

par Emmanuèle Garnier

Hypertension les diurétiques délogeront-ils les BCC et les IECA ?



Le Dr Pierre Larochelle.

L'étude ALLHAT vient ébranler certaines convictions¹. Ses conclusions ? Un diurétique de type thiazide prévient aussi bien, sinon mieux, les maladies cardiovasculaires qu'un bloqueur des canaux calciques (BCC) ou qu'un

inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA). Et pour moins cher. Une aubaine ?

Malgré les résultats intéressants d'ALLHAT, le Dr Pierre Larochelle, directeur de la recherche clinique à l'Institut de recherche clinique de Montréal, ne voit pas les diurétiques comme le traitement idéal de première intention. « Ces médicaments ne conviennent pas à tous les hypertendus. Beaucoup ne les prennent pas à cause de leurs importants effets secondaires. Cependant, je pense que lorsqu'une association de médicaments est nécessaire pour réduire la pression, il faudrait qu'elle comporte un diurétique, mais peut-être à faible dose. »

Moins d'insuffisance cardiaque

La recherche *Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial* comprenait 33 357 sujets de 55 ans et plus souffrant d'hypertension légère et présentant au moins un autre facteur de risque de maladie

coronarienne. Les participants, répartis au hasard dans trois groupes, devaient prendre quotidiennement soit un diurétique – de 12,5 à 25 mg de chlorthalidone –, soit un BCC – de 2,5 à 10 mg d'amlodipine –, soit un IECA, – de 10 à 40 mg de lisinopril.

Le suivi a duré en moyenne 4,9 ans. Il n'y a pas eu de différence dans le taux de maladies coronariennes fatales ni d'infarctus du myocarde non mortels entre les trois groupes, ce qui était le premier critère d'évaluation. Cependant, le risque de défaillance cardiaque était de 38 % (10,2 vs 7,7 %) plus élevé chez les sujets traités avec le BCC que chez ceux qui prenaient le diurétique. Et par rapport aux patients traités avec ce médicament, ceux qui recevaient l'IECA avaient 15 % (6,3 vs 5,6 %) plus de risques de souffrir d'un accident vasculaire cérébral, 10 % (33,3 vs 30,9 %) plus

1. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288 : 2981-97.

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Hypertension les diurétiques délogeront-ils les BCC et les IECA ?	20
Complications gastro-intestinales des analgésiques un coxib et l'association d'un AINS avec un gastroprotecteur sont égaux	27
Fibrillation auriculaire la réduction de la fréquence ventriculaire	29
Mises en garde Complications hépatiques et Accolate	121
Kineret et Enbrel : une mauvaise association	122
Maladie pulmonaire obstructive chronique tiotropium : une bronchodilatation pendant 24 heures	122
Santé cardiovasculaire la marche aussi bonne que les exercices plus vigoureux	123
Autisme le vaccin RRO ne serait pas en cause	124
Soins aux aînés nouvelle approche clinique : le modèle SIPA	125
Bibliographies Allaitement maternel	126
Un jour la santé	126
Activité physique et personnes âgées encouragez-les : ils n'en mourront pas !	161

de chances d'avoir un problème cardiovasculaire, et une probabilité de 19 % supérieure de souffrir d'une défaillance cardiaque (8,7 vs 7,7 %). Toutefois, la mortalité globale n'a pas différé d'un groupe à l'autre. Conclusion des chercheurs : « Les diurétiques doivent être privilégiés pour la première étape de la thérapie antihypertensive. »

Et l'effet sur la tension artérielle ? Les patients prenant de la chlorthalidone avaient, au bout de cinq ans, une pression systolique plus basse que ceux qui recevaient un IECA ou un BCC. Par contre, c'est l'amlodipine qui permettait d'obtenir la pression diastolique la plus basse.

D'importants biais

Après avoir analysé les données d'ALLHAT, le D^r Larochelle ne croit pas qu'il soit justifié de changer les directives générales canadiennes sur le traitement de l'hypertension. Certaines recommandations sur le traitement des hypertendus diabétiques sans néphropathie seront probablement changées pour y ajouter un diurétique. Néanmoins, cette recherche, que le spécialiste juge bien faite et même fascinante, souffre d'importants biais.

Pour commencer, la comparaison entre la chlorthalidone et le lisinopril. « L'IECA a été défavorisé par rapport au diurétique. Ce dernier permet de mieux maîtriser la tension artérielle chez les Noirs, qui constituaient 35 % des participants. » Ce facteur a pu jouer un rôle important. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) étaient l'un des critères d'évaluation ayant permis au diurétique de se démarquer. Les sujets noirs prenant l'IECA encouraient 40 % plus de risques d'avoir un AVC que ceux qui étaient traités avec le diurétique. Par contre, une telle différence n'est pas apparue chez les Blancs.

La comparaison entre l'amlodipine et la chlorthalidone prête aussi le flanc à la critique. Pendant les premiers mois de l'étude, plus de patients du groupe recevant le BCC ont été atteints d'insuffisance cardiaque que dans celui qui prenait de la chlorthalidone. « Normalement, les malades souffrant d'insuffisance cardiaque ou présentant des

symptômes d'insuffisance cardiaque tels l'œdème ou la dyspnée sont traités avec des diurétiques. Cependant, les participants de l'étude qui ont dû prendre de l'amlodipine à cause de la randomisation n'ont pu bénéficier de ces médicaments. »

Professeur de pharmacologie à l'Université de Montréal, le D^r Larochelle est en outre inquiet des effets secondaires à long terme de la chlorthalidone. Pendant les quatre premières années de l'étude, 11,6 % des patients initialement non diabétiques le sont devenus dans le groupe prenant le diurétique, alors que ce nombre n'a été que 8,1 % dans le groupe traité avec l'IECA. « Il est possible que dans 10 ou 15 ans, l'on voie les effets néfastes de la chlorthalidone par l'apparition de nouveaux cas de diabète. Cette augmentation du nombre de diabétiques pourrait coûter cher. »

L'apparition d'une hypokaliémie préoccupe également l'interniste. Dans l'essai ALLHAT, 8,5 % des patients recevant le diurétique en souffraient après quatre ans, ce qui était le cas de moins de 2 % des sujets des deux autres groupes. « Dans 10 ans, on risque de voir plus d'effets secondaires chez des patients qui ne sont pas surveillés étroitement. Dans cette étude, les sujets ont été suivis de près, mais dans la population générale, l'hypokaliémie risque de provoquer des arythmies. »

La population québécoise est différente

Que conclure de l'étude ALLHAT ? L'éditorialiste du *New England Journal of Medicine*, le D^r **Lawrence Appel**, de l'université Johns Hopkins, estime que les résultats de l'essai apportent une preuve convaincante que les diurétiques de type thiazide devraient être le médicament de première intention pour les patients hypertendus². Fait important, presque la moitié des participants étaient des femmes et environ le tiers de race noire. Un échantillon relativement représentatif de la société américaine.

