

par *Emmanuèle Garnier*

### Exacerbation de l'asthme inutile de doubler la dose de stéroïdes en aérosol ?

Les pneumologues se trouvent devant un étrange vide. Une étude britannique vient de démontrer qu'une double dose de corticostéroïdes en aérosol au cours d'une exacerbation asthmatique n'est pas plus efficace que l'ajout d'un placebo à une dose normale<sup>1</sup>. Ainsi, dans le groupe témoin, 12 % des sujets ont dû recourir à de la prednisone quand ils ont eu une exacerbation de l'asthme, contre 11 % dans le groupe expérimental.

Faut-il renoncer à doubler la quantité de corticostéroïdes ? Doit-on, au contraire, tripler la dose ? Ou même la quadrupler ? Aucune étude ne répond pour l'instant à ces questions.

« On ne peut conseiller pour l'instant de changer la façon de traiter les exacerbations asthmatiques.

1. Harrison TW, Osborne J, Newton S et coll. Doubling the dose of inhaled corticosteroid to prevent asthma exacerbations: randomised controlled trial. *Lancet* 2004 ; 363 : 271-5.

#### ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Exacerbation de l'asthme</i>	
<i>inutile de doubler la dose de stéroïdes en aérosol ?</i> .....	21
<i>Hypertension et inflammation</i>	
<i>révélations sur la protéine C réactive</i> .....	25
<i>Tests prénatals</i>	
<i>l'amniocentèse pour toutes les femmes enceintes ?</i> .....	26
<i>Timbres contraceptifs</i>	
<i>comme une lettre à la poste !</i> .....	27
<i>Mises en garde</i>	
<i>Pas de Tamiflu pour les enfants de moins d'un an</i> .....	28
<i>Ritonavir et fluticasone : une association à éviter</i> .....	28
<i>Antidépresseurs et jeunes</i> .....	172
<i>Bibliographies</i>	
<i>Manuel de médecine palliative</i> .....	127
<i>Adolescentes et mères</i> .....	127
<i>Enjeux psychosociaux de la santé</i> .....	180
<i>Discipline chez l'enfant</i>	
<i>le médecin doit s'y intéresser</i> .....	172

Cependant, si l'on n'obtient pas de résultat en doublant la dose de corticostéroïdes en inhalation, il faut au moins la quadrupler. Et si cette mesure ne fonctionne pas, on doit recourir à la prednisone », explique le **D<sup>r</sup> André Cartier**, chef du Service de pneumologie à l'Hôpital du Sacré-Cœur, de Montréal.

Pneumologue à l'Hôpital Laval, le **D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet** est du même avis. « On va maintenant demander aux patients d'augmenter leur dose de corticostéroïdes beaucoup plus rapidement lorsqu'ils ont une exacerbation et de consulter plus tôt. Mais, déjà, dans notre centre, quand l'asthme ne s'améliore pas une douzaine d'heures après avoir doublé la dose, nous recommandons de la quadrupler. »

Les données britanniques, publiées dans le *Lancet*, n'ont pas totalement surpris les deux pneumologues<sup>1</sup>. Tous deux avaient participé à l'étude pancanadienne du **D<sup>r</sup> Mark FitzGerald**, de Vancouver, dont les résultats étaient similaires. Ces données n'ont cependant pas encore été publiées.

#### Des effets semblables au placebo

L'étude choc du *Lancet* a été réalisée par des chercheurs de Nottingham, le **D<sup>r</sup> T Harrison** et ses



Photo : Jean-Pierre Boudreau

D<sup>r</sup> André Cartier



D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet

collaborateurs. Ils ont recruté 390 asthmatiques susceptibles de connaître une exacerbation de leur maladie. Pendant un an, chaque matin, les sujets mesuraient leur débit expiratoire de pointe (DEP) et notaient leurs symptômes d'asthme. Quand une exacerbation se profilait, les participants prenaient pendant 14 jours, en plus de leur traitement habituel de corticostéroïdes en aérosol, un second inhalateur contenant soit des stéroïdes pour doubler leur dose initiale, soit un placebo. Les patients recevaient un traitement par la prednisone si leurs symptômes s'aggravaient davantage ou si leurs DEP chutaient de plus de 40 %.

