



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# SPÉCIALISTE

Une nouvelle vigueur en santé

Le Conseil d'administration  
2003-2005



Pour en savoir plus sur votre Fédération

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !

*Votre médecin spécialiste*



Vol. 5 n° 2  
Juin 2003

Magazine  
de la  
Fédération  
des médecins  
spécialistes  
du Québec



**AXCAN PHARMA**

*Canadian* **Leader**  
*in Gastroenterology*



**Salofalk®**

(5-ASA = 5-aminosalicylic acid / 5-AAS = acide 5-aminosalicylique)

**Urso®, Urso DS™**

(Ursodiol tablets / Comprimés d'ursodiol)

**Modulon®**

(Trimebutine maleate / Maléate de trimébutine)

**Photofrin®**

(Porfimer sodium for injection / Porfimère sodique injectable)

**Viokase®**

(Pancrelipase / Pancrélipase)

**Ultrase®**


(Pancrelipase / Pancrélipase)

*Le* **Chef** *de file canadien*  
*en gastro-entérologie*



**AXCAN PHARMA INC.**  
597 Boulevard Laurier,  
Mont-Saint-Hilaire Québec,  
Canada, J3H 6C4

Tel.: 450-467-5138, 1-800-565-3255  
FAX: 450-464-9979  
[www.axcan.com](http://www.axcan.com)





# SOMMAIRE

## COMITÉ ÉDITORIAL

D<sup>re</sup> Marie-Laure Brisson  
D<sup>r</sup> Richard Leblond  
D<sup>r</sup> Albert Plante  
Dominique Drouin, directrice  
Aline Charest, rédactrice adjointe et  
coordonnatrice à la réalisation

## RÉVISION

Angèle Clément  
Françoise Godbout

## GRAPHISME ET IMPRESSION

Transcontinental Litho Acme

## PUBLICITÉ

Jacques Lauzon et associés  
Montréal : (514) 747-2332  
Toronto : 1 800 689-0344

## TIRAGE

10 000 exemplaires

## POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

## DÉPÔT LÉGAL

2<sup>e</sup> trimestre 2003  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1206-2081

*Le Spécialiste* est publié quatre fois par année par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2, Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8.  
Tél. : (514) 350-5000  
Télec. : (514) 350-5175  
Site Web : [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org)  
Courriel : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : allergie et immunologie; anesthésiologie; biochimie médicale; cardiologie; chirurgie cardiovasculaire et thoracique; chirurgie générale; chirurgie plastique et esthétique; dermatologie; endocrinologie; gastro-entérologie; génétique; gériatrie; hématologie-oncologie; médecine d'urgence; médecine interne; médecine nucléaire; microbiologie infectieuse; néphrologie; neurochirurgie; neurologie; obstétrique gynécologie; ophtalmologie; orthopédie; oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale; pathologie; pédiatrie; physiothérapie; pneumologie; psychiatrie; radiologie; radio-oncologie; rhumatologie; santé communautaire; urologie.



Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.

## PAGE COUVERTURE

L'œuvre qui figure en page couverture est de l'artiste-peintre Manon Otis. Intitulée *Congrès... des spécialistes*, la toile a été réalisée expressément pour la FMSQ. On peut admirer l'œuvre au siège social de la Fédération.

## 4 MOT DU PRÉSIDENT

• Une nouvelle vigueur en santé...

## 6 ACTUALITÉS

• Le conseil d'administration 2003-2005

## 9 QUESTION DE DROIT

• Pour en savoir un peu plus sur votre Fédération

## 11 POLITIQUES DE LA SANTÉ

• Le nouveau Conseil du médicament

## 1 SAVIEZ-VOUS QUE...?

• La FMSQ à l'honneur :  
• Deux prix prestigieux pour sa *gestion de crise*

## 12 LE SPÉCIALISTE ÉTAIT PRÉSENT

• Les lauréates du Prix IMS Canada 2002

## 1 DANS LE MONDE MÉDICAL

• Le virus du Nil occidental : les données les plus à jour  
• La maladie de Crohn : traitements courants et expérimentaux

## NOS FILIALES

1 Sogemec Assurances inc.  
• L'assurance perte de revenu individuel... qu'en est-il exactement?  
1 Fonds des professionnels  
• L'incorporation des professionnels est-elle pour vous?

## 1 SAVIEZ-VOUS QUE...?

• Le D<sup>r</sup> Pierre Gauthier reçoit le Prix Letondal  
• Don de 340 074 \$ des médecins spécialistes à Moisson Montréal

## 2 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE QUÉBÉCOISE

• Le D<sup>r</sup> Paul Roy, pionnier mondial en angiologie

## 2 PUBLIREPORTAGE - IMS

• Coup d'œil sur le diabète



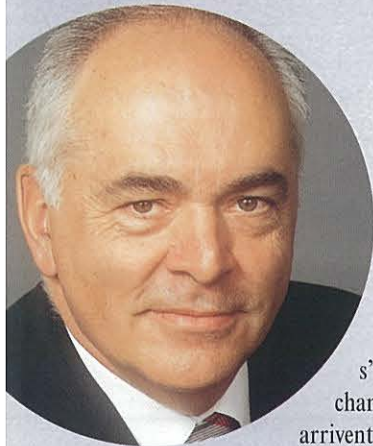
## 25 A WORD FROM THE PRESIDENT

• A New Influx of Energy in Health Matters



# MOT DU PRÉSIDENT

Dr Yves Dugré



## Une nouvelle vigueur en santé...

**C**haque nouveau conseil d'administration insuffle une nouvelle vigueur à l'équipe. Les nouveaux élus, en s'intégrant aux administrateurs déjà présents, changent la dynamique au sein de l'équipe. Ils arrivent pleins de bonne volonté, de milieux divers et ils veulent travailler pour leurs pairs: c'est un souffle nouveau très positif.

Je remercie ceux qui ont dû se retirer après avoir complété un mandat de six ans. J'ai cru percevoir qu'ils ont quitté avec une certaine nostalgie. Il est toujours un peu triste de se retirer d'une organisation dans laquelle on s'est autant investi, surtout au cours de la dernière année. Je tiens à signaler l'important rôle exercé par la D<sup>re</sup> Francine Mathieu-Millaire comme vice-présidente pendant toutes ces années au sein du conseil. Elle a la reconnaissance de ses pairs, qui ont su apprécier sa vigueur à défendre les intérêts des médecins spécialistes. Je souligne aussi l'apport du D<sup>r</sup> Gilbert Matte et sa constante préoccupation de la répartition des effectifs médicaux, de même que son acharnement à défendre le régime d'allocation de fin de carrière. Ceux qui nous quittent ont bien rempli leur rôle et, qui sait, on les reverra peut-être un jour parmi nous...

Je suis fier de vous présenter les membres du nouveau Conseil d'administration 2003 à 2005. Le nouveau vice-président, le D<sup>r</sup> Louis Morazain, le secrétaire et représentant des régions intermédiaires, le D<sup>r</sup> Richard Leblond, et la trésorière, la D<sup>re</sup> Marie-Laure Brisson. Aux conseillers qui restent en poste, soit le D<sup>r</sup> Pierre-R. Laberge, représentant des régions éloignées, et le D<sup>r</sup> Michel Lallier, s'ajoutent trois nouveaux conseillers, soit les D<sup>s</sup> Jean Montreuil, Albert Plante et Denis Soulières. Je vous invite à lire un aperçu de leur profil de carrière dans les pages suivantes.

Je salue enfin l'arrivée du D<sup>r</sup> Philippe Couillard, comme nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux au gouvernement provincial. C'est un «plus» pour les médecins et pour tous ceux qui travaillent dans le réseau hospitalier, mais avant tout pour les patients, d'avoir un médecin spécialiste à la tête de ce ministère: il connaît bien le réseau de la santé, ses contraintes et ses besoins. Avec toutes les promesses faites en santé par le nouveau gouvernement, nous espérons que le temps de l'action est arrivé pour que les patients voient rapidement des changements positifs, notamment dans la réduction des listes d'attente. C'est un bon début de relations ouvertes que nous avons avec le nouveau ministre et, quant à moi, tout sera mis en œuvre pour maintenir des contacts profitables.

## Nos trois priorités en santé

Comme je l'ai mentionné récemment en entrevues, nos trois priorités en santé pour 2003 et 2004 portent sur la négociation, la gestion des effectifs médicaux et l'organisation des soins hospitaliers, visant à rendre plus accessibles les plateaux technologiques et améliorer les conditions de pratique.

### Priorité 1 : la négociation

Notre priorité première est de poursuivre la négociation du dernier *Accord FMSQ-MSSS*, qui comprend, notamment, l'important Comité d'étude sur la rémunération, tel que prévu à la *Lettre d'entente 146\**, qui évaluera la parité canadienne. Ce dossier, qui nous préoccupe tous et toutes, est déjà en marche. L'experte indépendante est là, les travaux vont bon train et la FMSQ engage toutes les ressources nécessaires pour défendre son point de vue dans ce dossier. D'ici le 30 juin, le Comité devrait avoir colligé toutes les données en vue de déposer son rapport final en octobre.

Toujours du côté de la négociation, suite aux annonces du nouveau gouvernement de considérer comme prioritaire l'accessibilité aux soins pour tous les patients du Québec, il faut que soient modifiés les plafonds semestriels en cabinets. Il est impérieux de concrétiser cette promesse. D'autres sujets dans la négociation doivent aussi être étudiés, telle la faisabilité d'un programme de gestion de la fin de carrière des médecins spécialistes. Nous sommes en pourparlers sur ce sujet avec le Ministère et, donc, c'est un dossier sur lequel je vous reviendrai prochainement.

Par ailleurs, comme vous le savez, la *Lettre d'entente 145\** comprend un certain nombre d'éléments dont l'ex-gouvernement avait convenu avec la Fédération et s'était engagé à regarder au cours de l'année. Nous discuterons donc prochainement de la rémunération des suppléments de garde, de la rémunération des médecins cliniciens chercheurs et des médecins enseignants, d'un programme de congé parental et de la rémunération des tâches médico-administratives avec le ministre Couillard.

### Priorité 2 : les effectifs médicaux

Les plans régionaux d'effectifs médicaux constituent aussi une très grande priorité. Nous avons vu, lors du dernier conflit, que les opinions différaient entre le Ministère et la Fédération sur les solutions à envisager pour remédier à la pénurie de médecins. Nous demandons que des plans régionaux d'effectifs médicaux pour la période de 2004 à 2007 soient basés à la fois sur le nombre de médecins dont on dispose, de

même que sur un plan d'organisation clinique pour rencontrer les besoins de la population. Nous le ferons de concert avec les Associations affiliées à la Fédération, comme le stipule la *Lettre d'entente 129*, concernant le Comité de gestion des effectifs médicaux. Les travaux ont déjà débuté et cette démarche demandera une participation majeure de tous les membres du Comité sur les effectifs médicaux.