2. Appel LJ. The verdict from ALLHAT – Thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension. *JAMA* 2002 ; 3039-42.

Au Québec, toutefois, la population est différente. Quelles leçons faut-il alors tirer de cette recherche ? « C'est une très belle étude, qui confirme les avantages des diurétiques mais qui ne changera pas vraiment notre pratique, estime le D^r Larochelle. Elle montre que les nouveaux traitements ne sont pas supérieurs et qu'on ne doit pas craindre de recourir aux diurétiques. Il faut cependant prendre en considération l'observance du traitement. Une étude canadienne a montré qu'au bout de cinq ans, un patient sur deux cesse de prendre ses diurétiques. » Quel traitement pharmacologique de première intention faut-il alors choisir ? « Je pense que tous les médicaments restent bons s'ils permettent de maîtriser la pression des patients. Si elle ne l'est pas, il faut ajouter un diurétique. » ❧

Complications gastro-intestinales des analgésiques

un coxib et l'association d'un AINS avec un gastroprotecteur sont égaux



Le D^r Louis Bessette.

Comment soulager la douleur des patients arthritiques ayant récemment eu une hémorragie digestive à cause de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ? Selon des données publiées dans le *New England Journal of Medicine*, le célécoxib (Celebrex®) prévient aussi bien la récurrence des saignements d'ulcères que l'association de diclofénac et d'oméprazole (Losec®)¹. Ou peut-être aussi mal. Car la probabilité de réapparition des complications gastro-intestinales était de quelque 5 %.

Les patients très vulnérables ne seraient-ils pas mieux protégés par une association composée d'un coxib et d'un gastroprotecteur ? « C'est la question à laquelle il faut maintenant répondre », pense le D^r Louis Bessette, rhumatologue au Centre hospitalier régional de Rimouski. Jouant de prudence, c'est cette formule qu'il a recommandée dans le Programme CURATA (Concertation pour une utilisation raisonnée des anti-inflammatoires dans le traitement de l'arthrose) qu'il a créé avec le D^r Denis Choquette, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. « Nous conseillons de prescrire un coxib et un gastroprotecteur aux patients qui présentent les plus importants facteurs de risque : la prise d'anticoagulants ou des antécédents de complications gastro-intestinales. »

On sait que les patients ayant déjà eu une hémorragie digestive ont de fortes chances d'en subir une autre par la suite. Si, en outre, ils consomment des AINS traditionnels, leur risque s'élève à 19 % au cours des six mois suivants, a montré l'an dernier le D^r Francis Chan, de Hong-Kong. Cependant, le danger peut être réduit des trois quarts lorsque les patients reçoivent plutôt un coxib ou un AINS avec un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), vient maintenant de prouver le même investigateur.

La dernière étude du D^r Chan et de ses collaborateurs constitue une première. Aucune autre n'avait, jusqu'à présent, comparé un coxib à un AINS associé avec un IPP. Les chercheurs ont choisi des sujets arthritiques qui ont eu des saignements dus à un ulcère après avoir employé un AINS pour soulager leurs douleurs. Une fois les lésions guéries, les patients chez qui *Helicobacter pylori* n'a pas été détecté ont été randomisés. Un groupe de 144 sujets a reçu 200 mg de célécoxib deux fois par jour et un placebo. Parallèlement, 143 autres participants ont pris à la fois 75 mg de diclofénac biquotidiennement et 20 mg d'oméprazole par

1. Chan KL, Hung LC, Suen BY, et al. Celecoxib versus diclofenac and omeprazole in reducing the risk of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 2104-10.

jour. Au bout de six mois, 4,9 % des patients traités avec le coxib ont eu une nouvelle hémorragie digestive, tout comme 6,4 % de ceux qui avaient pris l'AINS avec l'inhibiteur de la pompe à protons. Les résultats des deux traitements sont ainsi semblables.

« Le mérite de l'étude du D^r Chan est d'avoir comparé un coxib à un AINS associé avec un IPP chez des patients très exposés aux complications gastro-intestinales. En plus de leur antécédent d'hémorragie digestive, les sujets avaient d'autres facteurs de risque comme l'arthrite rhumatoïde, un âge avancé, et certains, des problèmes de santé tels que l'insuffisance rénale », précise le D^r Bessette.

Puisque le célécoxib et l'AINS additionné d'un gastroprotecteur donnent le même taux d'hémorragies digestives, lequel choisir ?

« Je préfère ne prescrire qu'un médicament plutôt que deux pour ne pas doubler les risques d'effets secondaires », analyse le rhumatologue.

Ce choix est également celui de l'économie.

Le prix de la dose maximale de célécoxib, qui est de 200 mg deux fois par jour (environ 3,50 \$), est inférieur au coût d'une dose quotidienne d'oméprazole (quelque 3 \$) et de deux doses par jour de diclofénac (à peu près 2 \$). La différence monétaire est encore plus marquée pour le traitement de l'arthrose, où la majorité des patients recourent à une seule dose de 200 mg de célécoxib quotidiennement.

Un coxib seul peut, par ailleurs, être employé pour soulager les patients, selon le programme CURATA. Il recommande de le préférer aux AINS traditionnels pour les malades qui présentent des facteurs de risque de

perforations, d'ulcères ou de saignements. Toutefois, si le patient a déjà eu ces problèmes ou prend un anticoagulant, il est plus sûr de lui prescrire aussi un gastroprotecteur. ❧

Fibrillation auriculaire **la réduction** **de la fréquence ventriculaire**

Le meilleur traitement de la fibrillation auriculaire ne serait pas toujours la régulation

1. Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 1825-33.