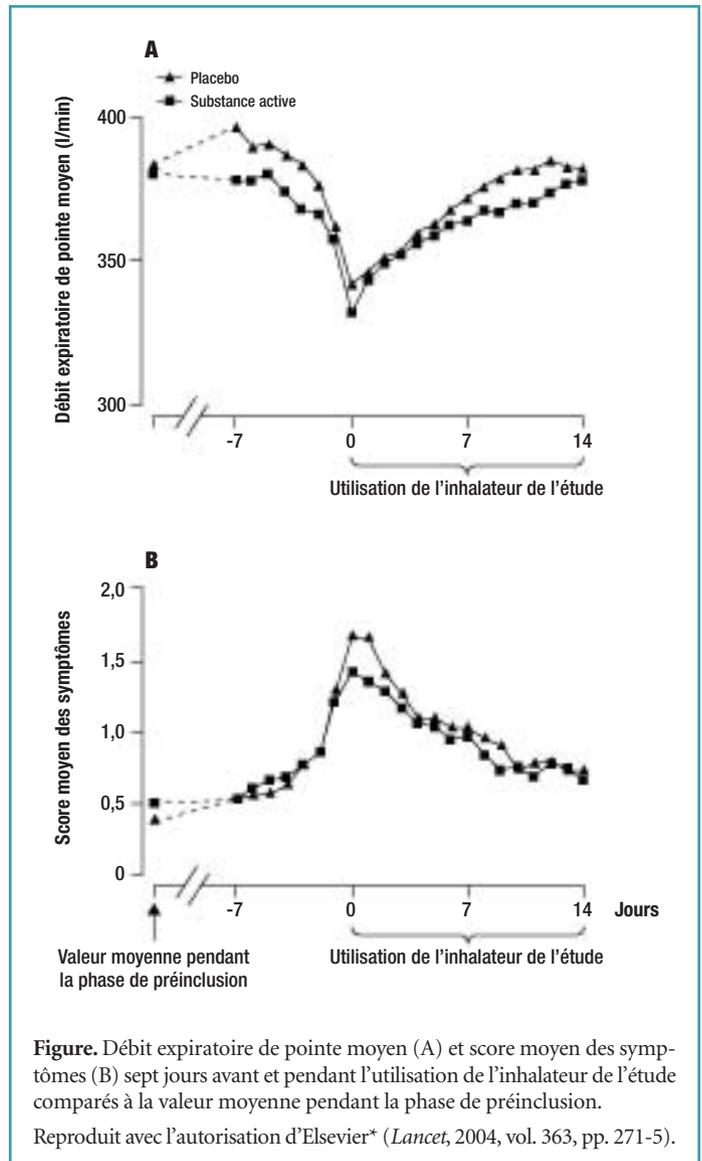
Au cours de l'essai clinique, 207 des 390 sujets ont recouru au second inhalateur et 46 ont dû commencer à prendre de la prednisone, premier critère d'évaluation de l'étude. Dans le groupe des 192 patients ayant reçu un inhalateur contenant des stéroïdes, 11 % ont dû recourir au traitement par voie orale, alors que dans celui des 198 sujets témoins 12 % en ont eu besoin.

Le fait de doubler la dose de corticostéroïdes en aérosol n'a, par ailleurs, pas réduit le temps nécessaire pour normaliser le débit expiratoire de pointe ou pour maîtriser les symptômes. La double dose n'a pas non plus eu d'effet sur l'amélioration du score de symptômes, sur le plus bas débit expiratoire noté ou sur le plus haut score des symptômes enregistré.

### Changer les lignes directrices

Les données britanniques sont troublantes sur plus d'un plan. « Environ 80 % des patients qui ont subi des exacerbations n'ont pas eu besoin de prednisone. Chez plusieurs sujets, elles se sont résorbées sans traitement », constate le D<sup>r</sup> Cartier, perplexe. « Actuellement, on ignore quels patients auront besoin de prendre des stéroïdes par voie orale. L'étude n'indique cependant pas clairement quel genre d'exacerbation entraînait la prise de prednisone. On sait seulement que les patients commençaient ce traitement quand leur DEP chutait de 40 %, un paramètre qui n'est pas couramment mesuré. »

Comment dorénavant traiter les patients asthmatiques ? « Il faudrait changer les lignes directrices, estime le pneumologue, également professeur de clinique à l'Université de Montréal. Est-ce que quadrupler la dose



**Figure.** Débit expiratoire de pointe moyen (A) et score moyen des symptômes (B) sept jours avant et pendant l'utilisation de l'inhalateur de l'étude comparés à la valeur moyenne pendant la phase de préinclusion.

Reproduit avec l'autorisation d'Elsevier\* (*Lancet*, 2004, vol. 363, pp. 271-5).

de corticostéroïdes en inhalation fonctionnerait ? Certaines études semblent l'indiquer. Il faut cependant que des essais cliniques comparent la prise d'une quadruple dose à celle d'un placebo. »

Devant les nouvelles données, un plan d'action écrit pour le patient devient particulièrement important, pense de son côté le D<sup>r</sup> Boulet. « Moins de 20 % des médecins en font un. Le patient est donc souvent laissé à lui-même. Il ne faut pas se contenter de lui dire de doubler sa dose de stéroïdes si son asthme

\*La traduction a été faite avec l'autorisation d'Elsevier qui ne l'a cependant pas revue.

s'aggrave. Il faut s'assurer, après avoir analysé ses exacerbations antérieures, qu'il augmentera rapidement et de façon adéquate sa quantité de stéroïdes en aérosol et, qu'au besoin, il prendra de la prednisone ou nous consultera. » ❧

## Hypertension et inflammation

### révélation sur la protéine C réactive

L'hypertension serait-elle une maladie inflammatoire ? Peut-être en partie. Des chercheurs ont découvert qu'un taux élevé de protéine C réactive serait lié à l'apparition future de l'hypertension. Leurs résultats sont publiés dans le *Journal of the American Medical Association*<sup>1</sup>.

Marqueur de l'inflammation généralisée, la protéine C réactive est déjà associée à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Certains la soupçonnaient, avec jusque-là peu de preuves, de jouer aussi un rôle dans l'apparition de l'hypertension.