Un autre point important et sur lequel nous insisterons est la nécessité de convenir d'un Plan d'organisation universitaire. Tout comme un Plan d'organisation clinique est nécessaire pour prévoir un nombre suffisant de médecins spécialistes sur tout le territoire, il importe d'établir un Plan d'organisation universitaire. Nous devons connaître nos besoins en matière de recherche et d'enseignement universitaires, soit le nombre de professeurs, médecins chercheurs et « fellow » dont nous avons besoin dans nos universités québécoises pour faire une planification crédible.

### **Priorité 3 : l'organisation**

Notre troisième priorité concerne l'organisation des soins hospitaliers. Je ne vous cacherai pas que le financement à la pièce nous préoccupe : il est d'une importance cruciale de bénéficier d'un financement stable pour avoir accès davantage aux ressources humaines et matérielles, non seulement en chirurgie, mais également dans les domaines du diagnostic, de la médecine spécialisée et de la santé mentale. Donc plutôt qu'un financement en dents de scie, comme on le fait actuellement, il nous faut établir un financement hospitalier prévisible et suffisant, comme nous l'avions mentionné à la Commission Romanow et à la Commission Clair. Ainsi, avec une budgétisation à plus long terme, les conditions de pratique pourront être à la hauteur des standards du XXI<sup>e</sup> siècle.

Enfin, en plus du financement et compte tenu des effectifs disponibles à court terme, je voudrais apporter un dernier point, qui s'avère capital pour l'image et le futur de la médecine spécialisée au Québec : la consolidation des services tertiaires et quaternaires à Québec et à Montréal. A titre d'exemples, des décisions doivent être prises rapidement concernant la greffe de moelle, le Centre Mère-Enfant, l'obstétrique et la relocalisation de l'ophtalmologie à Québec, tout comme dans le dossier qui traîne de la construction des hôpitaux universitaires à Montréal, le CHUM et le CSUM.

Voilà trois points prioritaires que nous défendrons devant le ministre en 2003 et 2004. Avec un programme de négociation aussi chargé, tous conviendront de l'importance d'une stabilité des intervenants au ministère de la Santé et des Services sociaux. La gestion du système de santé, vu son importance, ne peut être faite en « coup de vent » mais sur une base stable, pour maintenir un réel partenariat entre le gouvernement et les médecins spécialistes.

### **Rencontre avec le ministre Couillard**

A la fin d'avril, nous avons tenu deux journées de réflexion, permettant ainsi aux nouveaux membres du conseil d'administration de prendre connaissance de tous les dossiers actifs à la Fédération et d'en discuter avec nos directeurs. Plusieurs des comités d'étude se sont réunis et ont commencé à travailler les dossiers prioritaires, mais il reste encore beaucoup de points de la négociation à finaliser. Les défis sont grands cette année... dont une Journée sur les effectifs médicaux que nous organiserons avec tous les intervenants concernés à l'automne.

Enfin, je vous annonce, juste avant d'aller sous presse, que les membres du C.A. rencontreront le ministre Couillard le 23 mai dans les locaux de la FMSQ. Je vous reviendrai sur les points qui y seront discutés. ☐



Yves Dugré, président

\*NOTE DE LA RÉDACTION: Voir la lettre et l'Annexe envoyées à tous les médecins spécialistes le 17 février dernier, concernant l'Accord intervenu entre la FMSQ et le MSSS.

## Conseil d'administration 2003-2005



**Dr YVES DUGRÉ, PRÉSIDENT**  
Médecine – Université Laval (1965);  
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie  
cervico-faciale – Université de Montréal  
(1972)

Dès le début de sa carrière, le Dr Dugré a occupé diverses fonctions administratives. En 1977, il a participé à la fondation de la Polyclinique de Trois-

Rivières en plus de siéger à son conseil d'administration jusqu'en 1984. De 1975 à 2001, il a été le chef du service d'O.R.L. au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Par ailleurs, il a été un membre actif de plusieurs organismes œuvrant dans le domaine de la santé et a siégé au Conseil médical du Québec de 1993 à 1999. Il a aussi agi en tant que président de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec entre 1987 et 1989 et a représenté le Québec au conseil d'administration de l'Association canadienne d'oto-rhino-laryngologie. Élu président de la FMSQ en 2001, il a été réélu pour un deuxième mandat en 2003.

**Dr RICHARD LEBLOND, SECRÉTAIRE  
ET REPRÉSENTANT DES RÉGIONS  
INTERMÉDIAIRES**  
Nucléiste au Complexe hospitalier  
de la Sagamie (CHS)  
Médecine – Université Laval (1975);  
Médecine nucléaire – Université de  
Montréal (1985)



Détenteur d'un M.B.A. de l'UQAM (2000), le Dr Leblond s'est impliqué au niveau médical et administratif, tant sur la scène locale, régionale que provinciale. Il s'est investi comme membre du C.A. et président du CMDP pendant près de dix ans. Chef et gestionnaire du Département d'imagerie médicale créé en 1998, il est vivement intéressé par les stratégies organisationnelles. Il a participé au plan de transformation du CHS « *Projet Horizon 2001* » et fait toujours partie du comité de planification stratégique de l'hôpital. Il a été vice-président de l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec, avant d'être élu au C.A. de la FMSQ où il siége à titre de secrétaire depuis 2001. Réélu pour un second mandat, il est engagé à tous les niveaux de l'organisation.



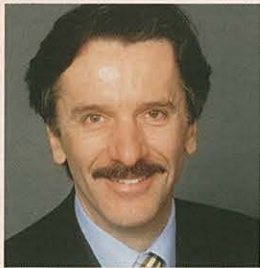
**Dr LOUIS MORAZAIN,  
VICE-PRÉSIDENT**  
Orthopédiste à l'Hôpital du Haut-  
Richelieu de Saint-Jean-sur-Richelieu  
Médecine – Université de Montréal  
(1966); Orthopédie – Université  
de Montréal (1971)

Fort de 30 ans de pratique à l'Hôpital du Haut-Richelieu, le Dr Morazain est très actif dans le domaine des affaires professionnelles depuis le tout début de sa carrière. Impliqué dans le comité exécutif du CMDP jusqu'en 1985, il a poursuivi à l'Association d'orthopédie du Québec jusqu'en 1999, en occupant à tour de rôle tous les postes, dont celui de président de 1993 à 1995. Soucieux de faire entendre la voix des associations, il a participé au Congrès d'orientation de la FMSQ en 1992. Parallèlement à ces activités, il a été, presque continuellement depuis 1988, chef du Département de chirurgie de son hôpital. Il est membre du conseil d'administration de la FMSQ depuis 2001.

**Dr MARIE-LAURE BRISSON,  
TRÉSORIÈRE**  
Pathologiste à l'Hôpital général juif  
Sir Mortimer B. Davis de Montréal  
Médecine – Université de Montréal (1962);  
Anatomo-pathologie – Université de  
Montréal (1967)



Tout au long de sa carrière, la Dr<sup>e</sup> Brisson a assumé plusieurs fonctions administratives tant en milieu hospitalier qu'universitaire. Depuis 1985, elle est directrice du Département de pathologie de l'Hôpital général juif et professeure agrégée de pathologie à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Impliquée à l'Association des pathologistes du Québec à partir de 1991, elle y a occupé les postes de vice-présidente et de présidente du Comité de la rémunération et des tarifs. D'autre part, elle est membre de la Commission des finances depuis 1995, et elle occupe le poste de trésorière au conseil d'administration de la FMSQ depuis 2001.



**Dr PIERRE-R. LABERGE, CONSEILLER ET REPRÉSENTANT DES RÉGIONS ÉLOIGNÉES**  
Microbiologiste infectiologue au Centre hospitalier régional de Sept-Îles  
Médecine – Université Laval (1976) ;  
Microbiologie infectiologie – Université de Montréal (1990)

Étant le seul microbiologiste infectiologue de la région, le Dr Laberge s'implique dans divers secteurs d'activités. Depuis le début de sa pratique, il est chef du Département de biologie médicale au Centre hospitalier régional de Sept-Îles. De plus, il est consultant pour quatre autres laboratoires de la Côte-Nord et pour la santé publique régionale. Après avoir été président du comité régional des médecins spécialistes de la Côte-Nord (FMSQ), pendant sept ans, et membre du comité de rémunération de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues depuis 1995, il a participé au Groupe de travail régional sur l'accessibilité et l'efficacité des services de laboratoire. Il s'active, depuis 2001, au C.A. de la FMSQ; il s'intéresse particulièrement aux effectifs médicaux, à leur répartition optimale et à la gestion de fin de carrière.

**Dr ALBERT PLANTE, CONSEILLER**  
Psychiatre au Centre hospitalier Rivières-des-Prairies et au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine à Montréal  
Médecine – Université de Montréal (1965); Psychiatrie – Université de Montréal et Université McGill (1970);  
Sciences administratives – Université de Montréal – HEC (1983).



Membre du C.A. de l'Association des médecins psychiatres du Québec et de l'Assemblée des délégués de la FMSQ depuis 1979, récemment nommé administrateur au C.A. de «Fonds des professionnels – Fonds d'investissements», le Dr Plante possède une expertise diversifiée en administration. Il n'est pas peu fier d'avoir obtenu son diplôme en sciences administratives des HEC après ses 40 ans. Depuis 1994, il travaille comme pédopsychiatre au CH Rivières-des-Prairies et, depuis un an, au CH Louis-H. Lafontaine; il fait de la consultation au CHRC Antoine-Labelle à L'Annonciation. Tour à tour secrétaire, trésorier et vice-président de son association professionnelle, il est aussi président du comité de pédopsychiatrie. Il est connu pour ses écrits sur les aspects «psy» du golf.

