des effets analogues sur le risque de fracture et était plus susceptible de provoquer des effets secondaires. »

## Des ostéosarcomes chez les rats

Comment se comparent les effets de la

parathormone à ceux des autres traitements antiostéoporotiques ? Les injections de 20 µg et de 40 µg ont fait chuter le risque de nouvelles fractures vertébrales respectivement de 65 % et de 69 %. Dans des études similaires, l'alendronate (10 mg par jour) n'a réduit ce taux que de 48 % ; le risédronate (5 mg par jour) de 41 % ; le raloxifène (60 mg par jour) de 30 %.

Du côté des fractures non vertébrales, la dose de 20 µg de parathormone fait descendre le risque de 35 %, et celle de 40 µg de 40 %. Par comparaison, le risédronate l'abaisse de 39 %, l'alendronate de 20 %, et le raloxifène de 10 %.

Les bénéfices antifracturaires de la parathormone sont enthousiasmants. Mais il y a une ombre au tableau : la découverte d'ostéosarcomes chez des rats pendant une étude de toxicologie à long terme. Chez ces rongeurs, qui ont reçu la parathormone (1-34) pendant presque toute leur vie, l'apparition des tumeurs était liée à la dose. Les ostéosarcomes sont cependant survenus après l'apparition d'une ostéosclérose causée par l'hormone. Devant ces résultats, le commanditaire de l'étude a mis prématurément fin à l'essai pour en analyser les répercussions cliniques.

Le D<sup>r</sup> Neer et ses collaborateurs ne semblent pas s'alarmer de ces données sur les rats. Dans une autre recherche, effectuée sur des singes qui avaient reçu pendant 18 mois de 4 à 10 fois la dose maximale donnée aux humains, aucun ostéosarcome n'a été détecté. « Dans les études antérieures comptant près de 1000 patients, des traitements de parathormone (1-84), de parathormone (1-34) ou de parathormone (1-38) qui ont duré jusqu'à trois ans n'ont pas augmenté l'incidence des tumeurs des os. Les ostéosarcomes sont rares chez les adultes, et l'hyperthyroïdisme primitif chronique n'est pas associé à un risque accru d'ostéosarcome. »

### Ostéoporose

#### alendronate et hormonothérapie

L'alendronate et l'hormonothérapie substitutive pris ensemble permettent d'accroître davantage la masse osseuse chez les femmes ménopausées souffrant d'ostéoporose que lorsqu'ils sont administrés seuls. Les recherches qui l'ont montré apparaissent maintenant dans la monographie du Fosamax<sup>®</sup>, avec l'aval de Santé Canada. Le document précise cependant que ces études

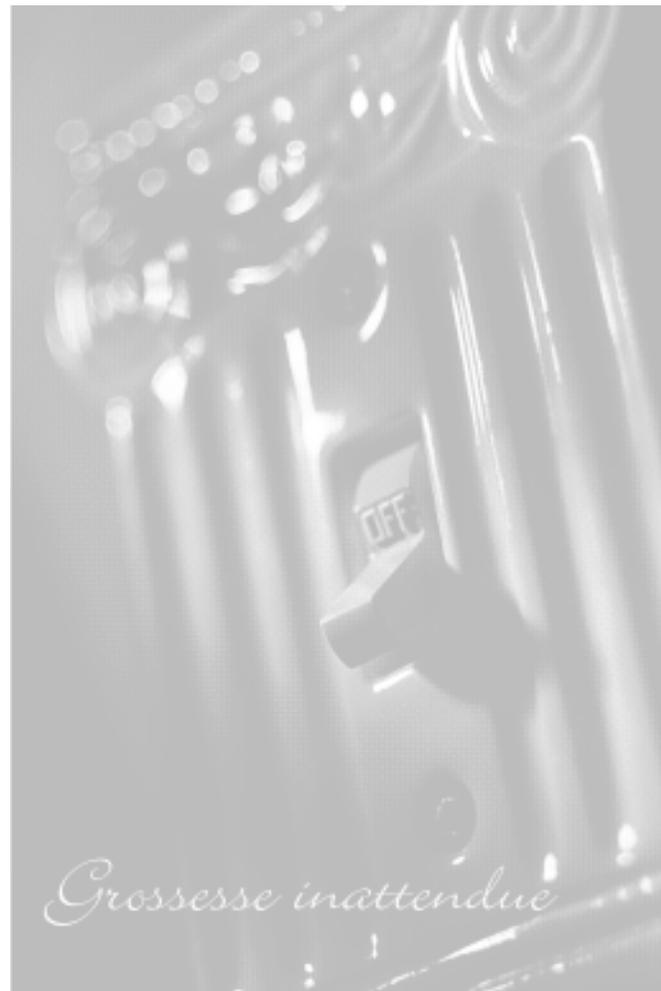


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D<sup>r</sup> Henry Bone.

n'avaient pas l'envergure nécessaire pour vérifier l'efficacité du double traitement sur la réduction du taux de fractures. Aucune différence significative n'a d'ailleurs été observée sur ce plan.