#### Huit ans plus tard

Des chercheurs de Boston, dirigés par **M. Howard Sesso**, du Brigham and Women's Hospital, ont suivi la cohorte de 20 525 femmes de la Women's Health Study. Ces professionnelles de la santé, des américaines de 45 ans et plus, étaient initialement normotensives et n'avaient jamais souffert d'hypertension. Elles ont fourni un échantillon de sang au début de l'étude, puis ont été suivies pendant presque huit ans. Les chercheurs surveillaient l'apparition de l'hypertension par un questionnaire annuel qu'ils leur envoyaient.

Au cours de l'étude, 5365 femmes sont devenues hypertensives. Un lien s'est dessiné entre l'importance du taux de protéine C réactive et le risque d'apparition de l'hypertension. Chez les femmes dont la concentration était plus élevée, le risque relatif était de 1,52 par rapport à celles dont le taux était le plus bas,

une fois l'ajustement fait en fonction des facteurs de risque de maladies coronariennes.

La protéine C réactive a été associée de manière significative à une augmentation du risque d'apparition de l'hypertension dans tous les sous-groupes évalués, y compris chez les sujets dont la pression sanguine initiale était très basse et chez ceux qui ne présentaient pas les facteurs de risque coronariens habituels.

Quel rapport existe-t-il entre le taux de protéine C réactive et l'hypertension ? Les mécanismes en jeu ne sont pas encore très clairs. « Un haut taux de protéine C réactive peut accroître la pression sanguine en réduisant la production d'oxyde nitrique dans les cellules endothéliales, ce qui provoque une vasoconstriction et augmente la production d'endothéline 1 », expliquent les chercheurs dans l'une de leurs hypothèses

#### Applications pratiques

Les résultats de l'étude bostonienne pourraient avoir des applications pratiques. « Ces données sont intéressantes notamment dans les cas où il est difficile de poser un diagnostic d'hypertension. Ces zones grises, les hypertensions labiles, les syndromes de la blouse blanche ou encore les préhypertensions, sont relativement fréquentes, explique le **D<sup>r</sup> Jean-Pascal Ouellet**, directeur médical chez Q&T Recherche.

Plusieurs patients dont les résultats sont ambigus vont se révéler hypertendus par la suite. « Habituellement, le MAPA (monitorage ambulatoire de la pression artérielle) permet de déceler ces cas, mais pas toujours. La présence d'une élévation confirmée de la protéine C réactive pourrait indiquer qu'il est adéquat de traiter d'emblée ces patients, surtout s'ils présentent d'autres facteurs de risque », explique le médecin, qui est aussi clinicien.

Le dosage de la protéine C réactive permettrait également de repérer les patients qui ont besoin d'un suivi plus étroit. « Si un homme jeune, en bonne santé, a des antécédents familiaux d'hypertension et de troubles cardiaques ainsi qu'un taux de protéine C réactive élevé, je vais vérifier sa pression artérielle tous les ans. »

L'étude n'est cependant pas sans défaut, fait remarquer le D<sup>r</sup> Ouellet. « Le problème tient à la manière dont les nouveaux cas d'hypertension étaient recensés. » Les chercheurs se fondaient uniquement sur

1. Sesso HD, Buring JE, Rifai N et coll. C-Reactive protein and the risk of developing hypertension. *JAMA* 2003 ; 290 : 2945-51.

les réponses des participantes. Au cours des années, elles devaient indiquer sur le questionnaire si un médecin avait posé un diagnostic d'hypertension à leur endroit, si elles avaient commencé un nouveau traitement antihypertenseur, si leur pression systolique était supérieure à 140 mm Hg ou encore si leur pression diastolique dépassait 90 mm Hg. ❧

## Tests prénatals

### *L'amniocentèse pour toutes les femmes enceintes ?*

Devrait-on offrir à toute femme enceinte la possibilité de passer une amniocentèse ? C'est ce que conclut une nouvelle étude contestée<sup>1</sup>. « Le test de diagnostic prénatal peut être efficient peu importe l'âge ou le niveau de risque, estiment ses auteurs. Il faudrait revoir les lignes directrices actuelles afin d'offrir le test à toutes les femmes enceintes, pas seulement à celles dont le risque de porter un fœtus atteint dépasse un seuil spécifique. »

Publiée dans le *Lancet*, cette analyse économique californienne, faite dans les règles de l'art, montre que l'amniocentèse coûterait moins de 15 000 dollars américains par année de vie gagnée pondérée par la qualité pour les femmes enceintes quels que soient leur âge et leur niveau de risque. Le prix de cette intervention serait considéré comme acceptable, puisqu'il est inférieur à 50 000 dollars américains.