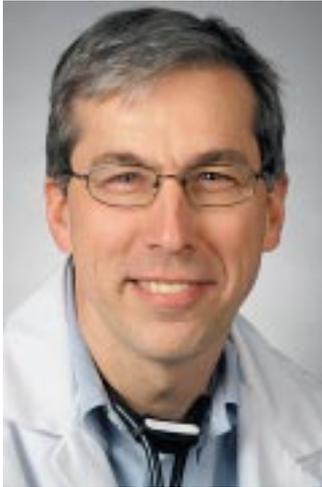
du rythme sinusal. La solution la plus intéressante pour bien des patients ? La simple réduction de la fréquence ventriculaire. Cette méthode, qui serait au moins aussi efficace que les traitements anti-arythmiques, offrirait certains avantages comme une diminution des effets secondaires dus aux médicaments.

Récemment, deux équipes de recherche se sont penchées sur la question. Aux États-Unis, des scientifiques ont démontré que le ralentissement de la fréquence ventriculaire non seulement ne causait pas plus de décès que la maîtrise du rythme sinusal, mais permettait en outre de réduire le taux d'hospitalisations et de réactions dues aux médicaments¹. Aux Pays-Bas, des médecins dont l'étude était plus

Suite page 119 >>>

◀◀◀ Suite de la page 29

Photo : Jean Leclerc, Institut de cardiologie de Montréal.



Le D^r Mario Talajic.

modeste ont obtenu des résultats similaires².

« La méthode qui consiste à maîtriser l'arythmie sans l'éliminer, uniquement en réduisant la fréquence ventriculaire, est beaucoup plus simple pour le patient et pour le médecin », juge le D^r Mario Talajic, directeur du département de médecine et de cardiologie de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Le spécialiste n'est pas étonné de la découverte des investigateurs américains et néerlandais, dont les résultats sont publiés dans le *New England Journal of Medicine*. Les traitements anti-arythmiques actuels – chocs électriques et médicaments – présentent d'importants inconvénients et parviennent mal à maîtriser la fibrillation.

Tous les patients souffrant de

fibrillation auriculaire doivent-ils alors être traités par la diminution de la fréquence ventriculaire ?
« Une grande partie d'entre eux, mais pas tous, précise le cardiologue électrophysiologiste. Le sujet idéal est celui qui présente une arythmie légère qui le dérange peu. C'est

souvent le cas des patients âgés. On leur prescrit une anticoagulothérapie et on s'assure que leur fréquence ventriculaire est bien maîtrisée. Par contre, lorsque les malades sont très importunés par leur fibrillation, mieux vaut tenter de rétablir le rythme sinusal. Pour

2. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 1834-40.

certain patients jeunes et symptomatiques, il s'agit du traitement de choix. »

Objectif : moins de 80 battements par minute

L'équipe de chercheurs américains a suivi 4060 patients âgés souffrant de fibrillation auriculaire. Quelque 70 % avaient des antécédents d'hypertension, et 38 % une maladie coronarienne. Un premier groupe a reçu des anti-arythmiques et, lorsque cela s'avérait nécessaire, une cardioversion pour rétablir le rythme sinusal. Le second groupe a pris des médicaments pour ralentir la fréquence ventriculaire : bêta-bloquants, antagonistes des canaux calciques, digoxine, ou une association de ces molécules. L'objectif était d'obtenir un rythme cardiaque qui ne dépasse pas 80 battements par minute au repos et 110 pendant six minutes de marche. Les patients des deux groupes ont également reçu des anticoagulants par voie orale.

Au bout de cinq ans, le taux de mortalité s'élevait à 23,8 % chez les patients dont le traitement ciblait le rythme sinusal, et à 21,3 % chez ceux où il visait la fréquence ventriculaire. La différence atteint 15 %, mais n'est pas significative.

C'est sur le terrain des effets secondaires que tout se joue. Un plus grand nombre de sujets dans le groupe traité avec des anti-arythmiques ont été hospitalisés (80,1 % vs 73 %). Ils ont également subi plus d'effets secondaires liés à la prise de médicaments. Conclusion des investigateurs : « La maîtrise de la fréquence ventriculaire doit être considérée comme la première approche thérapeutique et le contrôle du rythme sinusal, quand il est employé, peut être abandonné rapidement s'il n'est pas totalement satisfaisant. »

Des résultats similaires

Le second essai clinique a été mené par des investigateurs néerlandais dirigés par la D^{re} Isabelle Van Gelder. L'équipe a traité 522 patients dont la fibrillation ventriculaire persistait après une cardioversion. Un premier

groupe a reçu des médicaments destinés à ralentir la fréquence ventriculaire. Le second a subi une série de cardioversions et pris des anti-arythmiques. Tous les patients ont également reçu des anticoagulants par voie orale.

Les résultats ? La différence entre les deux groupes, après un suivi moyen de 2,3 ans, n'est pas significative. Ainsi, 17,2 % des patients dont la fréquence cardiaque devait être ralentie et 22,6 % des sujets traités avec des anti-arythmiques ou sont morts à cause d'un problème cardiovasculaire, ou bien ont souffert de défaillance cardiaque, de complications thrombo-emboliques, de saignements, ou encore ont reçu un cardiostimulateur ou ont eu des effets secondaires graves à cause des médicaments.

L'anticoagulothérapie à vie

L'importance de l'anticoagulothérapie ressort dans l'étude américaine, dont les sujets étaient particulièrement exposés aux accidents vasculaires cérébraux (AVC). La majorité de ces problèmes sont survenus après l'arrêt de la prise de warfarine ou lorsque le rapport international normalisé (RIN) était sous-thérapeutique, et ce, quel que soit le traitement que recevait le patient contre la fibrillation. Ainsi, 80 sujets ont été frappés par un AVC ischémique dans le groupe dont le rythme sinusal était régularisé ; ce nombre était de 77 dans celui où la fréquence ventriculaire était ralentie.

Le traitement anti-arythmique peut, en particulier, donner un faux sentiment de sécurité, met en garde le D^r Talajic. « On peut penser qu'il n'est plus nécessaire de donner une anticoagulothérapie quand le patient ne présente plus de fibrillation. C'est une erreur. Parce que le malade peut avoir une fibrillation asymptomatique qui n'est pas détectée par le médecin. Le danger d'AVC demeure alors élevé. »

Dans l'avenir, la fibrillation pourrait peut-être être complètement éliminée. Le ralentissement de la fréquence cardiaque ne restera ainsi pas toujours le meilleur traitement. Il pourrait être détrôné par de nouveaux anti-arythmiques plus

performants ou des interventions électrophysiologiques comme l'ablation des foyers responsables de la fibrillation dans les veines pulmonaires. Un programme permettant d'effectuer de telles opérations existe d'ailleurs à l'Institut de cardiologie de Montréal, mais est surtout restreint aux jeunes patients dont l'arythmie est symptomatique et réfractaire aux médicaments. ☞

Mises en garde

Complications hépatiques et Accolate

La nouvelle monographie d'Accolate®, un agent indiqué pour le traitement prophylactique et à long terme de l'asthme, recommande dorénavant aux médecins d'interrompre la thérapie dès l'apparition de signes ou de symptômes de dysfonctionnement hépatique. Les cliniciens ne doivent pas attendre les résultats de tests de confirmation pour y mettre fin.