L'un des essais cliniques mentionnés est celui du D<sup>r</sup> **Henry Bone** et de ses collaborateurs, dont les résultats ont été publiés dans le *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*<sup>6</sup>. Il portait sur 425 femmes ménopausées de 42 à



82 ans souffrant d'ostéoporose. Les patientes ont été réparties en quatre groupes prenant soit de l'alendronate seul, soit des œstrogènes équinés conjugués seuls, soit une association d'alendronate et d'œstrogènes, soit un placebo.

Après deux ans, le double traitement a donné une augmentation de 8,3 % de la densité osseuse minérale de la colonne lombaire. Les femmes qui avaient pris uniquement de l'alendronate ou des œstrogènes ont eu une augmentation moyenne de 6 %. Chez celles à qui le placebo a été assigné, la densité minérale osseuse a, au contraire, diminué de 0,6 %. L'association d'alendronate et d'œstrogènes a été bien tolérée.

## Troubles anxieux chez les enfants et les adolescents

### la fluvoxamine est efficace

Efficace contre les troubles anxieux chez les adultes, la fluvoxamine le serait également chez les enfants et les adolescents. Les jeunes atteints de ce problème psychiatrique, le plus fréquent dans cette strate de la population, ne reçoivent souvent aucun traitement.

Les chercheurs de la Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group présentent dans le *New England Journal of Medicine* les résultats d'une étude effectuée chez 128 jeunes de 6 à 17 ans<sup>7</sup>. Les sujets souffraient soit de phobie sociale, soit d'angoisse de séparation, soit d'anxiété généralisée. Ils avaient tous suivi, sans résultat, une psychothérapie de trois semaines. Parallèlement à ce traitement qu'ils ont continué, les enfants, randomisés, ont reçu pendant huit semaines soit un placebo, soit de la fluvoxamine. Au moment où l'étude a été

conçue, il s'agissait du seul inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine approuvé par la Food and Drug Administration pour les enfants.

Pour évaluer les jeunes sujets, les chercheurs ont mis au point un nouvel outil : l'Échelle pédiatrique de mesure de l'anxiété. Le clinicien commence par discuter avec les parents et l'enfant des symptômes d'anxiété que ce dernier a ressentis dans la semaine précédente grâce à une liste de questions. Une fois le questionnaire terminé, le médecin évalue cinq facteurs : la détresse de l'enfant, la fréquence de ses périodes d'anxiété, le degré d'évitement des situations anxiogènes, et dans quelle mesure l'anxiété l'empêche de prendre part aux activités de la vie quotidienne, à la fois à la maison et dans d'autres milieux comme l'école. La somme des points de ces items peut aller jusqu'à 25, score indiquant le niveau maximal d'anxiété.

À la fin de l'étude, le résultat des enfants traités avec la fluvoxamine était inférieur à 10 sur l'Échelle pédiatrique de mesure de l'anxiété, ce qui ne traduit qu'une anxiété légère. Par contre, le score du groupe ayant reçu le placebo est resté supérieur à 14. Le résultat des enfants index a ainsi reculé de 9,7 points, alors que celui des sujets témoins a baissé de seulement 3,1 points. Par ailleurs, selon l'échelle CGI-I (*Clinical Global Impressions-Improvement*), 48 des 63 enfants du groupe expérimental et 19 des 65 sujets témoins ont répondu à leur traitement. « Les effets de la thérapie avec la fluvoxamine, évalués avec ces deux mesures, sont considérés comme importants compte tenu des résultats obtenus dans les autres études sur le traitement des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les enfants », soulignent les auteurs.

### Les effets à long terme

La fluvoxamine a été en général bien tolérée par les patients. Néanmoins, cinq patients du groupe expérimental ont dû cesser le traitement à cause de réactions indésirables, ce qui n'est arrivé qu'à un seul sujet du groupe témoin. Le malaise abdominal a été l'effet secondaire le plus notable, affectant 49 % des patients index

6. Bone H, Greenspan SL, McKeever C, et al. Alendronate and estrogen effects in postmenopausal women with low bone mineral density. *J Clin Endocrinol Metab* 2000 ; 85 : 720-6.

7. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 1279-85.

et 28 % de ceux qui ont pris le placebo. Les chercheurs ont également observé que les enfants qui prenaient de la fluvoxamine tendaient à avoir une activité motrice plus importante.

Le traitement avec la fluvoxamine comporte cependant encore des zones d'ombre. Des recherches sur les animaux ont montré une plasticité développementale des neurones sérotoninergiques. Ainsi, chez les jeunes rongeurs, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine sont susceptibles d'altérer les synapses de l'hippocampe et du cortex. Mais il faut aussi soupeser les répercussions de l'absence de traitement des enfants en proie à l'anxiété. « La recherche a établi que le stress, partie intégrante de l'anxiété chez l'enfant, a des effets à long terme sur le système nerveux en développement. Des études ont montré que, chez les rongeurs et les primates en pleine croissance, le stress a des répercussions à long terme sur le comportement, la neurochimie, le contrôle autonome et la régulation hormonale. Par conséquent, l'anxiété non traitée pourrait aussi avoir des effets sur le développement neurologique des enfants. »

Environ 3 % des jeunes de 9 à 17 ans ont de graves problèmes à cause des troubles anxieux.

Cette affection est associée à un risque accru d'échec scolaire et est liée par la suite à une probabilité plus élevée de n'obtenir qu'un emploi mal rémunéré ou de dépendre financièrement de l'État.

## Lutte contre la résistance bactérienne

### homologation du linézolide

Une nouvelle arme est maintenant disponible contre des bactéries Gram positif résistantes : le linézolide (Zyvoxam<sup>MC</sup>). Antibiotique d'une toute nouvelle classe, il peut éradiquer entre autres des staphylocoques résistant à la méthicilline, des entérocoques résistant à la vancomycine et la souche de *Streptococcus pneumoniae*.

Mis au point par Pharmacia, le linézolide appartient à la classe des oxazolidinones, qui possèdent un nouveau mode d'action. Contrairement aux autres antibiotiques, elles inhibent la phase initiale de la synthèse des protéines de la bactérie. Grâce à ce mécanisme différent, il ne devrait pas y avoir de résistance

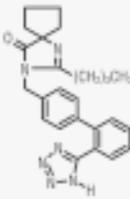
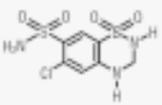
Suite page 134 >>>

Parce qu'ils sont humains

Marvelon est un contraceptif oral. Voir la monographie du produit pour les mises en garde et les précautions. Pour plus de renseignements, veuillez composer le 1 800 892-5201. Organon Canada Ltd./Ltdée, 100 Connaught Place, Suite 700, Scarborough (Ontario) M1H 3E4

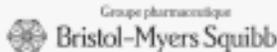
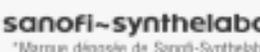
diéogestrel-éthynyl œstradiol  
**MARVELON**