« Cet article est extrêmement choquant, juge le **D<sup>r</sup> François Audibert**, obstétricien-gynécologue à l'Hôpital Sainte-Justine et professeur à l'Université de Montréal. Depuis 10 ans, dans le monde, toutes les équipes font de grands efforts pour diminuer le nombre d'amniocentèses en proposant des stratégies de dépistage individuel de plus en plus efficaces. L'augmentation des prélèvements foetaux effractifs est un problème de santé publique. »

Les chercheurs, le **D<sup>r</sup> Ryan Harris** et ses collaborateurs, en appellent au droit des femmes de décider elles-mêmes. « Comme le test diagnostique

n'est pas offert aux femmes présentant un faible risque, l'utilisation d'un seuil de risque les empêche de décider elles-mêmes si la probabilité d'anomalies chromosomiques foetales est suffisante pour rendre le risque de fausse couche raisonnable. »

L'argument est spécieux aux yeux du **D<sup>r</sup> Audibert**. « Le risque de fausse couche à la suite d'une amniocentèse est au mieux de 0,5 %, soit une fausse couche pour 200 interventions. Une femme de 25 ans, cependant, ne présente qu'un risque d'environ 1 sur 1000 de porter un enfant trisomique. Cela signifie que proposer d'emblée une amniocentèse aux patientes de cet âge c'est accepter la possibilité de provoquer cinq fausses couches pour détecter une trisomie 21. Si l'on dit à ces femmes que pour les rassurer complètement on va leur proposer l'amniocentèse, beaucoup vont vouloir passer le test. »



*D<sup>r</sup> François Audibert*

### *Une question de qualité de vie ?*

Mais comment le **D<sup>r</sup> Harris** et ses collaborateurs en sont-ils venus à conclure qu'il est rentable d'offrir une amniocentèse à toute femme qui le souhaite ? Leur raisonnement repose sur le calcul des « années de vie pondérées par la qualité », une unité reconnue dans les études de rapport coût-efficacité. « Plus la femme désire être rassurée, plus le test est efficient », ne cachent pas les chercheurs.

Le **D<sup>r</sup> Harris** et ses collègues se sont servis de résultats d'études, mais aussi de données fournies par 534 femmes enceintes d'origines et de milieux socio-économiques divers en Californie. Ils ont calculé que l'amniocentèse serait rentable pour toutes les femmes enceintes, peu importe leur âge, si la diminution de la qualité de vie causée par l'ignorance du caryotype de l'enfant est plus élevée que 0,25 %. Ce seuil correspond approximativement au fardeau de prendre une aspirine tous les jours. La réduction moyenne de la qualité de vie causée par le fait d'ignorer si l'enfant

1. Harris RA, Washington AE, Nease RF et coll. Cost utility of prenatal diagnosis and the risk-based threshold. *Lancet* 2004 ; 363 : 276-82.

à venir sera trisomique s'est révélée être de 0,6 %. Le test est donc efficient.

Évidemment, une hausse du nombre de femmes susceptibles de passer le test pourrait exiger un accroissement de la quantité de laboratoires de cytogénétique, de conseillers et de médecins qui font l'examen, reconnaissent les auteurs. « Néanmoins, nos analyses semblent indiquer qu'une telle utilisation des ressources serait appropriée. »

Le D<sup>r</sup> Audibert s'inscrit en faux contre les arguments économiques des chercheurs. « Dans un contexte où les ressources dans le domaine de la santé sont limitées, est-ce la priorité de rassurer les femmes dont le risque d'avoir un enfant trisomique est *a priori* faible, au risque d'induire des pertes fœtales injustifiées ? Dans les faits, on les inquiéterait pour mieux les rassurer ensuite. » ❧

## Timbres contraceptifs comme une lettre à la poste !

par Luc Dupont

Santé Canada a approuvé cette année l'utilisation du timbre contraceptif hebdomadaire Evra (système transdermique de norelgestromine/éthynylestradiol). « Avec ce produit, les femmes qui choisissent un mode de contraception hormonale disposent maintenant d'une nouvelle option aussi efficace que la pilule », explique la D<sup>re</sup> Michèle Moreau<sup>1</sup>, omnipraticienne, active depuis de nombreuses années en gynécologie médicale.

L'observance au timbre est meilleure que celle qui est obtenue avec la pilule : 88 % contre 77 %. Le système transdermique peut donc être intéressant pour les femmes qui oublient régulièrement de prendre leurs comprimés ou qui en viennent à avoir une aversion pour les contraceptifs oraux.

Le timbre présente également un autre avantage.

« Les femmes qui oublieraient pendant 48 heures de changer le timbre seraient probablement mieux protégées que celles qui oublient de prendre la pilule », explique la D<sup>re</sup> Moreau. Le produit provoque un niveau de suppression ovarienne supérieur à celui de trois marques courantes de pilules contraceptives, comme l'a démontré la chercheuse dans une étude récente<sup>2</sup>.

### Esthétique : attention !

Beige, lisse et ultra-mince, le timbre mesure 4,5 cm par 4,5 cm. Il doit être porté durant sept jours et remplacé le même jour de la semaine pendant trois semaines consécutives. On peut l'appliquer sur les fesses, l'abdomen, le haut du torse (sauf les seins) ou sur la partie supérieure et externe du bras. Pour les femmes désireuses d'espacer davantage leurs règles, il est possible, comme avec la pilule, de prolonger l'application des timbres au-delà des trois semaines prescrites.

Les effets indésirables ? Des douleurs accrues aux seins ont été notées, mais elles disparaissent généralement après quelques cycles. De plus, environ 2 % des femmes ayant participé aux essais cliniques disaient souffrir de démangeaisons, à l'endroit où le timbre était appliqué. Même si le produit reste normalement bien en place en toute occasion (bain, douche, natation), quelque 2 % des timbres ont dû par ailleurs être remplacés après s'être entièrement décollés.