Les rapports de pharmacovigilance ont signalé que des hépatites symptomatiques ne pouvant être imputées à d'autres causes étaient apparues chez des patients – surtout des femmes – ayant pris la dose recommandée de 40 mg par jour. Quelques rares cas d'hyperbilirubinémie ont également été observés, sans toutefois que les autres résultats des tests de la fonction hépatique soient anormaux. Chez la plupart des patients, les symptômes ont régressé après l'arrêt du traitement et les taux d'enzymes hépatiques sont revenus à la normale. Mais dans quelques rares cas, le patient a été atteint d'insuffisance rénale.

Pour tenir compte de ces données, AstraZeneca a modifié, entre autres, une section de la rubrique « Mises en garde/Effets hépatiques » de la monographie d'Accolate. On peut maintenant y lire :

« Si l'on soupçonne une dysfonction hépatique en raison de symptômes et ou de signes cliniques (p. ex. douleur au quadrant supérieur droit de l'abdomen [hypertrophie du foie], nausées, fatigue, léthargie, prurit, ictère, symptômes pseudo-grippaux et

Communiqués de presse et autres documents

- Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables – 8 janvier 2003
- **Bulletin spécial** – Le Conseil de la FMOQ ratifie le projet de prolongation de l'Entente – 18 décembre 2002
- Les médecins omnipraticiens entérinent le projet de prolongation de l'entente et saluent le retrait de la loi spéciale 114 – 14 décembre 2002
- La Fédération des médecins omnipraticiens exige du gouvernement qu'il renonce clairement à la loi spéciale 114 – 11 décembre 2002
- Mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi n° 142 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins* – 4 décembre 2002
- La Fédération des médecins omnipraticiens propose des modifications substantielles au projet de loi 142 – 4 décembre 2002
- Les médecins omnipraticiens sont satisfaits des priorités retenues par le ministre de la Santé et des Services sociaux mais demeurent sceptiques quant à leur mise en application – 19 novembre 2002
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec conclut une entente de partenariat entre les médecins des salles d'urgence des hôpitaux de Shawinigan et Pierre-Boucher – 14 novembre 2002
- Les médecins omnipraticiens réitèrent leur appui aux médecins spécialistes du Québec à l'occasion de leur journée d'étude – 13 novembre 2002
- **Bulletin spécial** – État de la situation – 11 novembre 2002
- Les médecins omnipraticiens étudieront les modifications législatives déposées par le ministre Legault et souhaitent la tenue d'une commission parlementaire – 8 novembre 2002
- **Bulletin spécial** – Un projet de prolongation de l'entente jusqu'en avril 2003 ! – 5 novembre 2002

anorexie), il faut interrompre le traitement avec Accolate. Il faut procéder immédiatement à des tests hépatiques, en particulier l'ALT sérique, et traiter le patient en conséquence. Si les tests hépatiques révèlent une dysfonction hépatique, il ne faut pas recommencer le traitement avec Accolate. Si le traitement avec Accolate est interrompu en raison d'une hépatotoxicité qui ne peut être imputée à une autre cause, le patient en question ne doit pas être exposé à nouveau à ce médicament. Accolate n'est pas recommandé chez les patients atteints de troubles hépatiques, dont la cirrhose. » ❧

Kineret et Enbrel : une mauvaise association

Un avis d'Amgen avertit que l'ajout de son médicament, le Kineret® (anakinra), à un traitement avec l'Enbrel^{MC} (étanercept), une autre molécule destinée à réduire les signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde, n'apporte aucun avantage thérapeutique. Au contraire, l'incidence d'infections graves serait plus élevée chez les patients recourant à cette bithérapie que chez ceux qui ne prennent que de l'étaanercept.

Un essai clinique de 24 semaines réalisé aux États-Unis a comparé l'efficacité et l'innocuité de l'étaanercept utilisé seul et en association avec le Kineret chez 242 sujets. Dans le groupe recevant le double traitement, l'incidence des infections graves s'est élevée à 7 %, alors qu'elle était de zéro dans celui qui ne prenait que de l'étaanercept. Ce taux serait par ailleurs de 1,8 % chez les sujets traités uniquement avec le Kineret, selon d'autres études.

Même avant la divulgation de ces données, la monographie du Kineret indiquait dans sa section « Mises en garde » qu'on ne doit associer l'anakinra à un agent inhibant le facteur de nécrose tumorale (*TNF*) comme l'étaanercept qu'avec une extrême prudence, et uniquement quand il n'existe pas d'autre solution satisfaisante. ❧

Maladie pulmonaire obstructive chronique

tiotropium : une bronchodilatation pendant 24 heures

Santé Canada vient d'approuver l'utilisation d'un nouveau médicament pour le traitement d'entretien du bronchospasme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : le tiotropium (Spiriva[®]). Sa nouveauté réside dans sa longue durée d'action. Grâce à une dose unique quotidienne, il permet de maintenir une bronchodilatation pendant 24 heures.

« Le Spiriva est issu de la même molécule souche que l'Atrovent®, déjà largement utilisé, explique le **D^r Ronald Olivenstein**, pneumologue au Centre universitaire de santé McGill. Mais alors que l'Atrovent a une durée d'action de cinq à six heures – ce qui nécessite quatre prises de médicament par jour – une dose de Spiriva suffit à assurer 24 heures de traitement. »

L'autre avantage important de ce médicament est la dose unique quotidienne : « Non seulement la dose unique est de nature à entraîner une meilleure observance du traitement, poursuit le pneumologue, mais elle donne également au médicament une efficacité d'action plus grande que s'il était administré en doses multiples. » En effet, chaque dose d'Atrovent produit, durant les six heures de son action, un « pic » qui est toujours précédé d'une montée et suivi d'une descente. Donc, quatre fois par jour, le patient subit ces fluctuations. « Le pic d'action maximal du Spiriva est certes un peu plus long à atteindre, c'est-à-dire cinq ou six heures après la prise du médicament, mais cette action demeure constante par la suite, ce qui est plus « confortable » pour le patient. »

Peu d'effets secondaires

Bronchodilatateur de la famille des

anticholinergiques, le tiotropium agit en inhibant spécifiquement les récepteurs muscariniques M₃, dont l'activation est responsable de la constriction des voies aériennes. Il vient s'inscrire aux côtés d'une autre classe de médicaments, les agonistes des récepteurs B₂, des bronchodilatateurs utilisés également dans le traitement de la MPOC, mais ayant un mode d'action différent.