**Dr JEAN MONTREUIL, CONSEILLER**  
Anesthésiologiste à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec  
Médecine – Université Laval (1981);  
Anesthésie-réanimation – Université Laval (1987)



Détenteur d'un *fellowship* en traitement de la douleur chronique du *Oregon Health Sciences University* (USA) et d'un certificat en anesthésie-réanimation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Dr Montreuil a commencé sa pratique comme anesthésiologiste au Centre hospitalier régional de Rimouski. Depuis 1990, il a pratiqué dans le réseau hospitalier de Québec, respectivement au CHUL, à l'Hôpital Saint-François d'Assise et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y a occupé différentes fonctions administratives, dont deux ans comme directeur adjoint du Département d'anesthésie-réanimation du CHUQ. Après avoir exercé diverses fonctions au conseil d'administration de son association pendant neuf ans, il a été élu président de 2000 à 2003. Il représente les médecins transfuseurs au conseil d'administration d'Héma-Québec.



**Dr MICHEL LALLIER, CONSEILLER**  
Chirurgien général à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal  
Médecine – Université de Montréal (1991);  
Chirurgie générale – Université de Montréal (1996)

Après trois ans de *fellowship*, partagé entre l'Hôpital Sainte-Justine et l'Université catholique de Louvain en Belgique, le Dr Lallier pratique depuis près de quatre ans en chirurgie pédiatrique, avec une sur-spécialisation en transplantation (greffe). Depuis son entrée en médecine, il a participé avec dynamisme aux activités syndicales, tant à la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec, où il fut président pendant deux ans, qu'à la Fédération des médecins résidents du Québec. Préoccupé par l'équité sous toutes ses formes, il s'est principalement intéressé aux dossiers des effectifs médicaux, de la rémunération progressive et de la mobilisation.

**Dr DENIS SOULIÈRES, CONSEILLER**  
Hématologue et oncologue à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM  
Médecine – Université Laval (1991);  
Pédiatrie – Université de Montréal (1995);  
Hématologie – Université de Montréal (1996);  
Oncologie – Université de Montréal (1998)



Très impliqué dans le CHUM, tant au niveau clinique, que de la recherche et de l'administration, le Dr Soulières a été directeur de l'Unité de recherche clinique-oncologie de l'Hôpital Notre-Dame, pendant trois ans. Il participe au Comité des études cliniques de l'Institut National du Cancer du Canada et agit comme conseiller médical au Comité provincial sur le traitement des tumeurs de la tête et du cou. Il dirige également le programme clinique d'hémoglobinopathie et de thalassémie du CHUM. Comme autres fonctions administratives, il a été conseiller médical au conseil d'administration des directeurs du CHUM de 2000 à 2002. Après avoir été président de la Fédération des médecins résidents du Québec pendant cinq ans, il a siégé au comité exécutif de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec de 2001 à 2003. ☐



« toutes les fleurs  
de l'avenir  
sont dans les  
semences  
d'aujourd'hui » proverbe chinois\_

des services financiers offerts aux professionnels

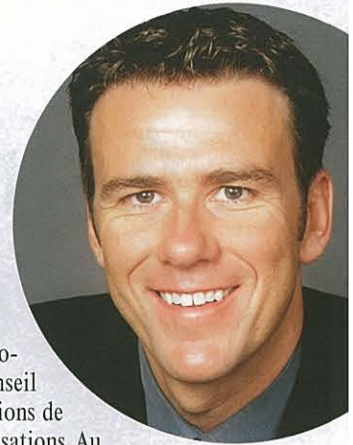
grandir en  
confiance  
depuis **25** ans

fonds des  
professionnels   
fonds d'investissement  
gestion privée

Montréal  
514.350.5050 | 888.377.7337

Québec  
418.658.4244 | 800.720.4244

Courriel  
fonds@groupefdp.com



## Pour en savoir un peu plus sur votre Fédération

Dans le cadre du dernier conflit qui nous a opposés au gouvernement, les médecins spécialistes du Québec ont pu interagir de façon beaucoup plus fréquente avec leur Fédération. Au cours de cet exercice, plusieurs se sont interrogés sur les différentes instances de la Fédération, sur le processus d'adoption des ententes, sur les changements au Conseil d'administration, etc. Le présent article vise à rappeler certaines notions pour vous permettre de mieux connaître votre Fédération.

### Les membres de la Fédération

Petite question piège pour débiter. Combien de membres composent la Fédération des médecins spécialistes du Québec? Plusieurs seront tentés de répondre qu'il y a, ni plus ni moins, 7500 membres, soit le nombre de médecins spécialistes exerçant au Québec. Or, si le professeur est le moins pointilleux, il vous fera échouer votre examen. En effet, la Fédération est plutôt composée de 34 membres, soit les 34 associations de médecins spécialistes.

En effet, chaque association est constituée selon la *Loi sur les syndicats professionnels* L.R.Q. S-40. En vertu de cette loi, les associations peuvent se regrouper en une fédération, afin de se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts communs. La Fédération a donc été constituée le 14 décembre 1965 à la requête de 10 associations de médecins spécialistes de l'époque. Avec les années, d'autres associations se sont regroupées au sein de la Fédération.

En vertu du Règlement intérieur de la Fédération, chaque médecin spécialiste, à titre de membre de son association respective, cotise à la Fédération.

Cette précision étant faite, il importe toutefois de mentionner que la Fédération est reconnue comme l'organisme représentatif de l'ensemble des médecins spécialistes. L'entente intervenue avec le ministre de la Santé aux fins de l'application de la *Loi sur l'assurance maladie* confirme cette reconnaissance depuis le 16 décembre 1970.

### Les instances de la Fédération

Elles sont au nombre de cinq, soit l'Assemblée des délégués, la Commission des présidents, le Conseil d'administration, la Commission des finances et le Comité national des régions. Pour les fins du présent article, nous nous concentrerons davantage sur les trois premières.

#### L'Assemblée des délégués

C'est l'instance décisionnelle de la Fédération. Elle est composée des représentants de chacune des 34 associations. On y compte 122 délégués. La représentation de chaque association est de 2 délégués pour les premiers cent (100) cotisants ou moins et d'un délégué additionnel pour chaque groupe supplémentaire de cent (100) cotisants ou une fraction de ce nombre.

Parmi ses responsabilités, mentionnons notamment qu'elle élit les membres du Conseil d'administration, établit les grandes orientations de la Fédération et détermine le montant des cotisations. Au plus haut point, c'est elle qui approuve toute entente négociée avec le gouvernement.

Ceux d'entre vous, qui se demandent pourquoi l'ensemble des médecins spécialistes n'est pas appelé à voter sur l'approbation des ententes négociées avec le gouvernement, obtiennent donc réponse à leur question. En effet, la Fédération étant un regroupement d'associations, ce sont donc les délégués de ces associations qui, conformément au Règlement de la Fédération, votent pour l'approbation des ententes négociées.

#### La Commission des présidents

C'est une instance consultative auprès du Conseil d'administration de la Fédération. Elle est composée des présidents de chacune des 34 associations de médecins spécialistes regroupées au sein de la Fédération.

Parmi ses responsabilités, on prévoit qu'elle est obligatoirement consultée par le Conseil d'administration sur divers dossiers dont, principalement, les stratégies de négociations et les modalités de répartition tarifaire et monétaire. En réalité, la consultation de la Commission des présidents s'étend à tous les dossiers importants de la Fédération.

#### Le Conseil d'administration

C'est l'instance dirigeante de la Fédération. Il est composé de neuf membres élus pour un mandat de deux ans par l'Assemblée des délégués. Seuls trois postes sont nominatifs soit ceux de président, de représentant des régions intermédiaires et de représentant des régions éloignées. Lors de la première réunion du Conseil d'administration qui suit une élection, les membres du Conseil désignent parmi les conseillers, un vice-président, un secrétaire et un trésorier (ou encore mieux, une trésorière).

Le Conseil d'administration assume plusieurs responsabilités dans la gestion quotidienne de la Fédération et adopte de façon générale les mesures appropriées à la réalisation de son mandat et aux intérêts de la Fédération. Il élabore notamment les stratégies de négociations et les modalités de répartition monétaire.

En 1993, le Règlement intérieur a été modifié, afin de prévoir que le mandat des membres du Conseil d'administration ne peut être renouvelé à plus de deux reprises. Ceci signifie donc une durée maximale de six années consécutives, soit trois mandats de deux ans. Une seule exception s'applique pour celui qui se présente au poste de président. Les mandats antérieurs cumulés à un autre poste ne sont alors pas considérés. Une fois élu, le président ne pourra également pas cumuler plus de trois mandats à ce poste.

L'application de cette règle a fait en sorte que lors des élections de 2001 et de 2003, les conseillers ayant cumulé trois mandats consécutifs n'ont pu se présenter à nouveau. ☐

# AstraZeneca, chef de file en gastro-entérologie

Chez AstraZeneca, nous investissons des millions de dollars en R.-D. chaque année au Canada afin de découvrir de nouveaux traitements. Nous cherchons constamment de nouvelles façons de traiter et de prendre en charge la maladie, d'améliorer la qualité de vie des patients et de permettre à notre système de soins de santé de continuer à aller de l'avant.

Tel est l'engagement d'AstraZeneca au système de soins de santé.



Force mondiale  
dans l'innovation en soins de santé

[www.astrazeneca.ca/F/montreal](http://www.astrazeneca.ca/F/montreal)



## Le nouveau Conseil du médicament

En mai 2002 était présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi 98<sup>1</sup> modifiant la Loi sur l'assurance médicaments. La Fédération des médecins spécialistes du Québec a alors présenté un mémoire<sup>2</sup> à la Commission des affaires sociales. Parmi les modifications adoptées en juin 2002, trois d'entre elles sont d'intérêt pour les médecins spécialistes: le concept d'une utilisation «*adéquate*» des médicaments a été remplacé par celui d'une utilisation «*optimale*»; deux entités jusque là indépendantes, soit le *Conseil consultatif de pharmacologie* (CCP) et le *Comité de revue de l'utilisation des médicaments* (CRUM), ont été réunies dans une entité fonctionnelle unique, à savoir le *Conseil du médicament*; enfin, cette refonte permet dorénavant au ministre de conclure, avec des fabricants de médicaments, des ententes ayant pour objet le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments.