« C'est cependant sur le plan esthétique que le bât peut blesser chez certaines femmes », explique la D<sup>re</sup> Moreau. Le timbre n'est pas tout à fait couleur « peau » et risque de déplaire à cause de la colle qui peut déborder sur son pourtour, et donc salir un peu l'épiderme. Certaines femmes par ailleurs peuvent ressentir de l'inconfort à simplement porter quelque chose sur la peau.

« Il est donc important, au moment de rédiger l'ordonnance, que le médecin puisse montrer un échantillon du timbre à sa patiente. Ainsi, pourra-t-il voir tout de suite la réaction de cette dernière, et peut-être alors prescrire aussi la pilule à celles qui semblent indécises, afin d'éviter des appels et des retours », conseille la clinicienne.

Il en coûte environ 35 \$ par mois pour utiliser les timbres contraceptifs. Ce prix peut cependant varier de cinq à six dollars d'une pharmacie à l'autre.

1. La D<sup>re</sup> Moreau est l'un des auteurs d'un vaste essai clinique multicentrique mené pour le compte du manufacturier Janssen-Ortho. Audet MC, Moreau M, Koltun WD et coll. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial *JAMA* 2001 ; 285 : 2347-54.

2. Pierson R, Archer D, Moreau M. et coll. Ortho Evratm/Evratm vs oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertil Steril* 2003 ; 80 : 34-42.

Par comparaison, les contraceptifs oraux reviennent à quelque 16,50 \$. Evra n'est actuellement pas remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec. ❧

## Mises en garde

### Pas de Tamiflu pour les enfants de moins d'un an

Le Tamiflu™ (phosphate d'oseltamivir) ne doit pas être administré aux enfants de moins d'un an, rappelle Hoffman-La Roche. Le médicament est indiqué dans le traitement de la grippe, notamment chez les enfants d'un an et plus présentant des symptômes depuis moins de deux jours. Chez ces patients, l'antiviral est bien toléré.

Les résultats d'une nouvelle étude préclinique faite sur de jeunes rats ont soulevé l'inquiétude à l'égard de l'emploi de l'oseltamivir chez les bébés. L'administration d'une dose de 1000 mg/kg de phosphate d'oseltamivir à des rats de sept jours a causé des décès qui ont été associés à une exposition inhabituellement forte tant à l'oseltamivir qu'au phosphate d'oseltamivir. La dose était toutefois 250 fois plus importante que celle recommandée pour les enfants.

D'autres études ont également révélé que le taux de phosphate d'oseltamivir dans le cerveau des très jeunes rats pouvait être quelque 1500 fois plus élevé que dans celui des adultes. Il semblerait que cette concentration aussi forte chez les rats soit due à l'immaturité de leur barrière hémato-encéphalique.

Chez les jeunes rats plus âgés, la dose de 1000 mg/kg de phosphate d'oseltamivir ou une dose plus élevée n'a provoqué aucun décès ou réaction délétère. Le taux ne causant pas d'effet indésirable sur le cerveau de ces jeunes animaux correspond à environ 800 fois celui qui est prévu pour les enfants d'un an.

On ignore la signification clinique de ces données

chez les rats. Toutefois, le fabricant, après avoir consulté Santé Canada, tient à réitérer l'importance d'employer l'oseltamivir conformément aux indications de la monographie. « Étant donné l'incertitude relative aux effets à prévoir chez les enfants dont la barrière hémato-encéphalique est immature, il est recommandé de ne pas administrer Tamiflu aux enfants de moins d'un an, soit l'âge auquel cette barrière est généralement reconnue comme entièrement développée », écrit-il.

Chez les adultes et les adolescents de 13 ans, le Tamiflu peut être prescrit non seulement pour traiter la grippe et plus, mais aussi pour la prévenir s'ils ont eu un contact étroit avec une personne infectée.

Chaque année, de 500 à 1500 décès sont dus à la grippe ou à une pneumonie qui complique l'infection virale. Depuis le début de la saison de l'influenza, deux enfants atteints du virus grippal de type A sont décédés. La mort de deux autres pourrait également être liée à la grippe. ❧

### Ritonavir et fluticasone : une association à éviter

Le ritonavir (Norvir®, Kalerta®) peut accroître considérablement la concentration plasmatique de la fluticasone (Flonase®, Flovent®, Advair®) lorsque ces deux médicaments sont employés de manière concomitante, avertit GlaxoSmithKline. Ensemble, les deux produits peuvent causer des effets corticostéroïdiens systémiques, comme le syndrome de Cushing et l'inhibition de la fonction surrénalienne.

Cette mise en garde est lancée à la suite d'une étude portant sur les interactions médicamenteuses entre le Flonase et le Norvir. Les données, obtenues chez des sujets sains, ont révélé que le ritonavir, un puissant inhibiteur de l'isotenzyme 3A4 du cytochrome P450, peut augmenter le taux de fluticasone et entraîner ainsi une forte baisse de la concentration sérique de cortisol.