Le Spiriva se présente sous forme de capsules de poudre sèche qui doit être absorbée par inhalation à l'aide d'un dispositif spécialement conçu à cette fin. Un peu plus compliqué à manier qu'une pompe – sans être pour autant difficile –, ce dispositif doit faire l'objet d'une petite démonstration simple avant d'être utilisé par le patient.

Deux études d'évaluation à un an – l'une par rapport à un placebo et l'autre par rapport à un autre médicament, l'ipratropium – ont démontré que le tiotropium améliorait de façon significative la bronchodilatation. Il a notamment permis un rehaussement de la fonction pulmonaire (volume expiratoire maximal seconde) ainsi qu'une diminution de 24 % du taux des exacerbations. Ce que confirme le D^r Olivenstein, qui a également participé à des études cliniques sur le médicament à l'Institut thoracique de Montréal.

« Les médicaments anticholinergiques demeurent les bronchodilatateurs de premier choix dans le traitement des MPOC, poursuit le médecin spécialiste. Le Spiriva, avec ses qualités additionnelles de durée, vient renforcer cette stratégie. »

Au chapitre des effets secondaires, on ne note que la sécheresse de la bouche, « qui n'est cependant pas plus importante que celle que provoque l'Atrovent », indique le D^r Olivenstein. On ne remarque pas non plus d'effets systémiques du médicament. Le tiotropium a une sélectivité bronchique lorsqu'il est administré par inhalation et possède une marge thérapeutique acceptable.

« À mon sens, le Spiriva devrait tôt ou tard remplacer l'Atrovent, indique le pneumologue. Il faudra cependant attendre encore que d'autres

études viennent s'ajouter. Par ailleurs, il ne serait pas étonnant de voir apparaître un jour une nouvelle stratégie de traitement qui utilisera, en association, les deux classes de bronchodilatateurs à longue durée d'action – les anticholinergiques et les agonistes des récepteurs B₂. »

Le Spiriva est vendu 77,27 \$ pour 30 capsules (18 mg), ce qui représente un mois de traitement. Beaucoup plus dispendieux que l'Atrovent, le Spiriva n'est pas encore couvert par le Régime d'assurance médicaments du Québec. ❧

Santé cardiovasculaire

la marche aussi bonne que les exercices plus vigoureux

Ceux qui croyaient que la marche n'était pas aussi bénéfique pour la santé cardiovasculaire que l'exercice intense ont tort. Chez les femmes ménopausées, ces deux formes d'activité physique permettent de faire chuter le taux de troubles cardiovasculaires. À l'opposé, la station assise prolongée accroît ce risque.

Ces conclusions d'une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* vont dans le même sens que les recommandations des Centers for Disease Control and Prevention et d'autres organismes médicaux américains : pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, si possible tous les jours¹. Par contre, les anciennes lignes directrices conseillaient de s'adonner à un exercice d'endurance vigoureux pendant au moins 20 minutes trois fois par semaine ou plus.

La D^{re} JoAnn Manson, du Brigham and Women's Hospital, et ses collaborateurs ont examiné prospectivement les données des 73 743 femmes ménopausées de la Women's Health Initiative Observational Study¹. Cette recherche a été conçue pour déterminer les

1. Manson JE, Greenland P, Lacroix AZ, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 716-25.

principales causes de maladies et de décès chez les femmes ménopausées. Les participantes, âgées de 50 à 79 ans, n'avaient initialement aucune maladie cardiovasculaire ni aucun cancer. Elles ont passé un bilan de santé de base et rempli des formulaires détaillés sur leurs activités physiques. L'apparition d'un problème cardiovasculaire a été repérée grâce à un questionnaire envoyé annuellement, et confirmée par l'examen du dossier médical.

Les chercheurs ont découvert que les femmes qui marchaient ou pratiquaient un exercice intense pendant au moins 2,5 heures par semaine réduisaient l'éventualité d'une maladie cardiovasculaire de quelque 30 %. Plus les participantes dépensaient d'énergie à faire un exercice vigoureux ou à marcher, plus le risque diminuait.

La meilleure formule ? Faire à la fois de la marche et un exercice vigoureux. Le risque relatif de maladie cardiovasculaire des participantes qui s'adonnaient aux deux était le plus bas : jusqu'à 0,37 pour les plus actives dans les deux catégories à la fois.

Marcher d'un bon pas

Dans la marche, le rythme était important. Par rapport au fait de marcher peu ou pas,

- une promenade à une vitesse de 3,2 à 4,8 km/h réduisait le risque de troubles cardiovasculaires de 14 % ;
- la marche à un rythme de 4,8 à 6,4 km/h procurait une diminution de 24 % ;
- une allure de plus de 6,4 km/h abaissait le risque de 42 %.

Le score de l'activité physique totale avait une relation inverse forte et graduée avec à la fois le risque d'apparition de troubles coronariens et le total des problèmes cardiovasculaires.

Par contre, les femmes inactives, longtemps assises ou couchées, étaient davantage exposées aux troubles cardiovasculaires. Le risque relatif était de 1,38 chez les participantes qui passaient de 12 à 15 heures étendues ou endormies, et de 1,68 chez celles qui restaient assises au moins 16 heures par jour par rapport à celles qui passaient quotidiennement moins de quatre

heures dans cette position.

La réduction du risque de troubles cardiovasculaires grâce à la marche ou à un exercice énergique était similaire chez les Blanches et les Noires, chez les participantes minces et les femmes obèses, et dans les différents groupes d'âge. Les analyses des chercheurs tenaient compte de nombreux facteurs de confusion tels que l'âge, l'indice de masse corporelle, le fait de fumer, le rapport entre le tour de taille et le tour de hanche, la consommation d'alcool et l'emploi d'une hormonothérapie substitutive. ❧

Autisme

le vaccin RRO ne serait pas en cause

L'hypothèse d'un lien entre l'apparition de l'autisme et le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) vient d'être minée par un article publié dans le *New England Journal of Medicine*¹. Fort d'une étude populationnelle au Danemark, le D^r **Kreesten Madsen** et ses collaborateurs attaquent la nouvelle théorie.