0,3 % et 0,3 %, respectivement, de ceux recevant le placebo. L'incidence cumulative de l'élévation de au moins trois fois la limite supérieure de la normale des concentrations d'ASAT et (ou) d'ALAT a été de 0,4 % chez les patients traités par l'irbesartan pendant une période moyenne de plus de un an. **Hypokaliémie** : Lors d'études contrôlées par placebo, on a signalé une élévation des taux sériques de potassium supérieure à 10 %, chez 0,4 % des patients prenant l'irbesartan par rapport à 0,5 % de ceux recevant le placebo. **Urée et créatinine sérique** : On a observé de légères élévations de l'urée ou de la créatinine sérique chez moins de 0,7 % des patients souffrant d'hypertension essentielle traités par l'irbesartan seul, par rapport à 0,9% des patients recevant le placebo. **Hémoglobine** : Des diminutions moyennes de l'hémoglobine de 0,16 g/dL ont été observées chez des patients recevant l'irbesartan. Aucun patient n'a dû abandonner le traitement en raison d'anémie. **Neutropénie** : Une neutropénie (< 1 000 cellules/mm<sup>3</sup>) a été observée chez 3,3 % des patients traités par l'irbesartan, par rapport à 0,5 % de ceux recevant le placebo. Lors des études cliniques, l'incidence des effets suivants, liés ou non au médicament, a été inférieure à 1 % : anémie, thrombocytopénie, lymphocytopénie et élévation de la créatine-kinase. **SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE** Il n'existe aucune donnée précise concernant le traitement du surdosage par AVALIDE. Le cas échéant, on doit surveiller le patient de près et amorcer un traitement symptomatique et de soutien, incluant la rééquilibration hydroélectrolytique. **Irbesartan** : Il n'existe aucune donnée concernant le surdosage chez l'être humain. Les manifestations les plus probables du surdosage seraient l'hypotension et/ou la tachycardie; la bradycardie pourrait aussi se manifester dans ce cas-là. L'irbesartan n'est pas éliminé par hémodialyse. **Hydrochlorothiazide** : Les signes et les symptômes les plus couramment observés sont ceux causés par la déplétion électrolytique (hypokaliémie, hypochlorémie, hyponatrémie) et la diurétisation attribuable à une diurèse excessive. Si la diurèse est également administrée, l'hypokaliémie pourrait accentuer les arythmies cardiaques. Il n'a pas été établi dans quelle mesure l'hydrochlorothiazide est éliminé par hémodialyse. **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION** La posologie doit être personnalisée. L'association fixe n'est pas destinée au traitement initial. La dose d'AVALIDE doit être établie par l'adaptation des doses individuelles de chacun des deux agents. On peut administrer, une fois par jour, un comprimé AVALIDE à 150/12,5 mg ou à 300/12,5 mg chez les patients dont la tension artérielle a pu être stabilisée à l'aide des deux agents, administrés séparément, aux doses correspondant à celles de l'association fixe irbesartan/hydrochlorothiazide. AVALIDE peut être pris avec ou sans aliments, mais toujours de façon constante à cet égard. **Irbesartan en monothérapie** : La dose recommandée d'irbesartan est de 150 mg, une fois par jour. Chez les patients dont l'hypertension n'est pas adéquatement maîtrisée, on peut majorer la dose à 300 mg. **Traitement par un diurétique** : Puisque les patients recevant des diurétiques peuvent présenter une oligémie volumique et être, par le fait même, davantage prédisposés à l'hypertension après l'annonce d'un traitement antihypertenseur additionnel, on doit faire preuve de prudence lorsqu'on commence le traitement par l'irbesartan. Lorsque cela est possible, il faut essai l'administration de tout diurétique 2 ou 3 jours avant le début du traitement par l'irbesartan afin de réduire le risque d'hypotension (voir MISES EN GARDE - Hypotension et PRÉCAUTIONS - Interactions médicamenteuses). Si l'état du patient ne le permet pas, on doit faire preuve de prudence et surveiller la tension artérielle de près. La dose initiale recommandée d'irbesartan est de 75 mg, une fois par jour; chez les patients hypotendus (voir MISES EN GARDE - Hypotension). Par la suite, on peut adapter la dose selon la réponse du patient. **Adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale** : Aucune adaptation posologique initiale n'est en général nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale, bien qu'en raison d'une apparente sensibilité accrue des patients sous hémodialyse, il soit recommandé d'administrer à ces patients une dose initiale de 75 mg. On peut administrer AVALIDE à la posologie habituelle si le patient présente une clearance de la créatinine > 30 mL/min. Chez les patients atteints d'une insuffisance rénale plus grave, les diurétiques de l'anse sont plus appropriés que les diurétiques thiazidiques. AVALIDE n'est donc pas recommandé chez ces patients. **Insuffisance hépatique** : Aucune adaptation posologique initiale de l'irbesartan n'est en général nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée. Puisque les diurétiques thiazidiques peuvent déclencher le coma hépatique, l'utilisation d'une association fixe, comme AVALIDE, n'est pas recommandée. **Personnes âgées** : Aucune adaptation posologique de l'irbesartan n'est nécessaire chez la plupart des personnes âgées. Toutefois, en prescrivant le médicament à cette population, il faut prendre les précautions de mise, puisque les patients âgés pourraient être plus sensibles aux effets du médicament (voir PRÉCAUTIONS - Personnes âgées). **RENSEIGNEMENTS PHARMACÉUTIQUES** **L'INGRÉDIENT ACTIF** Nom déposé : AVALIDE. Nom propre : irbesartan et hydrochlorothiazide.