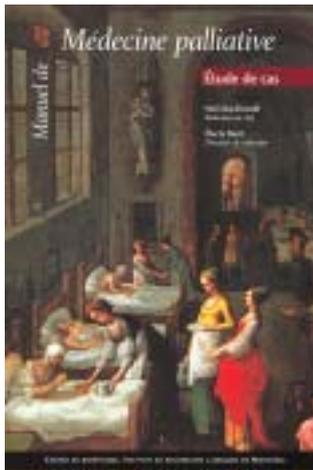
(Suite à la page 172) ►►►

### Rectificatif

Une erreur s'est glissée dans le prix de l'Invanz<sup>MC</sup> (ertapénem) indiqué dans l'article *Antibiothérapie : un nouvel antibiotique injectable à posologie monoquotidienne*, publié dans le numéro de janvier 2004. Le coût du médicament est de 52,44 \$ par gramme par jour plutôt que de 524,48 \$ par gramme par jour.

## Manuel de médecine palliative étude de cas

**Neil MacDonald, rédacteur en chef**  
**Électa Baril, directrice de rédaction**



Quand doit-on administrer de la morphine au patient ? Comment soulager sa toux ? Que faire pour diminuer son anxiété et établir une bonne communication avec lui ? Cet ouvrage répond à de nombreuses questions relatives à la médecine en fin de vie.

Publié à l'origine par les Presses de l'Université d'Oxford, *Palliative Medicine: A case-based manual*

a été rédigé par des enseignants de quatorze des seize facultés de médecine du Canada sous la direction du Dr Neil MacDonald, professeur d'oncologie et directeur du Programme de malnutrition et réadaptation au Département d'oncologie de l'Université McGill.

Traduit par l'équipe du Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal sous la direction de M<sup>me</sup> Électa Baril, adjointe administrative au Centre de bioéthique de l'IRCM, il a été révisé et mis à jour par des professionnels œuvrant dans les soins palliatifs à Québec, dont de nombreux médecins.

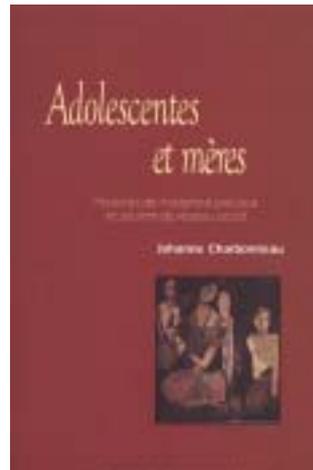
À partir d'études de cas, les vingt-sept chapitres traitent de façon exhaustive des principaux problèmes des malades au stade avancé ou en phase terminale de leur maladie. Des sujets comme la cachexie, l'asthénie, l'anxiété et la dépression, les nausées et vomissements, la dyspnée ainsi que le lymphoedème sont abordés sous tous les angles.

Outre les symptômes physiques, une place fondamentale est accordée à l'état psychologique et à la communication avec les malades. Le livre s'intéresse également aux particularités culturelles et à la spiritualité, ce qui lui apporte une dimension profondément humaine. ☘

Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal,  
Montréal, 2003, 399 pages, 40 \$. Pour commander : (514) 987-5617  
ou marcotc@ircm.qc.ca.

## Adolescentes et mères histoires de maternité précoce et soutien du réseau social

**de Johanne Charbonneau**



Sous son apparence de rapport de recherche austère, l'ouvrage est un livre d'histoires. D'histoires vraies ! Celles de mères-adolescentes. Avoir un enfant quand on est soi-même à peine sortie de l'enfance est un événement majeur souvent mal compris. Seules celles qui ont vécu cette expérience peuvent la décrire.

Dans une étude sociopolitique exhaustive, Johanne Charbonneau, une experte de la sociologie urbaine et de la famille, a voulu démythifier la maternité à l'adolescence, situation qu'elle qualifie de « bifurcation de la vie ». En 1996 et 1997, elle a rencontré trente-deux jeunes femmes de la Montérégie qui ont eu un premier enfant alors qu'elles étaient adolescentes. L'enquête a révélé des destins inattendus.

L'auteure remonte le temps et parcourt les chemins souvent sinueux empruntés par ces mères précoces. Leurs récits et confidences lui ont permis de saisir les difficultés vécues par les mamans-ados et relatent comment elles ont réussi à concilier leur maternité et leur vie d'adolescente. Les jeunes mères évoquent leur trajectoire à travers l'écheveau des relations avec leurs parents, un ou des conjoints, les amis ainsi que les représentants des services publics et communautaires. Car elles avaient besoin du soutien de tout ce monde.

Outre le côté psychosocial, l'ouvrage aborde les aspects médicaux et techniques, dont la contraception, l'avortement et l'adoption. Des tableaux et des données statistiques ponctuent bien sûr les récits. ☘

Les Presses de l'Université Laval, Collection Sociétés, cultures et santé  
Québec 2003, 278 pages, 30 \$.

(Suite à la page 180) ►►►

◀◀◀ (Suite de la page 28)

Des interactions médicamenteuses ont d'ailleurs été signalées chez des patients qui prenaient de la fluticasone et du ritonavir. On a rapporté des effets corticostéroïdiens systémiques, dont des cas de syndromes de Cushing et d'inhibition de la fonction surrénalienne.