### Fonctions du Conseil

En assumant les fonctions de l'ancien CCP, le nouveau Conseil doit assister le ministre dans la mise à jour de la liste des médicaments, dont le paiement est couvert par le régime général d'assurance médicaments. Il doit aussi faire des recommandations sur *l'établissement et l'évolution des prix des médicaments*. À cette fin, le Conseil doit donner au ministre son avis sur les aspects suivants<sup>1</sup>:

- la valeur thérapeutique de chaque médicament;
- la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité de chaque médicament;
- l'impact de l'inscription de chaque médicament à la liste sur la santé de la population et les autres composantes du système de santé;
- l'opportunité de l'inscription d'un médicament à la liste en regard de l'objet du régime général d'assurance médicaments, qui est d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

En intégrant les fonctions de l'ancien CRUM, le Conseil peut notamment:

- réaliser des activités de revue d'utilisation des médicaments ou en soutenir la réalisation;
- proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et la dispensation des médicaments;
- formuler aux divers intervenants impliqués et aux professionnels de la santé, dans le respect de leurs responsabilités respectives, des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments;
- proposer le développement et la mise en œuvre de stratégies d'information et de sensibilisation auprès de la population ou y contribuer;

- voir à l'évaluation des problèmes reliés à l'utilisation des médicaments et à la mise en place de mesures pour les prévenir et les corriger.

Il est prévu que le Conseil consulte au moins une fois par année le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec. Rappelons qu'entre octobre 1999 et juin 2002, le CRUM a publié cinq études<sup>3</sup>, la première traitant de l'utilisation des  $\beta_2$  agonistes inhalés dans le traitement de l'asthme; les autres études portaient sur les inhibiteurs de la pompe à protons, les médicaments pour traiter le glaucome, les stimulants du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ces études sont disponibles sur l'Internet (voir la référence).

### Formation du Conseil<sup>4</sup>

Ce n'est que le 26 février 2003 que les membres du Conseil du médicament ont été nommés par le gouvernement. Ils sont au nombre de 15, dont 5 experts en pharmacologie, 2 experts en économie de la santé ou en épidémiologie et 4 membres sociétaux. C'est M. Robert Goyer, professeur émérite de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et ancien doyen, qui en a été nommé président. M. Goyer est reconnu pour ses idées claires, son leadership et son franc-parler. D<sup>re</sup> Louise Roy, interniste et néphrologue du CHUM, en assure la vice-présidence. Deux autres médecins spécialistes ont également été nommés membres du Conseil: D<sup>re</sup> Julie A. Couture, interniste et gériatre de Lévis, spécialiste en pharmacologie et D<sup>r</sup> Michel White, cardiologue et président du Comité de pharmacologie de l'Institut de cardiologie de Montréal.

### Entrevue avec le nouveau président

Le Conseil commence tout juste ses activités, avec une première réunion de travail le 19 mars et la seconde le 29 avril 2003. Son président, M. Goyer, se dit enchanté de la composition du Conseil et croit que la présence de membres sociétaux est une innovation très valable: à son avis, une utilisation optimale des médicaments est celle qui apporte à chaque patient un traitement optimal à coût optimal, ce qui permettra le maintien de l'accessibilité actuelle et future, incluant celle des nouvelles thérapies. «Ce n'est pas uniquement ce qui est neuf, jeune et cher qui est bon: l'optimisation, au contraire, consiste à personnaliser pour chaque patient, pour chaque pathologie, la molécule appropriée, parfois la plus coûteuse, parfois la moins chère.»

Il est convaincu que l'impact souhaité du Conseil passera par une sensibilisation et une action concertée des professionnels de la santé, essentiellement des médecins prescripteurs et des pharmaciens.

## Le nouveau Conseil du médicament

Ceci rejoint ce que la Fédération avait écrit dans son mémoire de mai 2002: *Si les médecins spécialistes jugent important de pouvoir prescrire les médicaments appropriés à leurs patients et bien que la responsabilité première des médecins soit la santé de leurs patients et non la gestion des coûts, il est clair pour eux qu'une ordonnance pertinente et optimale en tout temps est essentielle...*

Pour les médecins spécialistes, ceci est d'autant plus vrai que certains faits sont troublants. De 1997 à 1999, IMS Health Canada<sup>5</sup>, compagnie d'informations et statistiques, estime que le Québec est la province canadienne où la plus forte proportion des molécules nouvelles fut inscrite à la liste des médicaments couverts par le régime public: 60 % vs 27 % en Ontario. L'Institut canadien d'information sur la santé<sup>7</sup> révèle qu'en l'an 2000, c'est au Québec que le coût/habitant des médicaments prescrits est le plus élevé: 420 \$ par Québécois versus 407 \$ en Ontario et 303 \$ en Colombie-Britannique. Au Québec, le seul coût des médicaments prescrits (soit 83 % des dépenses totales en médicaments) payé par les régimes privés et public d'assurance médicaments dépasse, depuis quelques années, les sommes totales consacrées à la rémunération des médecins. Et la croissance annuelle moyenne du coût brut des médicaments est énorme, au Canada, aux USA et dans la plupart des pays industrialisés; au Québec, entre 1997 et 2002, elle a été de 16,6 % pour le régime public et de 18,35 % pour les régimes privés, tout un contraste avec les augmentations de revenus consenties aux professionnels de la santé pendant la même période...

Voilà pourquoi le traitement médicamenteux, adapté à la condition de chaque patient, est nécessaire à la santé physique et mentale du patient, de même qu'à la santé financière de la société et du citoyen payeur. C'est dans une perspective de contrôle de coûts, tout en maintenant la qualité, que la FMSQ collaborera avec le Conseil du médicament; c'est ce qui explique sa participation à la Table de concertation et aux Comités de gestion des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des COXIBS, structures mises sur pied à la suite d'ententes spécifiques, dotées d'un budget d'environ 2,5 M\$, intervenues en juin 2002 entre le MSSS et des compagnies pharmaceutiques. À la même date, une entente générale d'une durée de 24 mois, renouvelable, avec un budget de 5 M\$, avait été conclue entre le MSSS et les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D).

### Centre d'excellence en gestion pharmaceutique

Enfin, un consortium de quatre compagnies (*Astra-Zeneca, Aventis, Merck et Pfizer*) s'est engagé à verser 4 M\$ aux Facultés de médecine et de pharmacie de l'Université de Montréal, pour la mise sur pied d'un *Centre d'excellence en gestion pharmaceutique*. La Fédération se réjouit que l'industrie prévoie investir d'ici 2004 plus de 10 M\$ pour la mise sur pied de structures et la création d'outils favorisant une utilisation optimale des médicaments. Mais rappelons qu'en comparaison, les seuls IPP ont coûté 154 M\$ au RGAM du Québec pour l'année 2002. ☐

### Références

1. Assemblée nationale (Québec). Projet de loi n° 98 (2002, chapitre 27), Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives, sanctionné le 13 juin 2002.  
**Site Internet:** [www.doc.gouv.qc.ca/home.php](http://www.doc.gouv.qc.ca/home.php)
2. Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire relatif à la Loi modifiant la loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives, présenté à la Commission des affaires sociales. Montréal: FMSQ; 28 mai 2002.  
**Site Internet:** [www.fmsq.org/fmsq/publications/publications.html](http://www.fmsq.org/fmsq/publications/publications.html)
3. Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM): Étude sur les agonistes β2 inhalés employés dans le traitement de l'asthme, juin 2002; Étude sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens, mars 2000; Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, juin 2001; Étude sur les nouveaux médicaments pour traiter le glaucome ou l'hypertension oculaire, janvier 2002; Étude de l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons, mars 2002.  
**Site Internet** pour ces études: [www.msss.gouv.qc.ca/crum/fr/accueil/index.htm](http://www.msss.gouv.qc.ca/crum/fr/accueil/index.htm)
4. Assemblée nationale (Québec). Décret 240-2003 concernant la nomination des membres du Conseil du médicament. G. O. (pt 2) 26 février 2003; 135(12): 1732-1733.
5. IMS Health Canada. Tableau sur l'adoption des nouveaux produits (1999). Innovation 2000, printemps/été:2.  
**Site Internet:** [imshealthcanada.com/htmlfr/3\\_4.htm](http://imshealthcanada.com/htmlfr/3_4.htm)
6. Institut canadien d'information sur la santé.  
**Site Internet:** <http://secure.cihi.ca/>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). L'assurance-médicaments: un acquis social à préserver. Québec: MSSS; mai 2002.  
**Site Internet:** [www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm](http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm)

# SAVIEZ-VOUS QUE...

## La FMSQ à l'honneur: deux prix prestigieux pour sa gestion de crise

**D**ominique Drouin, directrice des Affaires publiques et des Communications à la FMSQ, s'est vue décerner le **Prix Équinoxe**, par la Société des relationnistes du Québec, et le **Prix Ovation**, par l'Association internationale des professionnels de la communication (AIPC), pour la catégorie *gestion de crise*.

Le **Prix Équinoxe** a été remis à M<sup>me</sup> Drouin, conjointement avec M. Gilles Corriveau, vice-président de Enigma Communications, pour la vaste campagne de communications mise de l'avant pour appuyer les négociations dans le renouvellement de l'Entente FMSQ-MSSS. La campagne «Opération Grande Inquiétude» s'est ainsi distinguée des 43 autres candidatures soumises dans cette catégorie, tant par la qualité de l'intervention orchestrée que par l'efficacité de la stratégie proposée, la pertinence des outils mis en place et les résultats obtenus.

Remporter un prix Équinoxe constitue la plus haute reconnaissance que peut recevoir un projet de communication au Québec. Les prix

Équinoxe seront décernés aux gagnants le 3 juin, lors d'une soirée qui se tiendra au Métropolis à Montréal.

Le **prix Ovation** leur a également été remis par l'Association internationale des professionnels de la communication (section de Montréal), pour l'événement du 13 novembre 2002, dans la catégorie *communication externe, gestion de crise*. La particularité de ce prix est qu'il est donné «au mérite», c'est-à-dire qu'il reconnaît un projet de communication, qui rencontre les standards de qualité, de planification et d'exécution, et non en fonction des candidatures soumises.

Le projet de toute la campagne sera soumis à l'AIPC pour les prix de 2004 au niveau international. ☐



## LE SPÉCIALISTE ÉTAIT PRÉSENT...

### Les lauréates du Prix IMS Canada 2002

Le Dr Louis Morazain, vice-président de la FMSQ, représentait la Fédération lors de la remise des Prix IMS Canada 2002 à deux médecins spécialistes. Les lauréates ont remporté un montant de 3 000 \$ chacune pour leurs articles pertinents en pharmacothérapie.

La Dr<sup>e</sup> Francine M. Ducharme est pédiatre à l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill, et professeure agrégée au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Elle s'est mérité le premier prix pour son article: *Anti-leukotrienes as add-on therapy to inhaled glucocorticoid in patients with asthma: systematic review of current evidence*, publié dans le *British Medical Journal* du 29 juin 2002 (vol. 324, pp. 1-7).