	Irbesartan	Hydrochlorothiazide
Nom chimique	2-butyl-3-(2'-(1H-tétrazole-5-ylbiphényl-4-ylméthyl)-1,3-diazapir[4,4] non-1-en-4-one.	6-chloro-3,4-dihydro-2H-1,2,4-benzothiazine-7-sulfamide 1,1-dioxyde
Formule empirique	C <sub>25</sub> H <sub>26</sub> N <sub>6</sub> O	C <sub>7</sub> H <sub>6</sub> ClN <sub>2</sub> O <sub>2</sub> S <sub>2</sub>
Formule développée		
Poids moléculaire	428,5	297,7

**Description** : L'irbesartan, poudre cristalline de blanc à blanc cassé, est un composé non polaire ayant un coefficient de partition (octanol/eau) de 10,1 à un pH de 7,4. Il est légèrement soluble dans l'alcool et dans le chloroforme de méthyle et pratiquement insoluble dans l'eau. L'hydrochlorothiazide est une poudre cristalline blanche, ou presque blanche. Il est légèrement soluble dans l'eau et très soluble dans une solution d'hydroxyde de sodium. **COMPOSITION** En plus des ingrédients actifs, soit l'irbesartan et l'hydrochlorothiazide, les comprimés renferment du lactose, de la cellulose microcristalline, de l'amidon préagglutiné, du croscarmellose sodique, du bioxyde de silicose, du stéarate de magnésium, de l'oxyde ferrique rouge et de l'oxyde ferrique jaune. **ENTREPOSAGE** Les comprimés AVALIDE peuvent être entreposés entre 15 et 30 °C. **FORMES POSOLOGIQUES ET PRÉSENTATION** Les comprimés AVALIDE à 150/12,5 mg sont péché, de forme ovale et biconvexes. Ils portent un marquage en creux en forme de cœur sur un côté et l'inscription 2775 sur l'autre. Les comprimés AVALIDE à 300/12,5 mg sont péché, de forme ovale et biconvexes. Ils portent un marquage en creux en forme de cœur sur un côté et l'inscription 2776 sur l'autre. Les comprimés AVALIDE à 150/12,5 mg et à 300/12,5 mg sont présentés dans des flacons de 90 comprimés. Une monographie de produit peut être fournie sur demande.

1. Meaney-Mendola, E. et coll., *Drugs Invest* 2000;19(6) 431-439. 2. Kessler-Taub, K. et coll., *Am J Hypertens* 1998;11(1<sup>re</sup> partie): 445-453. 3. Données en dossier (Protocole CV131-104). 4. Pohl, M. et coll., *Am J Hypertens* 1997;10(2<sup>e</sup> partie):105A. 5. Rallope, L.M., *Am J Hypertens* 1997;10:325S-331S. 6. Mirman, A. et coll., *J Hum Hypertens* 1998;12:203-208. 7. Laroche, P. et coll., *Am J Cardiol* 1997;80:1613-1615. 8. Monographie d'Avapro, Bristol-Myers Squibb/Sanofi-Synthelabo Canada. 9. Monographie d'Avallide, Bristol-Myers Squibb/Sanofi-Synthelabo Canada.   
<sup>®</sup>Cosart (losartan) est une marque déposée de E.I. du Pont de Nemours and Company. <sup>®</sup>Divaler (valsartan) est une marque déposée de Novartis. <sup>®</sup>Lasotec (molétole d'énalapril) est une marque déposée de Merck Frost. <sup>®</sup>Navasc (bétalate d'amolodipine) est une marque déposée de Pfizer Canada Inc.



  
 Distribué par Bristol-Myers Squibb/Sanofi Canada  
 Montréal (Québec) H4N 2M7  
 1 800 257-0005


  
**NOUVEAU**  
 votre site!  
<http://www.fmoq.org>

## Médecin demandé

Nous sommes à la recherche d'un médecin pour notre municipalité de Saint-Jean-Baptiste. Située en Montérégie, elle est encadrée par les monts Rougemont et Saint-Hilaire. Sa population actuelle est d'environ 3000 personnes. L'été, nos quatre terrains de camping offrent 3500 sites aux vacanciers. La population s'élève donc à environ 8000 à 10 000 habitants la semaine, et la fin de semaine, avec les visiteurs, elle atteint les 20 000 personnes.

La clinique médicale, située à côté de la bibliothèque municipale, sera vacante à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2001. Celle-ci est l'unique point de service dans un rayon de 12 km. Le prix du loyer tout inclus est très modique.

N'hésitez pas à prendre contact avec nous.

**M. Charles Paradis, pharmacien**  
 Tél. : (450) 467-2411

ou

**M. Jacques Durand,**  
**maire de Saint-Jean-Baptiste**  
 Tél. : (450) 467-3456 (hôtel de ville)  
 ou (450) 446-6715 (résidence)

**Visitez notre site Internet :**  
[info@municipalite.saint-jean-baptiste.qc.ca](mailto:info@municipalite.saint-jean-baptiste.qc.ca)

On ne sait pas si la simvastatine et ses métabolites peuvent être éliminés par hémodialyse.

#### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Avant de recevoir ZOCOR® (simvastatine), le patient devrait être soumis à un régime alimentaire équivalent au moins à la phase 1 du régime de l'American Heart Association (AHA) qu'il devra poursuivre pendant le traitement médicamenteux. Un régime hypocalorique et un programme d'exercices peuvent également être instaurés si l'on juge ces mesures nécessaires.

Chez la plupart des patients, la posologie recommandée est de 10 à 40 mg par jour. La posologie maximale est de 80 mg par jour, dose qui peut être requise pour une minorité de patients chez qui les doses plus faibles ne permettent pas d'atteindre les valeurs cibles recommandées dans les lignes de conduite canadiennes sur le cholestérol et les lignes directrices du NCEP.

#### Maladie coronarienne

Les patients atteints de maladie coronarienne et d'hypercholestérolémie primitive peuvent recevoir une dose initiale de 20 mg par jour, prise en une seule fois, dans la soirée. Le réglage de la posologie, s'il est nécessaire, devrait être réalisé à intervalles d'au moins 4 semaines; la posologie ne doit pas excéder 80 mg par jour, administrés en une seule fois, dans la soirée.

#### Hypertension

La dose initiale habituelle est de 10 mg par jour, prise en une seule fois, dans la soirée. Les patients atteints d'hypercholestérolémie légère ou modérée peuvent recevoir une dose initiale de 5 mg de ZOCOR®. Le réglage de la posologie, s'il est nécessaire, devrait être réalisé conformément aux directives ci-dessus (voir Maladie coronarienne sous POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

On doit procéder périodiquement à une évaluation du taux de cholestérol et envisager la possibilité de réduire la posologie de ZOCOR® si les concentrations de cholestérol atteignent des valeurs inférieures aux valeurs cibles recommandées dans le deuxième rapport du NCEP (*U.S. National Cholesterol Education Program*) (voir BIBLIOGRAPHIE).

#### Traitement concomitant

Voir Association avec d'autres régulateurs du métabolisme lipidique à la rubrique Interactions médicamenteuses.

Lorsque les patients prennent de la cyclosporine, des fibrates ou de la niacine en association avec ZOCOR®, la posologie maximale recommandée de ZOCOR® est de 10 mg par jour (voir Monographie complète par une interaction médicamenteuse sous MISE EN GARDE).

#### COMPOSITION

ZOCOR® (comprimés de simvastatine, norme de Merck Frosst) pour l'administration orale renferme 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg ou 80 mg de simvastatine ainsi que les ingrédients non médicamenteux suivants :

acide ascorbique	hydroxypropylbétalose
acide citrique	lactose
amidon préaggluté	méthylcellulose
butylhydroxyanisole	stéarate de magnésium
cellulose microcristalline	telc
dioxyde de titane	

Les comprimés ZOCOR® à 5 mg, à 10 mg et à 20 mg contiennent de l'oxyde ferrique jaune. Les comprimés ZOCOR® à 10 mg, à 20 mg, à 40 mg et à 80 mg contiennent en plus de l'oxyde ferrique rouge.

#### STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

ZOCOR® doit être conservé à la température ambiante (entre 15 °C et 30 °C).

#### PRÉSENTATION

Le comprimé ZOCOR® à 5 mg est de couleur blanc, en forme de boomerang, enrobé par film, estampillé T26 d'un côté et 2 de l'autre. Paquette de 30.

Le comprimé ZOCOR® à 10 mg est de couleur pêche, en forme de boomerang, enrobé par film, estampillé T35 d'un côté et 2 de l'autre. Paquette de 30 et flacon en polyéthylène de haute densité de 500.

Le comprimé ZOCOR® à 20 mg est de couleur rose, en forme de boomerang, enrobé par film, estampillé T40 d'un côté et 2 de l'autre. Paquette de 30 et flacon en polyéthylène de haute densité de 500.

Le comprimé ZOCOR® à 40 mg est de couleur rouge brique, en forme de boomerang, enrobé par film, estampillé T49 d'un côté et 2 de l'autre. Paquette de 30.

Le comprimé ZOCOR® à 80 mg est de couleur rouge brique, en forme de capsule, enrobé par film, estampillé T543 d'un côté et 80 de l'autre. Paquette de 30.

#### MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(603-610-000)

#### Références

1. Crouse, J.R. et coll., - Effects of high doses of simvastatin and atorvastatin on high-density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A-1 - , *Am J Cardiol*, 82(7): 1966, p. 1475-1477.
2. Données consignées aux dossiers de Merck Frosst Canada & Cie, Merck Research Laboratories, 1999.
3. Données consignées aux dossiers de Merck Frosst Canada & Cie, monographie du produit, 1999.