Ainsi, les investigateurs ont découvert que le risque d'autisme était similaire chez les enfants vaccinés et non vaccinés. En outre, les chercheurs n'ont remarqué aucun regroupement temporel de cas d'autisme à quelque moment que ce soit après l'introduction de l'immunisation.

Et finalement, ils n'ont observé aucune association entre le vaccin RRO et l'autisme ou les autres troubles du développement du même spectre au cours de leur recherche.

L'étude de cohorte rétrospective que le D^r Madsen et ses collaborateurs ont réalisée portait sur tous les enfants nés au Danemark entre 1991 et 1998. Dans ce pays, chaque

1. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, et al. A population-based study on measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 1477-82.

nouveau-né a un numéro d'identification personnel qui permet de le relier à divers registres, dont celui du National Board of Health, qui peut indiquer s'il a eu le vaccin RRO.

Des 537 303 enfants de la cohorte, 440 655 avaient reçu le vaccin RRO. Le diagnostic de trouble autistique avait été posé chez 316 enfants, et celui de trouble du développement appartenant au même spectre chez 422. Après l'ajustement en fonction des facteurs de confusion potentiels, le risque relatif d'autisme dans le groupe d'enfants vaccinés était de 0,92 par rapport aux sujets non vaccinés (intervalle de confiance de 95 % : 0,68 à 1,24), et celui d'un autre trouble du même spectre de 0,83 (intervalle de confiance de 95 % : 0,65 à 1,07). « Il n'y avait pas d'association entre l'apparition d'un trouble autistique et l'âge au moment de la vaccination, le temps écoulé depuis l'immunisation ou la date de vaccination », expliquent les auteurs.

Plusieurs faits avaient laissé soupçonner un lien entre le vaccin RRO et l'autisme. En Californie, par exemple, l'emploi généralisé du vaccin aurait correspondu à une augmentation de l'incidence de l'autisme. On avait également signalé des cas d'enfants chez qui des signes de régression du développement et des symptômes gastro-intestinaux étaient apparus peu après l'administration du vaccin RRO. De plus, le virus de la rougeole a été retrouvé dans l'iléon terminal d'enfants ayant des troubles du développement et des symptômes gastro-intestinaux, mais pas chez des enfants au développement normal souffrant de problèmes gastro-intestinaux.

Soins aux aînés

nouvelle approche clinique : le modèle SIPA

par Luc Dupont

Que ceux qui craignent que le système de santé actuel ne s'affaisse sous le poids

grandissant des personnes âgées se rassurent : les chercheurs en soins gériatriques préparent déjà une audacieuse riposte, qui pourrait même aller jusqu'à modifier le rôle traditionnellement tenu par le médecin traitant.

Testé durant 22 mois dans deux CLSC de Montréal, un nouveau système, les Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), a en effet fourni des résultats intéressants :

- Une réduction de 50 % du nombre de personnes âgées hospitalisées qui attendent une place dans un milieu d'hébergement et occupent des lits de soins de courte durée ;
- Une réduction de 33 % du nombre de jours d'hospitalisation des personnes âgées souffrant d'incapacités moyennes et graves ;
- Une baisse de 10 % des séjours à l'urgence ;
- Une augmentation des services offerts à la collectivité, en particulier aux personnes âgées les plus vulnérables, mais sans accroissement des coûts.

Un tel modèle ne fait cependant pas de différence sur la santé des patients. L'évaluation, qui a été réalisée dans les CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville, comportait au total quelque 1200 personnes âgées en perte d'autonomie (600 : SIPA ; 600 : groupe témoin), dont la moyenne d'âge avoisinait les 82 ans. Chacune d'elle était atteinte d'une dizaine de maladies en moyenne, et devait consommer quotidiennement autant de médicaments.

Caractérisation du modèle SIPA

Le SIPA est une pratique interdisciplinaire avancée élaborée par le Groupe SOLIDAGE, un groupe de recherche de l'Université de Montréal et de l'Université McGill sur les services intégrés pour les personnes âgées. Au cœur de ce modèle : une équipe interdisciplinaire complète (médecin et gériatre consultant, infirmière, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, pharmacien, auxiliaire familiale) dont les interventions sont coordonnées par un gestionnaire de cas. Ancrée

Suite page 157 ►►►

Allaitement maternel guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes



Actuellement au Québec, environ 73 % des femmes optent pour l'allaitement maternel. Cette proportion a sensiblement augmenté depuis 1994, et les femmes semblent poursuivre la période d'allaitement de plus en plus longtemps. Cependant, ces chiffres demeurent moins élevés que les taux visés par les *Priorités nationales de santé publique*, soit 80 % au cours de leur passage à l'hôpital, 60 % après trois mois, et 30 % au sixième mois de la vie de l'enfant. Le guide pratique sur l'allaitement maternel s'inscrit dans l'objectif global de mieux soutenir les femmes qui choisissent d'allaiter, d'améliorer les services qui leur sont offerts et de promouvoir l'allaitement dans notre société.

Cette édition est une mise à jour du guide élaboré en 1995 par un comité formé de médecins, de spécialistes de la nutrition et de la lactation ainsi que d'infirmières, sous la direction de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Comme la version précédente, l'édition 2002 s'adresse à tout les intervenants de la santé en contact avec les femmes enceintes. Le guide vise à fournir de l'information juste et à jour sur l'allaitement maternel afin d'uniformiser les conseils donnés aux parents en matière d'allaitement.

Le contenu de cette nouvelle version tient compte des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, mars 2001), qui recommande de poursuivre l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois. L'allaitement prolongé s'avère bénéfique tant pour la croissance de l'enfant, pour son développement moteur, gastro-intestinal et immunologique que pour la santé de la mère.

Le document traite des différents aspects de l'allaitement maternel, la plupart correspondant aux questions soulevées par les parents : la mise en route de l'allaitement, l'expression du lait et le sevrage. Certains aspects s'adressent particulièrement au personnel de soins : anatomie et physiologie de la lactation, interventions favorisant l'instauration et la poursuite de l'allaitement maternel.