«Il s'agit d'une méta-analyse de 13 essais randomisés portant sur la valeur thérapeutique de l'administration d'une nouvelle classe de médicaments, les anti-leukotriènes, dans le traitement de l'asthme chez des patients recevant déjà des glucocorticoïdes en inhalation», résume le Dr Louis Morazain.

La Dr<sup>e</sup> Hema Patel est pédiatre à l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill, et professeure adjointe au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Elle a remporté le deuxième prix, avec la collaboration des docteurs Platt, Pekeless et Ducharme, pour son article intitulé: *A randomized, controlled trial of the effectiveness of nebulized therapy with*



La Dr<sup>e</sup> Hema Patel, récipiendaire du Prix IMS Canada 2002, en compagnie du Dr Louis Morazain, vice-président du Conseil d'administration de la FMSQ. (La Dr<sup>e</sup> Ducharme était absente lors de la remise des Prix IMS.)

*epinephrine compared with albuterol and saline in infants hospitalized for acute viral bronchiolitis*, publié dans *The Journal of Pediatrics* de décembre 2002 (vol. 141, N<sup>o</sup> 6, pp. 818-824).

«L'article rapporte les résultats d'un essai clinique original et randomisé, comparant deux traitements pharmacologiques de la bronchiolite virale aiguë chez le jeune patient hospitalisé», conclut le Dr Louis Morazain. ☐



Dr<sup>e</sup> Linda Pinsonneault

Médecin spécialiste en santé communautaire  
Médecin conseil en Santé environnementale  
Direction de la santé publique de la Montérégie



## Le virus du Nil occidental: les données les plus à jour

Le virus du Nil occidental (VNO) est un arbovirus à ARN de la famille des *flaviviridae*, du genre *flavivirus*. Il fait partie du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise, dont fait également partie le virus de l'encéphalite de St-Louis. Le VNO a été identifié pour la première fois en 1937 en Ouganda dans la province du Nil Occidental. Il est présent en Afrique, en Europe, au Moyen-Orient, en Asie de l'Ouest et, depuis 1999, en Amérique du Nord.

Comme pour les autres arboviroses, le VNO circule principalement dans un réservoir animal. Les oiseaux, notamment les passereaux, servent de réservoir pour ce virus qui est transmis par certaines espèces de moustiques. Sur les 57 espèces de moustiques dénombrées au Québec, 4 ont été identifiées comme porteuses du virus en 2002, bien que plusieurs autres espèces, présentes aussi au Québec, aient été positives en Ontario et aux États-Unis dans la transmission du virus. Parmi l'ensemble des moustiques impliqués, il semblerait que les *Culex* aient joué un rôle important lors des éclosions survenues depuis quatre ans en Amérique du Nord, ainsi qu'en Europe. Dans le cycle écologique du virus, l'humain et les autres mammifères ne sont que des hôtes accidentels.

### Épidémiologie

Introduit sur le continent nord américain à New York, en 1999, le VNO a connu une expansion géographique marquée. Cependant, avant 2002, le nombre de personnes infectées est demeuré relativement faible, soit 62, 21 et 66 individus par an, respectivement pour les années 1999, 2000 et 2001. La situation a changé de façon importante en 2002: près de 4 200 cas d'infection et 284 décès dus au VNO ont été recensés aux États-Unis<sup>1</sup>. La même année, des cas humains (325) ont été confirmés pour la première fois au Canada, dont 307 cas en Ontario et au moins 16 au Québec<sup>2</sup>. L'ensemble de la situation en Amérique du Nord en fait la plus grande épidémie de virus du Nil à être documentée. Lors des éclosions dans la région de New York en 1999 et 2000, entre 0,5% et 2,6% des personnes habitant les zones les plus touchées aurait été infectées par le virus<sup>3,4</sup>.

Le risque d'infection ne varie pas en fonction de l'âge ou du sexe. Cependant, le risque de souffrir d'une maladie grave ou d'en décéder augmente à partir de l'âge de 40 ans<sup>5</sup>.

### Caractéristiques cliniques

La piqûre de moustique constitue le principal mode de transmission chez l'humain. Cependant des cas de transmission par transfusion<sup>6</sup>, transplantation<sup>7</sup>, percutanée chez des travailleurs de laboratoire<sup>8</sup>, transplacentaire<sup>9</sup> et par le lait maternel<sup>10</sup>, ont également été rapportés dans la littérature durant la saison 2002.

Suite à une piqûre de moustique, la durée d'incubation est d'environ 6 jours et peut varier de 3 à 15 jours; mais environ 80% des personnes infectées ne présenteront aucun symptôme. La majorité des autres souffriront d'un syndrome bénin (Figure 1) de type grippal, d'une durée de 3 à 6 jours. Une maladie neurologique sévère, l'encéphalite, la méningo-encéphalite ou la méningite, se développera chez environ une personne infectée sur 150. La létalité associée aux formes sévères de l'infection se situe à environ 10% (5% -14%)<sup>11</sup>. Plus de 50% des survivants à une maladie neurologique présenteront des séquelles un an plus tard<sup>12</sup>. Parmi une série de 64 patients, admis en 2002 pour une infection due au VNO dans l'un des sept hôpitaux de la région de Toronto, la létalité observée a été de 18%; seulement 28% des survivants ont pu quitter l'hôpital sans avoir besoin de services supplémentaires<sup>13</sup>. Par ailleurs, plusieurs nouveaux syndromes cliniques ont été décrits en association avec le VNO depuis son apparition en Amérique du Nord (Figure 2).

Figure 1: Symptômes associés à la fièvre du Nil occidental\*

- fièvre modérée à élevée (>38°C)
- maux de tête
- arthralgies
- éruptions cutanées
- fatigue
- douleurs oculaires
- problèmes gastro-intestinaux

Figure 2: Syndromes cliniques émergents\*

- paralysie flasque unilatérale ou bilatérale avec ou sans altérations sensorielles (ex. paresthésies)
- troubles du mouvement (tremblements, myoclonies)
- parkinsonisme (rigidité en roue dentée, bradykinésie, instabilité posturale)
- rhabdomyolyse (destruction massive des cellules musculaires)
- neuropathie périphérique
- polyradiculopathie
- névrite optique
- lésions chorio-rétiniennes
- encéphalite démyélinisante aiguë
- potentiel tératogène?

\*Tiré d'une présentation de Michel Couillard, Ph.D. lors du Symposium sur le virus du Nil occidental, Montréal, 29 avril 2003.

## Traitement

Il n'existe actuellement pas de traitement spécifique contre le virus du Nil. Les seuls traitements disponibles sont les traitements de soutien, exigés par l'état du patient, et le traitement des surinfections bactériennes.

Le cas d'une patiente israélienne, immunosupprimée, traitée avec succès à l'aide d'*immunoglobuline IV*, a été rapporté dans la littérature. Cependant, le niveau d'anticorps spécifiques contre le VNO, dans les produits israéliens, est beaucoup plus élevé que ce qui est retrouvé en Amérique du Nord<sup>14</sup>.

La *Ribavirine* a été étudiée, mais le niveau d'effets secondaires observés aux doses requises était trop élevé. Des essais avec de l'*interféron  $\alpha$ -2b* sont en cours; aucun résultat, même préliminaire, n'est disponible à ce jour.

## Méthodes diagnostiques

Le diagnostic d'infection à VNO est posé en laboratoire. Plusieurs techniques sont possibles, soit l'isolement viral, la recherche d'antigènes viraux ou d'acides nucléiques et la sérologie. L'isolement viral est difficile, peu sensible et exige un niveau de confinement élevé (niveau 3), ce qui en limite l'utilisation à des fins de recherche.

La **détection d'antigènes viraux** n'est pas utilisée pour le diagnostic clinique, en raison de la disparition de la virémie lors de l'apparition des symptômes. Cette méthode peut toutefois être utilisée pour le dépistage des dons de sang, faits durant la période d'incubation de la maladie. La détection d'acide nucléique par RT-PCR est utilisée sur le liquide céphalo-rachidien. Vu la grande spécificité du test, un seul test positif est suffisant pour confirmer le diagnostic; mais puisque la sensibilité est relativement faible (50%), un test négatif n'exclut pas cette possibilité.

La **sérologie** peut être réalisée par différentes méthodes. Elle est habituellement faite sur des sérums pairés pris à deux semaines d'intervalle. Présentement, seuls le *Laboratoire de santé publique du Québec* et le *Laboratoire de Santé Canada à Winnipeg* sont en mesure de réaliser les analyses nécessaires au diagnostic. Dans ces circonstances, il est recommandé de demander ces analyses uniquement lorsque le patient présente des symptômes de maladie neurologique compatible durant la période des moustiques ou lors de circonstances particulières, tout en gardant en mémoire que la majorité des cas humains surviennent habituellement en août et septembre, au Québec.

Les encéphalites causées par les arbovirus sont à déclaration obligatoire auprès de la Direction de santé publique (DSP) du territoire où réside le patient. Un projet de règlement a été publié dans la Gazette Officielle du Québec afin que le VNO devienne une maladie à déclaration obligatoire (MADO) sous peu.

## Prévention

En l'absence de vaccin, le meilleur moyen de prévenir l'infection est d'en interrompre la transmission. Des actions peuvent être prises à plusieurs niveaux pour atteindre cet objectif. Les individus peuvent se protéger des piqûres de moustiques à l'aide de moustiquaires et en utilisant de façon appropriée des moyens de protection personnelle. À cet effet, les recommandations seront similaires à celles faites lors de voyages dans des régions où des maladies vectorielles sont présentes. Ainsi, il est recommandé de porter des vêtements longs, clairs et amples et d'utiliser des chasse-moustiques, particulièrement à l'aube et à la brunante. Ces conseils devront être pondérés en fonction du risque individuel et de la situation épidémiologique du moment.

Par ailleurs, diverses mesures ont été prises par *Héma-Québec* pour prévenir la transmission du virus du Nil par transfusion. *Héma-Québec* a, notamment, augmenté ses réserves de certains produits congelés et mettra en place un test de dépistage pour les dons de sang.

## Contrôle

La réduction du nombre de moustiques peut également aider à réduire la transmission du VNO. Ainsi, les autorités de santé publique recommandent de réduire les sites domestiques favorables à la reproduction des moustiques, notamment les eaux stagnantes (jardins d'eau non aérés, bacs ouverts, piscines non entretenues, etc.).

Des **larvicides** seront également utilisés dans certains secteurs de la région de Montréal où l'activité du virus avait été importante en 2002. Ces larvicides sont le *bacillus thurengensis var. israelensis* (Bti) et le méthoprène. Ces deux produits ont un profil d'innocuité bien démontré et ne représentent pas de risque pour la santé.