L'étude sur le Flonase et le Norvir a, par ailleurs, révélé que d'autres inhibiteurs de l'isotenzyme 3A4 du cytochrome P450, comme l'érythromycine ou le kétoconazole, produisent des augmentations négligeables ou légères du taux de fluticasone, sans entraîner de baisse notable du taux sérique de cortisol. L'emploi d'antifongiques de type « azole » et de fluticasone en inhalation a cependant déjà été associé à quelques cas d'inhibition de la fonction surrénalienne. « On conseille la prudence dans l'administration concomitante d'inhibiteurs puissants de CYP3A4 (par exemple, le kétoconazole) étant donné le risque d'exposition accrue au propionate de fluticasone », avertit GlaxoSmithKline. ☞

### **Antidépresseurs et jeunes**

Santé Canada a recommandé aux patients de moins de 18 ans qui prennent des nouveaux antidépresseurs de consulter leur médecin pour qu'il évalue les bienfaits du médicament par rapport à ses risques potentiels. Certains de ces produits pourraient être associés à

un risque de suicide chez les enfants et les adolescents, selon des rapports internationaux.

Les médicaments visés sont des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN). L'avis touche, plus précisément :

- le Wellbutrin® (bupropion) ;
- le Celexa® (citalopram) ;
- le Luvox® (fluvoxamine) ;
- Remeron<sup>MC</sup> (mirtazapine) ;
- le Paxil® (paroxétine) ;
- le Zoloft<sup>MC</sup> (sertraline).

L'avis indique que Santé Canada n'a pas approuvé l'emploi de ces médicaments chez les patients de moins de 18 ans, il précise toutefois que « la prescription de médicaments est la responsabilité du médecin. Bien que l'utilisation des ISRS/IRSN chez les enfants n'ait pas été approuvée, un médecin peut, à sa discrétion et en se fondant sur sa connaissance du patient, déterminer s'il y a lieu ou non de prescrire ces médicaments pour un emploi dit " non conforme à l'étiquette ". » ☞

## **Discipline chez l'enfant le médecin doit s'y intéresser**

*par Francine Fiore*

Oui à la discipline, non aux châtiments corporels et à la fessée. Dans un énoncé publié récemment, le Comité de la pédiatrie psychosociale de la Société

(Suite à la page 174) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 172)

canadienne de pédiatrie demande aux médecins de promouvoir une discipline saine et efficace, mais dépourvue de toute violence physique et verbale.

La discipline constitue l'une des plus importantes responsabilités des parents à l'égard de leurs enfants. Selon l'âge de l'enfant et son développement, le médecin peut recommander certains principes de base. Par exemple, de la naissance à 12 mois, le bébé doit apprendre à devenir tolérant et à se consoler seul. Quant aux tout-petits de un à deux ans, un non ferme peut suffire à les éloigner d'un danger imminent. Mais quand l'enfant grandit, l'approche se modifie. Ainsi, de l'âge de deux ans jusqu'à la fin de l'école primaire, l'imposition d'une période de réflexion se révèle une excellente technique.

Nécessaire à l'éducation de l'enfant, la discipline sert d'abord à modifier son comportement. Elle contribue à développer son sens des responsabilités et lui permet d'acquérir la maîtrise de soi afin de devenir un adulte mature.

« Le but de la discipline n'est pas de punir l'enfant, mais de lui faire comprendre ce qu'il a fait en lui expliquant les conséquences de son geste. Cela aura plus d'effets que de le frapper pour l'obliger à écouter, dit le **D<sup>r</sup> Gilles Fortin**, pédiatre-neurologue à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, conseiller en maltraitance et membre du Comité de la pédiatrie psychosociale de la Société canadienne de pédiatrie. L'enfant est capable de se rendre compte que ce qu'il a fait n'est pas bien.

Quand ses parents sont mécontents à cause de son comportement, il est triste car il veut demeurer leur petit héros. Bien sûr, chez les plus âgés le fait d'être privés de télévision ou de Nintendo peut être efficace, mais pas chez les petits de deux ans. »

Chez l'enfant de six à 12 ans, le retrait des privilèges et la période de réflexion sont des moyens disciplinaires acceptables. Face à l'adolescent (de 13 à 18 ans), la situation devient plus délicate. Les parents doivent lui fixer des règles, tout en évitant de le déprécier et de faire des sermons. Établir un contrat avec lui se révèle souvent fructueux.

### *Le rôle du médecin*

Dans nos sociétés modernes, le médecin demeure une ressource importante pour les parents. Ce dernier doit leur offrir des conseils préventifs et un soutien, les questionner sur les techniques utilisées à la maison, suggérer des stratégies de discipline et décourager activement toutes les formes de châtiment corporel. Le praticien doit évidemment tenir compte de l'âge de l'enfant, de son étape de développement, de son tempérament, des particularités culturelles et des différents problèmes dont il peut souffrir, comme un retard de développement.