Le document comporte plusieurs photos illustrant les positions d'allaitement et divers schémas qui clarifient les aspects techniques de l'allaitement afin de régler les problèmes que les parents rencontrent au cours de cette expérience. La dernière partie fait état de situations particulières chez le bébé, comme la présence d'une fissure labiopalatine ou les allergies. On y retrouve aussi des conseils à prodiguer aux femmes qui veulent tenter la relactation et même à celles qui souffrent d'hépatite B, d'infection par le VIH ou de cancer du sein. ☞

Direction de la santé publique de l'Estrie, Sherbrooke, 2002, 131 pages, 25,00 \$.

Un jour la santé

par Yanick Villedieu



Depuis 25 ans, les connaissances biomédicales et le développement des techniques scientifiques ont fait des bonds prodigieux, constate le journaliste Yanick Villedieu. En 1976, l'animateur de l'émission *Les Années lumière* à la radio de Radio-Canada publiait *Demain la santé*. Ce premier livre constituait une réflexion sur un système de santé en pleine expansion au Québec. Le regard que pose cette fois M. Villedieu dans *Un jour la santé* est tout aussi percutant.

Le livre fait d'abord le point sur la santé des Québécois. Une constatation générale : notre espérance de vie a fait un bond fulgurant, soit près de 30 ans en moins d'un siècle, mais notre bilan de santé collectif n'est pas reluisant. Même depuis la découverte des antibiotiques, les progrès des greffes d'organes et la mise au point de médicaments de plus en plus perfectionnés, nous constatons une hausse de l'asthme, des allergies, du diabète, de l'obésité, et surtout de la détresse psychologique, sans compter les inégalités persistantes en matière de santé entre riches et pauvres. Il y a 25 ans, le sida, la maladie d'Alzheimer et les maladies liées à la dégradation de l'environnement étaient presque inconnus. Ces nouvelles menaces du XXI^e siècle obligent notre système de santé déjà affligé à s'adapter.

La seconde partie de l'ouvrage traite des coûts du système de santé, notamment ceux des médicaments au Canada, pour lesquels on dépense plus depuis quelques années que pour les honoraires des médecins. L'auteur aborde aussi la question du coût des innovations technologiques ainsi que les avantages et les inconvénients de la privatisation.

Enfin, la troisième partie porte sur les priorités qui devraient être établies en santé. Entre 30 et 40 % des patients traités à l'urgence souffrent d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Selon Yanick Villedieu, une très forte proportion des visites en catastrophe à l'hôpital pourraient être évitées si on investissait davantage dans les soins de première ligne. La prévention devrait être la priorité pour la santé de demain, et elle concerne non seulement les médecins, mais aussi les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés, les infirmières, les pharmaciens et les psychologues.

L'hôpital, qui compte pour le tiers des investissements en santé au Canada, n'est pas le meilleur endroit pour résoudre tous les problèmes de santé en émergence. L'amélioration de la médecine à domicile, surtout pour les personnes fragiles ou en perte d'autonomie, désengorgerait notre système. L'auteur soutient que non seulement il est indispensable de mettre l'accent sur la dignité et le respect des patients, mais qu'il faudrait aussi placer l'éthique au cœur même du fonctionnement de notre système de soins afin de le « réhumaniser ». Et qu'au-delà des techniques qui nous font rêver de l'éternelle jeunesse, il faudrait retrouver le bon sens et la sagesse et accepter que la vie, c'est grandir, vieillir et mourir... ☞

Éditions du Boréal, Montréal, 2002, 320 pages, 29,95 \$.

◀◀◀ *Suite de la page 125*

dans la collectivité, cette équipe est responsable d'une population définie de personnes âgées. Elle est en relation étroite avec le médecin de famille et les services hospitaliers, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.

Clé du modèle, cette interdisciplinarité implique une concertation ainsi qu'un partage des connaissances et des interventions plutôt que des interventions purement parallèles dans chaque discipline. En favorisant l'utilisation optimale des ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles, un tel modèle permet notamment d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à domicile, et d'ainsi diminuer de façon notable le recours aux services hospitaliers, d'urgence et d'hébergement.

La place du médecin dans SIPA

Au début de l'expérience, le **D^r Serge Dumont**, médecin omnipraticien affecté durant tout le projet SIPA au CLSC Bordeaux-Cartierville, avait des doutes. « Comme ce n'est pas notre façon habituelle de pratiquer, je me demandais si c'était vraiment possible de travailler en interdisciplinarité », a-t-il expliqué au cours d'une journée d'échanges avec plus de 300 représentants du milieu de la santé venus discuter de cette formule.

Selon le modèle SIPA, le rôle du médecin omnipraticien affecté à l'équipe soignante est, entre autres, de travailler en équipe interdisciplinaire et en relation étroite avec un gestionnaire de cas,

ainsi que de partager l'information médicale avec les autres professionnels de l'équipe.

Le D^r Dumont a été très impressionné par certaines particularités de ce type de pratique, notamment par la facilité d'accès à des informations de qualité :

« Dans un cabinet privé, la pratique d'un omnipraticien auprès de personnes âgées très vulnérables est souvent difficile. Certaines arrivent sans rendez-vous le matin à 9 h, en marchette, ne parlent ni français ni anglais, n'ont pas apporté leurs pilules... Dans le cadre du SIPA, j'avais accès à un gestionnaire de cas qui me fournissait toutes les informations dont j'avais besoin. »

En plus, le D^r Dumont disposait du Dossier clinique informatisé (DCI) de chaque patient, partagé d'ailleurs par tous les intervenants de l'équipe. « On avait accès à tous les renseignements 24 heures sur 24 : système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), profil médicamenteux vérifié par un pharmacien (incluant la liste des produits naturels consommés par le patient) et données psychosociales. » Le DCI utilisé était celui qui est actuellement employé dans la région Mauricie-Bois-Francis.

Le médecin dit également avoir apprécié de partager la responsabilité clinique avec les intervenants. « C'est moi qui gardait la responsabilité du diagnostic, bien sûr, mais le gestionnaire de cas pouvait se charger du suivi d'un patient hospitalisé, par exemple. On gagne ainsi beaucoup de temps qu'on peut ensuite consacrer à d'autres patients. » Toutefois, si le modèle évoluait, il faudrait clarifier les rôles de chacun, estime-t-il.

On devrait également adapter le contexte légal à ce partage des responsabilités en soins interdisciplinaires.

Quelques bémols

L'alliance avec les médecins de la communauté aura cependant été difficile, a expliqué à la fin de l'atelier le D^r Dumont. Les raisons ?

« Les 600 personnes âgées inscrites au SIPA étaient en relation avec 250 médecins de cabinets privés, que nous n'avons pas pu tous rencontrer pour expliquer le modèle », dit-il.