Advenant une éclosion importante, il serait possible d'utiliser des **adulticides**, qui sont des insecticides visant à éliminer les moustiques sous leur forme adulte, bien que cette utilisation ne soit prévue qu'en dernier recours. En effet, les produits considérés (perméthrine, resméthrine ou malathion), ne sont pas aussi sécuritaires que les larvicides.

La **perméthrine** a été associée à des épisodes d'urticaire et peut provoquer des paresthésies transitoires. Aucun cas d'intoxication systémique n'a été rapporté dans la littérature. Des effets de modificateurs endocriniens ne peuvent être exclus à la suite d'une exposition chronique. Quant à la **resméthrine**, des paresthésies sont possibles, mais n'ont pas été documentées, non plus que des intoxications systémiques. Aucun effet à long terme n'est documenté pour ce produit<sup>15</sup>.

Le **malathion** est un pesticide organophosphoré, qui agit comme inhibiteur de la cholinestérase et qui est donc susceptible de causer des symptômes importants lors d'une intoxication (Figure 3). Ces intoxications sont à déclaration obligatoire à votre DSP.

Figure 3: Symptômes d'une intoxication au malathion selon le degré de gravité\*\*

<b>Léger</b>	Anorexie, céphalée, étourdissement, faiblesse, anxiété, inconfort sous sternal, tremblement de la langue et des paupières, myosis et diminution de l'acuité visuelle
<b>Modéré</b>	Nausée, hypersalivation, crampes abdominales, vomissements, diaphorèse, bradycardie, fasciculations et faiblesse musculaire
<b>Sévère</b>	Diarrhée, pupille figée en tête d'épingle, difficultés respiratoires, œdème pulmonaire, cyanose, relâchement des sphincters, rigidité musculaire, convulsions, coma, bloc cardiaque. De l'hypoglycémie et une pancréatite aiguë ont déjà été observées.

\*\* Extrait de Samuel O, et al. *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : insecticides organophosphorés et carbamates*. Comité de santé environnementale du Québec, 1998.

## Conclusion

L'infection à virus du Nil occidental demeure une infection rare au Québec, mais elle est susceptible d'engendrer une morbidité et une mortalité importante chez les personnes atteintes.

<sup>1-15</sup> Les références sont disponibles sur demande à la FMSQ.



## L'assurance de groupe habitation : brillamment pensée

- Une assurance de type « tous risques »
- Des protections essentielles contre la majorité des événements accidentels
- Des protections optionnelles selon vos besoins particuliers

Pour votre cabinet, informez-vous sur nos produits d'assurance commerciale

*Simple comme bonjour !*

Demandez une soumission au :

Montréal : **(514) 350-8282** / Québec : **(418) 835-4202**

Autres régions : **1 866 350-8282**

Pour plus d'information, visitez [www.sogemec.qc.ca](http://www.sogemec.qc.ca)



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# NOS FILIALES

Jacques Duvivier, B.A.A.

Conseiller en sécurité financière  
Sogemec Assurances inc.

## L'assurance perte de revenu individuelle... qu'en est-il exactement?

**V**ous avez peut-être entendu dire, par certains courtiers, que leurs produits d'assurance individuelle étaient supérieurs à ceux que **vous offre votre Fédération?** Leur insistance n'a d'égal que leur zèle à répandre «leur» bonne nouvelle. Mais qu'en est-il exactement?

À priori, retenez que tout produit d'assurance perte de revenu est bon, en autant qu'il rencontre son objectif principal, qui est de remplacer votre revenu en cas d'invalidité, suite à un accident ou à une maladie. Alors, quel produit est vraiment le plus avantageux pour vous?

L'argument majeur des courtiers d'assurance individuelle est que leur prime est garantie et ne peut changer. C'est vrai. Par contre, comme leur prime est plus élevée que celle du régime que votre Fédération vous offre, vous adhérez généralement à une protection inférieure à celle dont vous avez réellement besoin, et ce, au moment où vous en avez le plus besoin. Ces courtiers vous suggèrent habituellement d'opter pour un délai de carence de 90 jours au lieu de 30 jours, alors que vous ne pouvez peut-être pas vous permettre un délai aussi long avant de recevoir vos prestations d'invalidité, surtout en début de carrière. **Le régime de votre Fédération vous permet de couvrir votre revenu professionnel après impôt à 100%, tout en ayant la facilité de choisir un délai de carence adapté à vos besoins, et ce, en respectant votre budget.**

De plus, vous avez probablement déjà entendu le commentaire arguant que, si votre Fédération décidait de mettre fin à votre contrat d'assurance collective, vous vous retrouveriez sans protection. Rien de plus faux. Votre Fédération vous a négocié un droit de transformation, qui vous assure la continuité de vos protections advenant une telle éventualité.

Depuis 25 ans,  **votre Fédération travaille en étroite collaboration avec sa filiale, Sogemec Assurances**, pour vous offrir les meilleurs produits d'assurance, de même que les protections les mieux adaptées à votre profession. L'expérience et l'expertise que **Sogemec Assurances** a acquises, au fil des ans, demeurent la meilleure garantie que vous puissiez trouver sur le marché.

Communiquez avec un conseiller de **Sogemec Assurances**, dès aujourd'hui, pour connaître les avantages des produits que  **votre Fédération** peut vous offrir, ou pour vérifier si vos protections actuelles répondent à tous vos besoins. ☒



17

imaginée par vous



## Votre protection est en santé

### Assurance de personnes

Assurance vie, invalidité, frais de bureau, médicaments, maladie, soins dentaires, maladies graves.

### Assurances générales

Assurance automobile, habitation, commerciale.

Sogemec a été conçue par des médecins pour des médecins : voilà pourquoi nos protections suivront parfaitement votre rythme.

Appelez un conseiller dès aujourd'hui pour bénéficier de conseils que vous n'entendrez pas ailleurs.

Montréal  
tél. : (514) 350-5070  
sans frais : 1 800 361-5303

Québec  
tél. : (418) 658-4244  
sans frais : 1 800 720-4244

**Sogemec**  
ASSURANCES

[www.sogemec.qc.ca](http://www.sogemec.qc.ca)



# NOS FILIALES

Pascale Mongrain, CA avocate

Directrice-Formation et planification financière  
Fonds des professionnels



## L'incorporation des professionnels est-elle pour vous?

**N**en doutez plus: l'incorporation des professionnels sera bientôt une réalité. En effet, étant donné les modifications apportées au *Code des professions* en juin 2001, et puisque le Collège des médecins est à élaborer un règlement sur le sujet, la question de savoir si vous devriez constituer ou non une compagnie pour exercer votre profession devient de plus en plus pertinente.

En tant que médecins spécialistes, la plupart d'entre vous exercez présentement votre profession par le biais d'une entreprise individuelle, c'est-à-dire que vous pratiquez «à votre compte» et êtes considérés, d'un point de vue fiscal, comme des travailleurs autonomes. Lorsque le règlement du Collège des médecins sera en vigueur, vous devrez évaluer l'opportunité de constituer une compagnie (aussi appelée «société par actions» ou simplement «société») aux fins d'exercer votre profession.

Pour vous donner une idée de la complexité du sujet, voici un sommaire de certains des éléments que vous devrez alors considérer:

### Le fractionnement du revenu

La possibilité de fractionner le revenu généré par la compagnie entre les membres de votre famille (dans la mesure où ceux-ci auront le droit d'être actionnaires de votre compagnie) et, par conséquent, de minimiser votre fardeau fiscal familial. L'utilisation de cette stratégie fiscale dépendra toutefois, et entre autres facteurs, de l'âge et du niveau de revenus des membres de votre famille.

### Le type de retraits

Le type de retraits que vous effectuerez de votre compagnie pour rencontrer votre coût de la vie: d'une part, à titre d'actionnaire, vous pourrez recevoir des dividendes; d'autre part, en contrepartie de vos services et afin de vous permettre de contribuer à votre REER, la compagnie pourra vous verser un salaire.

### L'épargne

La capacité d'épargner et d'accumuler, au sein même de la compagnie, une partie de son revenu net annuel: si cela est permis par votre ordre professionnel, le capital ainsi accumulé pourrait faire l'objet d'un report d'impôt avantageux, vu la différence entre certains taux d'imposition corporatifs et ceux s'appliquant aux particuliers.

### Les dettes

L'usage éventuel de liquidités corporatives pour acquérir de l'équipement, pour rembourser des dettes professionnelles ou pour assumer des frais non déductibles aux fins de l'impôt: dans certains cas, cela pourrait constituer un avantage d'exercer en compagnie.

### Le régime de retraite individuel

La possibilité de mettre sur pied un «régime de retraite individuel», c'est-à-dire un régime de retraite pouvant, dans certaines situations, bonifier l'épargne aux fins de la retraite.

### La vente de votre cabinet

L'éventualité que vous vendiez un jour votre cabinet: si vous avez exercé votre profession dans le cadre d'une compagnie, le profit réalisé à la vente de vos actions, jusqu'à concurrence de 500 000 \$ et à certaines conditions, pourrait être exempté d'impôts.

### Les charges supplémentaires

L'impact sur vos cotisations au Fonds des services de santé du Québec et à la CSST et sur l'obligation d'effectuer des dépenses de formation en vertu de la *Loi favorisant le développement de la main-d'œuvre*; ces charges pourraient représenter un coût additionnel par rapport à votre situation actuelle.

### Le congé fiscal du Québec

Si vous n'avez pas encore commencé à exercer votre profession et que vous commencez à le faire au moyen d'une compagnie, vous aurez droit à l'exonération d'impôt du Québec et à l'exonération de cotisations au Fonds des services de santé, pendant une période de cinq ans: ce congé fiscal pourrait être tout à votre avantage.

Évidemment, après avoir considéré tous ces éléments, il ne faudra pas oublier de tenir compte des frais de constitution d'une compagnie, des honoraires des professionnels qui devront être impliqués dans le cadre du transfert, en faveur de votre compagnie, des actifs que vous utilisez actuellement dans votre pratique médicale (mobilière, équipement, achalandage, etc.) et des frais juridiques et comptables annuels reliés à l'existence d'une compagnie.

En somme, les avantages et inconvénients de l'incorporation des professionnels sont propres à chacun de vous et ne deviennent concluants, dans leur ensemble, qu'à la lumière de votre niveau de revenus annuels, de votre situation familiale, de votre coût de vie, de votre âge et de l'évolution de votre carrière.