34250166, 34250167, 34250168

Membre



**MERCK FROSST**

Découvrir toujours plus.  
Vivre toujours mieux.

**MERCK FROSST CANADA & CIE**  
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE  
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

### ◀◀◀ Suite de la page 23

croisée entre la nouvelle molécule et les autres antibiotiques. Quant à l'apparition de la résistance contre le linézolide, elle se produirait à la fréquence de  $1 \times 10^{-9}$  à  $1 \times 10^{-11}$ , selon les tests effectués *in vitro*.

Le linézolide présente également l'avantage d'être disponible sous forme de comprimés et de solution injectable intraveineuse, qui peuvent se substituer l'un à l'autre sans ajustement de la posologie. Administré par voie orale, le médicament a une biodisponibilité absolue de quelque 100 % et donne une concentration plasmatique maximale en environ une à deux heures.

Le linézolide est en général relativement bien toléré. Les effets secondaires les plus fréquemment signalés sont la diarrhée, dont l'incidence dans toutes les études a varié entre 2,8 et 11 % ; les nausées, qui se produisaient dans 3,4 à 9,6 % des cas ; les maux de tête, qui affectaient 0,5 à 11,3 % des patients. La monographie recommande cependant au clinicien de surveiller la formule sanguine complète des patients toutes les semaines, surtout pour ceux qui prennent le médicament pendant plus de 14 jours. Une dépression médullaire a été signalée chez certains patients malades traités avec le linézolide.

Un traitement par voie orale coûte 140 \$ par jour – les honoraires du pharmacien en sus – et comprend deux comprimés de 600 mg à prendre toutes les 12 heures. Pour des infections comme les pneumonies nosocomiales ou extrahospitalières, la durée recommandée de la thérapie va de 10 à 14 jours. Aux États-Unis, le linézolide est approuvé depuis un peu plus d'un an.

## L'éprosartan maintenant en doses de 600 mg

L'éprosartan (Teveten®) est maintenant offert en doses de 600 mg pour le traitement de l'hypertension d'intensité légère à modérée. Le médicament n'était jusqu'à présent vendu qu'en comprimés de 300 mg et de 400 mg, alors que la dose de départ recommandée est de 600 mg par jour. L'éprosartan, dernier-né de la classe des antagonistes du récepteur (AT<sub>1</sub>) de l'angiotensine II, a été homologué en janvier.

## Maladies pulmonaires obstructives chroniques

### le bupropion au secours des fumeurs

La mesure thérapeutique la plus importante contre les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) chez les fumeurs : l'abandon de la cigarette. La tâche des patients peut cependant être facilitée par la prise de bupropion SR, vient de montrer une étude dont les résultats ont été publiés dans le *Lancet*<sup>8</sup>. Entre la quatrième et la vingt-sixième semaine de traitement, le taux d'abstinence était de 16 % chez ceux qui avaient reçu le médicament, et de 9 % chez les patients qui avaient pris le placebo.

8. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001 ; 357 : 1571-5.

## échographies

On savait déjà que la prise de bupropion SR permet de doubler le taux de réussite des patients qui tentent de cesser de fumer. Cependant, on ne disposait pas de données chez les fumeurs atteints de MPOC, personnes qui peuvent éprouver plus de difficulté à y parvenir. Ces malades sont souvent plus âgés que la moyenne des fumeurs, ont davantage fumé et ont une plus grande dépendance à la nicotine.

Le D<sup>r</sup> Tashkin, de Los Angeles, et ses collègues ont vérifié l'efficacité de la prise de bupropion SR pendant 12 semaines chez des patients souffrant d'une MPOC légère ou modérée. Selon une répartition aléatoire, 200 sujets ont reçu un placebo et 204, le médicament. Tous les participants, qui fumaient initialement 15 cigarettes ou plus par jour, étaient motivés à renoncer à la cigarette et bénéficiaient d'un soutien psychologique.

Le premier critère clinique de l'étude, financée par Glaxo Wellcome, était l'abandon de l'usage du tabac de la quatrième à la septième semaine. Vingt-huit pour cent des sujets du groupe expérimental et 16 % des sujets témoins y sont parvenus. Les participants ont ensuite été suivis jusqu'au sixième mois, où le nombre des abstinents se chiffrait à 32 sur 204 dans le groupe traité, et à 18 sur 200 dans le groupe témoin. Les symptômes de sevrage et l'envie de fumer étaient moins intenses dans le groupe expérimental.