Un forfait de 400 \$ par patient par année avait d'ailleurs été offert à chaque clinicien pour qu'il réponde aux exigences du modèle, qui prévoit un échange d'informations et une participation aux rencontres interdisciplinaires.

Mais cet incitatif pécuniaire, conjugué à la perte financière potentielle des médecins rémunérés à l'acte, s'est avéré insuffisant pour obtenir une bonne participation.

« Cependant, les médecins qui ont participé et qui ont pu bénéficier de tous les services SIPA (DCI, consultation rapide, coresponsabilité) ont beaucoup apprécié l'expérience », dit-il.

L'essai du SIPA s'est terminé en mars 2002. Les résultats de l'évaluation précités, rendus publics en septembre, ont été transmis au bureau de la Régie régionale de Montréal-Centre, dirigée par le **D^r David Levine**, qui doit maintenant étudier l'ensemble du dossier.

Pour plus d'informations, on peut notamment consulter les protocoles cliniques interdisciplinaires utilisés au cours de l'expérience à l'adresse suivante : www.santemontreal.qc.ca/documentation. ☞

Activité physique et personnes âgées

**encouragez-les :
ils n'en mourront pas !**

par Luc Dupont

Echographies

Une personne âgée active peut repousser autant que de 10 à 20 ans le moment critique où elle perdra son autonomie. Comment ? En maintenant élevée, par une activité physique appropriée, sa consommation maximale d'oxygène. De même, sur le plan de la force musculaire des membres inférieurs, une personne active de 80 ans se compare avantageusement à une personne inactive de 20 ans. Il a été démontré que la force musculaire des membres inférieurs diminue très peu chez les personnes âgées qui demeurent actives, alors qu'elle plonge radicalement, et ce, à partir d'un très jeune âge, chez les personnes inactives.

Ces éléments, ainsi que de nombreux autres, figurent au chapitre des recommandations d'un rapport scientifique rendu public cet été par l'organisme gouvernemental en charge de la promotion d'un mode de vie actif, Kino-Québec. Intitulé *L'activité physique : Déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, l'intéressant petit ouvrage de 60 pages rassemble, à l'intention des intervenants du domaine de la santé, un ensemble de connaissances

161

Suite page 164 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 161*

scientifiques de pointe qui justifient d'encourager les aînés à faire régulièrement de l'exercice. Le document aborde avec force détails des thèmes comme le vieillissement et la capacité fonctionnelle, les conditions de mise en activité des personnes âgées, la possibilité de s'entraîner à un âge avancé, la sécurité, etc.

Activités physiques et médicaments

Du point de vue médical, d'intéressantes pages sont consacrées aux effets de l'activité physique sur le traitement pharmacologique. Ainsi, l'action de certains médicaments peut, à l'effort, être modifiée sur les plans pharmacocinétique et pharmacodynamique. Un tableau intitulé « Types de médicaments associés à une forte possibilité d'interaction nuisible avec l'activité physique » rassemble des recommandations utiles par grandes familles de médicaments :

Par exemple, pour les anticholinergiques, les hypnotiques et les antihistaminiques de l'ancienne génération – qui ont tous pour effet au repos ou à l'effort de diminuer la sudation et d'augmenter la température interne –, on recommande à la personne âgée qui pratique des activités physiques de boire davantage, de diminuer de 25 % la durée et l'intensité des exercices et d'éviter de s'y adonner par temps chaud et humide.

Des recommandations de ce genre sont également formulées à l'égard des antidépresseurs et des anxiolytiques, des antiarythmiques et des bêta-bloquants ainsi que de l'insuline et des agents antihyperglycémifiants oraux.

Peurs et insécurités

Le chapitre portant sur les conditions de

Suite page 168 ▶▶▶

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ABBOTT

Mavik..... 90-91 160-161

ASTRAZENECA CANADA INC.

Deslipidémie couv. III
Nexium 70-71 152-153

AVENTIS PHARMA INC.

Altace 95 146-147
Amaryl..... 93 165-167

BERLEX CANADA INC.

Triquilar 84..... 116

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE

Micardis 50..... 98
Spiriva 25 140-141

BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.

Tequin..... 6 162-164

BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC. / SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.

Avapro..... 21 144-145

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ..... 168

JOHNSON & JOHNSON INC.

InDuo..... 32
OneTouch Ultra 74

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 57

McNEIL

Motrin pour enfants... 28-29..... 100

MERCK FROSST CANADA & CIE

Singulair couv. IV 158-159

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Esta 38 128-131
Zelnorm 12-13 14-15

OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS

..... 119

ORGANON CANADA LTÉE

Andriol..... 73..... 103
Remeron..... 8 148-149

PFIZER CANADA INC.

Accupril 37 142-143
Aricept..... 58..... 132
Lipitor 17 138-139
Norvasc couv. II..... 127

PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA

Bextra 22-23 154-155

PURDUE PHARMA

Hydromorph Contin..... 49 150-151

SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc..... 30-31..... 104
Teveten..... 18 136-137

WYETH-AYERST CANADA INC.

Alesse 82-83 156-157
Effexor (anxiété)..... 4 133-135
Effexor (dépression)..... 26

◀◀◀ *Suite de la page 164*

« mise en activité » des personnes âgées désarme au passage certaines peurs ou insécurités tenaces qu'éprouvent les aînés envers l'activité physique. Par exemple, contrairement aux idées reçues, la pratique d'activités physiques n'augmente pas le risque de chute. Il arrive certes que les personnes âgées tombent lorsqu'elles font de l'exercice, mais la recherche montre que les courtes périodes où ce risque augmente sont largement compensées par la réduction de ce risque le reste du temps !

De même, il n'y a pas lieu de craindre la mort subite s'il n'y a pas de contre-indication majeure à l'activité physique. Dans la presque totalité des cas de mort subite pendant un effort (à l'exclusion de l'hyperthermie ou de l'hypothermie), le décès a été provoqué par une maladie chronique (par exemple l'athérosclérose).

Avec ses tableaux bien détaillés, sa bibliographie riche de quelque 125 sources (avec une adresse de site Web à la clé pour certaines d'entre elles), ce document constitue pour l'intervenant en santé un précieux petit argumentaire en faveur de la poursuite des activités physiques à un âge avancé.

On peut consulter l'ouvrage rapidement dans Internet à l'adresse suivante : www.kino-quebec.qc.ca, ou en appelant Kino-Québec : (418) 646-6555. ☎