### Présentations de l'automne 2003

Afin que vous puissiez prendre une décision éclairée quant à l'organisation de vos activités professionnelles, nous avons préparé une conférence portant sur les aspects pratiques de l'incorporation et incluant une variété d'exemples concrets, calculs à l'appui. Nous mettrons cet exposé à jour en fonction des propositions de règlement rendues publiques par le Collège des médecins et vous le présenterons, à compter de l'automne 2003, à travers la province. Nous vous tiendrons au courant des dates et lieux de nos présentations. Au plaisir de vous y retrouver! ☐

# SAVIEZ-VOUS QUE...

## Le Dr Pierre Gauthier reçoit le Prix Letondal

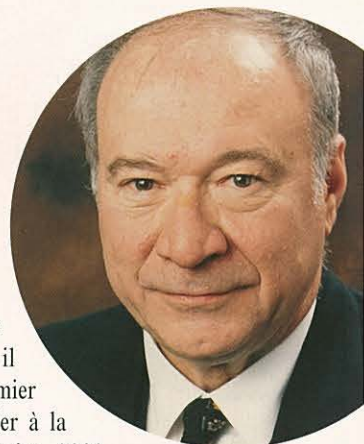
L'Association des pédiatres du Québec a attribué le Prix Letondal 2003 au Dr Pierre Gauthier, pour souligner sa carrière remarquable.

En effet, dès le début de sa pratique en pédiatrie et déjà conscient de l'importance de fournir une médecine spécialisée en régions, le jeune pédiatre s'installe à Sept-Îles. Pendant 13 ans, il sera le seul pédiatre à couvrir la région de la Côte-Nord. Travailleur infatigable, il commence par bâtir et organiser l'Hôpital de Sept-Îles. Il fut président du CMDP de l'hôpital, pendant plus de vingt ans, et occupera le poste de directeur des services professionnels à plusieurs reprises. Se faisant l'ardent défenseur d'une médecine de qualité en régions, il ne cessera de recruter des médecins omnipraticiens et spécialistes pour venir exercer dans son milieu.

En plus de servir sa région, il décide de prendre une part active dans les affaires de la médecine spécialisée à travers le Québec, en se faisant élire

au Conseil d'administration de la Fédération des médecins spécialistes du Québec en 1983. Siégeant d'abord à la Table de concertation des effectifs médicaux et au Comité de rémunération forfaitaire, il occupera les postes de deuxième et de premier vice-président de la FMSQ, avant d'accéder à la présidence en 1993, qu'il assumera jusqu'en 2000. Malgré les périodes difficiles du déficit zéro, du virage ambulatoire et de la réduction de la main-d'œuvre médicale, la Fédération des médecins spécialistes réussira, sous son leadership, à amoindrir les effets néfastes de ces mesures sur la qualité des soins spécialisés offerts aux Québécois et Québécoises.

En dehors de toutes ses activités médicales, il prend le temps de s'engager dans sa communauté, en parrainant plusieurs causes sociales, telles la paralysie cérébrale, l'épilepsie et la Croix-Rouge. ☐



## Don de 340 074 \$ à la banque alimentaire de Moisson Montréal

Les médecins spécialistes ont répondu généreusement à l'invitation de Moisson Montréal, par le biais de l'encart inséré à titre gracieux dans *Le Spécialiste* de décembre 2002, en donnant un total de 340 074 \$ à la banque alimentaire du Grand-Montréal.

Moisson Montréal a remis un certificat à la FMSQ pour sa participation à son 15<sup>e</sup> Non-réveillon qui a servi à nourrir les familles à faible revenus et monoparentales, les enfants et les personnes seules, par le biais de soupes populaires, de repas en milieu scolaire et de cuisines collectives, dont les clientèles sont en hausse dans le Grand-Montréal.

«Grâce à votre collaboration à cette grande chaîne de solidarité, Moisson Montréal pourra poursuivre sa mission de soutien alimentaire auprès de 225 organismes qui viennent en aide à plus de 150 000 personnes, dont 70 000 enfants en difficulté de la région du Grand-Montréal. Nous remercions très chaleureusement nos partenaires de la Fédération des médecins spécialistes du Québec», écrit François Charbonneau, directeur général de Moisson Montréal. ☐

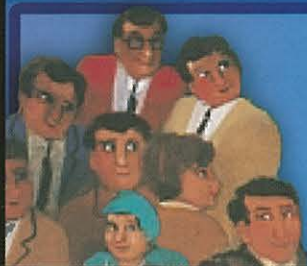


FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

Pour de l'information sur votre Fédération

Visitez notre site internet

[www.fmsq.org](http://www.fmsq.org)





## La maladie de Crohn: traitements courants et expérimentaux

**L**a maladie de Crohn est une maladie inflammatoire d'étiologie inconnue, pouvant affecter tout le tractus digestif par une inflammation transmurale qui peut mener à la fibrose et à la formation de fistules. Elle se caractérise par des épisodes de rechutes et de rémissions; 80% des patients atteints auront éventuellement recours à la chirurgie. Les symptômes les plus fréquents sont: douleur abdominale, diarrhée, rectorrhagie, fièvre et perte de poids. Une atteinte péri-anales touche le tiers des patients.

### Traitements

#### 5-AAS

Il s'agit d'anti-inflammatoires conçus pour agir au niveau de l'iléon et du côlon dans les atteintes légères à modérées. Une réponse clinique est obtenue dans 40% à 60% des cas, après 4 semaines de traitement.

#### Antibiotiques (Ciprofloxacine, métronidazole)

La flore bactérienne intestinale joue un rôle probable de propagation de la cascade inflammatoire dans la maladie de Crohn. Les antibiotiques sont utiles pour les patients souffrant d'une atteinte légère à modérée, face à un échec à la thérapie ou une intolérance aux 5-AAS. Le métronidazole est également utilisé pour les abcès et fistules péri-anales, seul ou en association avec un drainage chirurgical, selon les cas.

#### Corticostéroïdes

Ceux-ci sont habituellement indiqués chez les patients ayant une atteinte modérée à grave de la maladie de Crohn. La dose initiale est de 40-60 mg/jour. Avec la prise de corticostéroïdes, 60% à 80% des patients obtiendront une réponse clinique dans les 2 semaines suivant le début de la thérapie. Les risques à long terme incluent l'ostéoporose, la nécrose avasculaire de la tête fémorale, la formation de cataractes, le diabète et l'hypertension artérielle. De plus, on constate que 20% des patients présenteront une résistance aux stéroïdes et 30% développeront une cortico-dépendance.

#### Budésonide

Il s'agit d'un glucocorticoïde ayant une très faible activité systémique en relation avec son métabolisme hépatique rapide. Le budésonide s'avère très efficace, mais moins cependant que les corticostéroïdes conventionnels. Il est indiqué dans les cas de maladie avec une atteinte

légère à modérée ayant échoué au traitement à base de 5-AAS et à l'antibiothérapie. L'efficacité du budésonide à long terme n'a pas été démontrée.

#### Agents immunomodulateurs

L'azathioprine et son métabolite, le 6-mercaptopurine, sont utilisés avec succès dans les cas de résistance ou de dépendance aux corticostéroïdes et les cas de maladies avec fistules. Le principal effet toxique de ces agents est l'atteinte de la moelle osseuse. Par ailleurs, on assiste chez certains patients à une augmentation des enzymes hépatiques, et, plus rarement quelques-uns développent une pancréatite. Avec ces agents, 50% des patients entreront en rémission, 65% réussiront à se sevrer des stéroïdes et 40% verront leurs fistules régresser et se fermer. L'efficacité survient après 2 à 6 mois de traitement. La durée optimale de thérapie n'est pas clairement définie, mais la tendance est de poursuivre le traitement de façon indéfinie.

#### Méthotrèxate

Chez 40% des patients, la phase de rémission est obtenue avec une dose de 25 mg de méthotrèxate par voie intramusculaire sur une base hebdomadaire. Un traitement hebdomadaire d'entretien de 15 mg par voie intramusculaire est efficace chez 65% des patients.

#### Cyclosporine

Malgré son efficacité bien démontrée dans les cas de colite ulcéreuse grave, son rôle demeure incertain dans la maladie de Crohn. Son effet pourrait être bénéfique pour réduire le drainage des fistules.

#### Agents biologiques

##### Infliximab (Remicade)

Cet agent est un anticorps monoclonal chimérique se liant de façon spécifique au facteur de nécrose tumorale alpha (TNF $\alpha$ ) humain. Ce dernier est un agent pro-inflammatoire clé dans la cascade inflammatoire de la maladie de Crohn. L'Infliximab neutralise la TNF $\alpha$  en s'attachant à ses récepteurs, détruisant ainsi les «cellules effectrices» activées. On constate que 80% des patients ont une réponse clinique favorable 4 semaines après une seule injection de 5 mg/kg. Dans 33% des cas on obtient une rémission, comparativement à 4% dans le groupe placebo. L'efficacité de cet agent se dissipe après 8 semaines, ce qui justifie de répéter le traitement aux 8 semaines, si l'on veut maintenir une rémission à plus long terme. Après un an d'injections régulières, le taux de réponse diminue à 50%. Il se peut que ceci soit dû au développement d'anticorps anti-TNF $\alpha$ . L'administration conjointe

d'azathioprine ou de méthotrexate est recommandée pour prolonger la durée de la réponse clinique, possiblement en réduisant la formation d'anticorps anti-chimériques.

### CDP-571

Il s'agit d'une molécule anti-TNF $\alpha$  humaine, qui démontre une réponse clinique chez 45% des patients après une seule injection. L'avantage de cet agent, par rapport à l'Infliximab, n'a pas été démontré.

### Interleukine-10

Bien que cette cytokine ait des propriétés anti-inflammatoires connues, les études randomisées n'ont pas démontré d'efficacité significative.

### Anticorps anti-intégrine

L'intégrine alpha-4 joue un rôle dans la migration des leucocytes et une étude récente, évaluant un anticorps contre cette intégrine (natalizumab), a démontré un taux de rémission de 44% après 6 semaines de traitement.

### Thalidomide

Cet agent, utilisé auparavant dans l'*hyperemesis gravidarum*, fut rapidement retiré du marché suite à l'apparition de malformations congénitales graves. Toutefois, la thalidomide diminue la production de TNF $\alpha$  et IL-12. Dans deux «études ouvertes» 70% des patients, traités avec la thalidomide pendant 12 semaines, ont obtenu une réponse clinique et 20% sont entrés en rémission. Près de 44% des patients ont pu cesser les corticostéroïdes. Il se pourrait que cet agent joue un rôle significatif dans la maladie avec fistules.