Et la prise de poids ? La différence entre les deux groupes n'était pas significative sur ce point. Néanmoins, au bout des 12 semaines de traitement, le gain pondéral tendait à être moins important chez ceux qui avaient pris du bupropion que chez les patients

témoins parmi les participants qui avaient cessé de fumer.

Des sujets des deux groupes se sont plaints d'insomnie, de maux de tête et de sécheresse de la bouche. Certains patients ont arrêté de prendre le bupropion à cause de problèmes d'insomnie – deux fois plus fréquents chez eux que chez les sujets témoins – et d'anxiété. Dans le groupe prenant le placebo, trois participants ont quitté l'étude à cause de maux de tête.

### Attention aux remèdes chinois contenant de la trichosantine

Santé Canada fait une mise en garde contre les produits *Bao Ji Wan Pills* et *Chinese Modular Solutions Chest Relief Tablets*. Ces deux produits, fabriqués à base de plantes et indiqués pour les enfants, contiennent du *Tricosanthes kirilowii* et de l'écorce de *Magnolia officinalis*, des ingrédients extrêmement toxiques, surtout pour les plus jeunes.

Le *Tricosanthes kirilowii* renferme l'alcaloïde de la trichosantine, qui provoque une immunosuppression et des réactions allergiques graves. Cet ingrédient cause également des mutations cellulaires et des malformations chez l'embryon. L'écorce de *Magnolia officinalis*, pour sa part, contient des substances – comme la turbocurarine – qui causent une paralysie respiratoire chez les animaux. Elles peuvent être toxiques pour les nourrissons et les jeunes enfants. Jusqu'à présent, aucun cas de réaction délétère due à ces produits n'a été signalé au Canada.

Il faut par ailleurs préciser que le

## index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

### AVENTIS PHARMA INC.

Altace ..... 48-49 ..... 124-125

### BELL CANADA

..... COUV. III

### BOEHRINGER INGELHEIM

Combivent .. 15-17 ..... 74

Micardis ..... 47 ..... 126-127

### BRISTOL-MYERS SQUIBB

Avapro ..... 26-27 ..... 108-110

### FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ ..... 136

### FOURNIER PHARMA INC.

Lipidil ..... 4 ..... 66

### GESTION CHARLES PARADIS

Médecin demandé ..... 110

### GLAXOSMITHKLINE

Flovent ..... 40 ..... 114-115

### LABORATOIRE MDS

Services ..... 34

### MERCK FROSST CANADA & CIE

Singulair ..... 24 ..... 120-121

Zocor ..... couv. IV ..... 132-134

### ORGANON CANADA LTÉE

Marvelon ..... 19, 21, 23

### PFIZER CANADA INC.

Accupril ..... 73 ..... 89-90

Lipitor ..... 13 ..... 122-123

Norvasc .. couv. II ..... 58

### SEARLE CANADA

Celebrex ..... 8-9 ..... 128-129

### SERVIER CANADA INC.

Coversyl ..... 112 ..... 150

### SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc ..... 10 ..... 150

### WYETH-AYERST CANADA INC.

Prem Plus ..... 6 ..... 130-131

135

*Bao Ji Wan Pills* condamné par Santé Canada est fabriqué à Guangzhou, en Chine. Il ressemble à un autre produit importé de Hong Kong qui porte le même nom en caractères chinois, mais dont la vente est approuvée par Santé Canada. Il faut donc vérifier le nom du pays d'origine qui figure sur l'étiquette.

### ***Prendre garde aux vêtements avec des cordons***

Les cordons des vêtements d'extérieur peuvent être dangereux pour les enfants, met en garde Santé Canada. Les cordelettes des manteaux, survêtements et habits de neige sont susceptibles de causer de graves blessures ou d'étrangler l'enfant en restant accrochées à un équipement de jeu, à une clôture ou à un autre objet. Récemment, au Nouveau-Brunswick, une fillette dont le cordon du manteau s'était pris dans la rampe de l'autobus scolaire a failli être gravement blessée.

Santé Canada conseille par conséquent :

- d'enlever tous les cordons situés au niveau de la tête et du cou ;
- de retirer complètement la cordelette du bas des vêtements, ou encore de la couper pour qu'elle ne dépasse pas de plus de 8 cm ;
- de s'assurer que les bouts des cordons ne comportent pas de nœuds, de boucles ou de boutons qui pourraient s'accrocher à des pièces d'équipement ;
- de n'acheter aux enfants que des vêtements qui se ferment au moyen d'élastiques, de boutons, de velcro ou de boutons-pression.