Le médecin doit également évaluer l'influence des parents sur les mauvais comportements de l'enfant. Il peut, par ailleurs, profiter de la discussion sur la discipline pour leur recommander de s'imposer eux-mêmes une période de réflexion lorsqu'ils se sentent frustrés ou remis en

(Suite à la page 176) ▶▶▶

## Index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques		Renseignements thérapeutiques
<b>ALTANA PHARMA INC.</b>			
Corporatif.....	10		
<b>ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.</b>			
Pantoloc.....	116.....	177	
<b>ASSOCIATION CANADIENNE DU SOIN DES PLAIES</b>			
Congrès.....	69		
<b>ASTRAZENECA CANADA INC.</b>			
Symbicort.....	118.....	160-161	
<b>AVENTIS PHARMA INC.</b>			
Altace.....	8-9.....	171-172	
Ketek.....	96-97.....	132-134	
<b>BAYER INC.</b>			
Aspirin.....	13.....	168	
<b>BERLEX CANADA INC.</b>			
Diane-35.....	41.....	146-147	
<b>BIOVAIL</b>			
Wellbutrin.....	17-19.....	20	
<b>BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE</b>			
Micardis.....	42.....	170	
Spiriva.....	29.....	152-153	
<b>BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.</b>			
Cefzil.....	6.....	131	
<b>BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC. / SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.</b>			
Avapro.....	51.....	158	
<b>DALE-PARIZEAU LM</b>			
.....	76		
<b>FERRING INC.</b>			
DDAVP.....	couv. III.....	180	
<b>GLAXOSMITHKLINE INC.</b>			
Advair.....	104-105.....	124-126	
Avandamet.....	44-45.....	128-130	
Avandia.....	58-59.....	148-149	
PaxilCR.....	114.....	142-145	
<b>JANSSEN-ORTHO INC.</b>			
Concerta.....	30.....	166-167	
Pariet.....	86.....	164-165	
<b>JOHNSON &amp; JOHNSON</b>			
Aveeno.....	78		
<b>LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE</b>			
Biaxin pédiatrique.....	104		
Biaxin XL.....	89.....	162-163	
<b>LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA</b>			
.....	85		
<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE / SCHERING CANADA INC.</b>			
Ezetrol.....	couv. IV.....	178-179	
<b>NOVARTIS PHARMA CANADA INC.</b>			
Zelnorm.....	52.....	156-157	
<b>OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES OEUFS</b>			
.....	103		
<b>PFIZER CANADA INC.</b>			
Aricept.....	60.....	135	
Lipitor.....	couv. II.....	154-155	
<b>PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA</b>			
Bextra.....	22-23.....	150-151	
<b>PURDUE PHARMA</b>			
Entex LA.....	70.....	169	
OxyContin.....	90.....	136-137	
<b>SANOI-SYNTHÉLABO CANADA INC.</b>			
Xatral.....	38.....	140-141	
<b>SCHERING CANADA INC.</b>			
Coricidin.....	77		
<b>SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA</b>			
Congrès.....	98		
<b>SOLVAY PHARMA INC.</b>			
Teveten.....	110.....	173-174	
<b>WYETH-AYERST CANADA INC.</b>			
Alesse.....	4.....	175-176	
Prevnar.....	36-37.....	138-139	

◀◀◀ (Suite de la page 174)

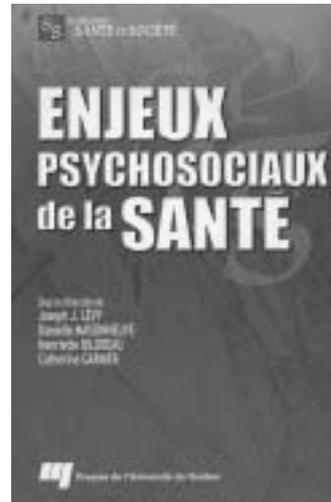
question par le comportement d'un enfant. « Souvent la correction physique n'est autre que l'expression de la colère du parent », fait remarquer le D<sup>r</sup> Fortin.

Pour obtenir plus de renseignements, consultez dans Internet le document « Une discipline efficace auprès des enfants » de la Société canadienne de pédiatrie au [www.cps.ca/francais/enonces/PP/pp04-01.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/PP/pp04-01.htm) ☞

◀◀◀ (Suite de la page 127)

## **Enjeux psychosociaux de la santé**

**sous la direction de Joseph J. Lévy,  
de Danielle Maisonneuve, d'Henriette Bilodeau  
et de Catherine Garnier**



Offrant un vaste panorama de la réalité contemporaine, cet ouvrage trace un portrait précis de la santé dans la société en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux en place. Né à la suite des colloques organisés par l'Institut Santé et Société de l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 70<sup>e</sup> congrès

de l'ACFAS (Association francophone pour le savoir) tenu en 2002 à Québec, ce livre jette un nouveau regard sur la santé et ses enjeux.

Grâce à une approche multidisciplinaire, les auteurs font le point sur la situation et les grandes préoccupations de l'heure. À partir de leurs observations et de leurs expériences, ils éclairent le lecteur sur les nouveaux rapports entre la santé et la maladie, de même que sur la nouvelle relation entre les patients et les intervenants.

La santé au travail, la prévention, les troubles sexuels, l'image corporelle chez les jeunes filles, l'infection par le VIH, le bénévolat dans le secteur de la santé, l'approche socioculturelle et les interventions dans les milieux communautaires ne sont que quelques-uns des sujets abordés dans ce document. De même, on y fait l'évaluation de différents programmes d'intervention, notamment celui destiné aux enfants présentant des troubles déficitaires de l'attention ou de l'hyperactivité.

En prime, une importante partie est consacrée aux médicaments, à leur perception sociale, à leur distribution, à leurs usages et à leurs répercussions sur la santé. Une place importante est aussi accordée à la médecine, à son évolution et à sa pratique. Les auteurs discutent entre autres des transformations de la médecine et du pouvoir médical. ☞