### Oligonucléotides anti-sens (ICAM-1 et le facteur nucléaire Kappa-B)

De petites études ont rapporté des résultats encourageants pour ces agents qui se lient à l'ARN ou l'ADN ou encore bloquent l'expression de certaines protéines impliquées dans la cascade inflammatoire.

### Huile de poisson (acides gras libres, Oméga-3)

Ces agents réduisent l'activité des cytokines. Dans une étude comparant l'huile de poisson à des triglycérides à chaînes moyennes, la période de rémission fut maintenue à 59% dans le groupe ayant reçu l'huile de poisson, comparativement à 26% pour le groupe prenant des triglycérides. Une étude avec contrôle placebo est présentement en cours.

## Thérapie anti-tuberculeuse

Depuis plusieurs décennies, on soupçonne un lien entre la maladie de Crohn et les mycobactéries. Récemment, la présence de M-paratuberculosis fut détectée dans des biopsies de patients souffrant de la maladie de Crohn, grâce à l'utilisation de la technique PCR. Une méta-analyse, comprenant 7 études cliniques, a conclu que le traitement anti-mycobactérien pourrait avoir un rôle à jouer chez un groupe de patients sélectionnés, mais le nombre restreint de patients limite l'obtention de conclusions valables.

## Conclusion

Une compréhension croissante des mécanismes pathophysiologiques impliqués dans le processus inflammatoire de la maladie de Crohn a contribué à tracer la voie pour la création d'agents, tels que l'Infliximab et autres agents biologiques. De plus, des études génétiques promettent une meilleure différenciation des sous-catégories de la maladie de Crohn. On pourra ainsi cibler de façon plus judicieuse le traitement médical ou chirurgical approprié pour chaque patient, et ce, à une étape plus précoce dans l'évolution de la maladie. ☐

## Références

- Hanauer S, Schaible T, DeWoody K, et al. Long term follow up of patients treated with Infliximab (Anti-TNF Alpha Antibody) in clinical trials (abstract). *Gastroenterology* j2000;18:A566.
- Campieri M, Ferguson A, Doe W, et al. Oral budesonide is as effective as oral prednisone in active Crohn's disease. The Global Budesonide Study Group. *Gut* 1997;41:209.
- Greenberg GR, Feagan BG, Martin F, et al. Oral budesonide for active Crohn's disease. Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group. *N Engl J Med* 1994;331:836.
- Yacyszyn BR, Bowen-Yacyszyn MB, Jewell L, et al. A placebo-controlled trial of ICAM-1 antisense oligonucleotide in the treatment of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1998;114:1133.
- Belluzzi A, Brignola C, Campieri M, et al. Effect of an enteric-coated fish oil preparation on relapses in Crohn's disease. *N Engl J Med* 1996;334:1557.
- Schreiber S, Fedorak RN, Nielsen OH, et al. Safety and efficacy of recombinant human interleukin 10 in chronic active Crohn's disease. Crohn's Disease IL-10 Cooperative Study Group. *Gastroenterology* 2000;119:1461.
- Ehrenpreis ED, Kane SV, Cohen LB, et al. Thalidomide therapy for patients with refractory Crohn's disease: a open-label trial. *Gastroenterology* 1999;117:1271.
- Lipsky JJ. Mycophenolate mofetil. *Lancet* 1996;348:1357.
- Hulten K, El-Zimaity HM, Karttunen TJ, et al. Detection of Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis in Crohn's diseased tissues by in situ hybridization. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1529.



**\* Robert Vincent, un patient atteint d'arthrite, mène une vie meilleure.**

Merck Frosst, une société pharmaceutique, fait des découvertes qui changent notre vie de tous les jours. Plus de 300 scientifiques de renommée internationale œuvrent au Centre de recherche thérapeutique Merck Frosst. Leurs travaux se sont traduits par la publication de plus de 1 350 articles et ont mené à des découvertes qui ont contribué de façon importante au mieux-être des patients asthmatiques et arthritiques. Après des percées remarquables dans l'étude des leucotriènes et des prostaglandines, les chercheurs de Merck Frosst explorent maintenant de nouveaux domaines thérapeutiques. Le développement des inhibiteurs de la phosphodiesterase-4 pourrait conduire à la mise au point d'un nouveau traitement contre l'asthme et les troubles pulmonaires chroniques, et pourrait ouvrir de nouvelles voies de recherche dans la lutte contre les troubles inflammatoires. Les chercheurs de Merck Frosst examinent également le rôle possible des inhibiteurs des enzymes de dégradation dans l'inhibition de la résorption osseuse et la régénération du tissu osseux, afin de trouver des traitements contre les effets dévastateurs de l'ostéoporose. Découvrir toujours plus, vivre toujours mieux, voilà la devise des chercheurs de Merck Frosst qui jour après jour veulent redonner espoir à un plus grand nombre de gens.

Visitez notre site Web :  
<http://www.merckfrosst.com>



**MERCK FROSST**

*Découvrir toujours plus.  
Vivre toujours mieux.*



# LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

Aline Charest

en collaboration avec le Dr Gilles Hudon,  
directeur de l'Office de développement professionnel  
et des Politiques de la santé

## Dr Paul Roy Pionnier mondial en angioradiologie

À une époque où l'imagerie médicale se limitait aux rayons X et aux plaques photographiques, le Dr Paul Roy innovait en créant la première unité d'angioradiologie au Canada, impressionnant nos voisins du Sud par ses inventions technologiques en radiologie cardiovasculaire.

Natif de Montréal, Paul Roy a eu la piqûre de la médecine alors qu'il était étudiant au Collège André-Grasset, après avoir lu une biographie de Pasteur. Le jeune homme, qui hésitait entre le journalisme – il était le directeur du journal du collège – et l'architecture, choisit d'aller en médecine. En 1948, il entre à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et obtient son doctorat en 1954. Avant d'entreprendre sa formation en radiologie, il effectue un stage en chirurgie vasculaire auprès des Drs Georges-Étienne Cartier et Paul Cartier. Plus tard, il terminera sa résidence par un stage au *Armed Forces Institute of Pathology* à Washington.

Sa carrière radiologique débute à l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1958; elle s'y poursuivra pendant 43 ans. En 1959, le Dr Albert Jutras, alors directeur du Département de radiologie, lui donne «carte blanche» pour créer une unité de radiologie cardiovasculaire. Un projet qui frôle la science-fiction à l'époque! Le Dr Roy, qui s'apprêtait à choisir la neuroradiologie comme sous-spécialité, accepte de relever le défi, qui est de taille, car mis à part en Suède, il existait alors très peu de connaissances dans le domaine de l'angioradiologie. «J'ai dû me former seul, se rappelle-t-il, grâce aux encouragements d'un jeune médecin français, de passage à Montréal, et qui avait eu l'occasion d'observer le travail des Suédois lors d'un séjour à Stockholm.» C'est ainsi qu'en 1960, le Dr Roy sera le premier en Amérique à réaliser une artériographie carotidienne, non par ponction directe, mais bien par cathétérisme artériel fémoral percutané, selon la technique Seldinger.

En 1960, il devient le chef de la section d'angioradiologie de l'hôpital et débute une carrière fertile en inventions originales. Il concevra, au cours des années suivantes, des appareils et mettra au point des techniques spécifiques à la radiologie cardiovasculaire. Ces découvertes sont devenues familières aux radiologistes et cardiologues d'aujourd'hui, tels le système d'arceau (ou bras en «C», d'où naîtra l'appareil angiographique Saturn de la compagnie Picker) pour les études de la circulation sanguine cardiaque et vasculaire, la technique de cathétérisme artériel par voie axillaire percutanée et celle de la phlébographie des membres inférieurs. La table à large champ, permettant l'angiographie des membres sur toute leur longueur, est une autre invention du Dr Roy. Fabriquée à Montréal, elle fut utilisée partout dans le monde pendant plus de 35 ans.

Les Américains découvrent ses innovations en radiologie au 10<sup>e</sup> Congrès international de radiologie à Montréal en 1962. Il recevra le 1<sup>er</sup> prix avec un Certificat «Magna cum Laude» pour sa présentation de l'escamoteur automatique de cassettes à large champ, lors de la 50<sup>e</sup> assemblée annuelle de la prestigieuse *Radiological Society of North America* en 1964.

D'autres inventions suivront: la technique de l'angiographie posturale dans les syndromes vasculaires de l'émergence du membre supérieur, l'anesthésie locale du nerf tibial postérieur amenant une visualisation remarquable du lit d'aval dans l'artériographie des membres inférieurs, ainsi que le signe de l'éperon rénal, permettant de distinguer kyste simple et cancer. Tout au long de ces années, le Dr Jutras, son mentor, n'a cessé de l'inspirer par sa vision de la radiologie du futur. «C'était vraiment un visionnaire», dira-t-il des années plus tard.

Parallèlement à ses activités cliniques, il mène une carrière académique et enseigne comme professeur titulaire au Département de radiologie de l'Université de Montréal dès 1971. Il publiera une soixantaine d'articles médicaux et présentera 106 communications scientifiques au Canada, aux États-Unis et en Europe, qui lui vaudront différentes distinctions, dont le titre de membre honoraire de la *Toronto Radiological Society* (1968), le certificat de Mérite de l'Association canadienne des radiologistes (1981) et le prix Albert-Jutras (1988) de la Société canadienne-française de radiologie. Nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1998, après avoir formé un grand nombre de radiologistes provenant du Canada et de l'étranger, il recevra la médaille du Doyen en 1999 et le Prix d'excellence et d'innovation de la Fondation Jean A. Vézina en 2001, pour couronner sa carrière.

Une contribution importante du Dr Roy est d'avoir ouvert la voie à la radiologie moderne, en remplaçant l'image du radiologiste «passif» par celle du médecin qui prend en charge toutes les étapes du suivi radiologique du patient, y compris la radiologie d'interventions percutanées à visées curatives. Avec son esprit d'avant-garde, il a accueilli chaleureusement l'arrivée des femmes en médecine, en ne manquant pas de souligner «leur talent, leur travail impeccable, leur efficacité, leur dévouement et leur souci de l'appartenance».

Connu pour sa patience et sa sérénité au travail, il a pu compter sur la collaboration dévouée de son épouse Lise, de même que sur l'affection de ses deux filles. Il a quatre petits-enfants, dont un petit-fils qui voudrait devenir médecin: une vocation à suivre... ☐



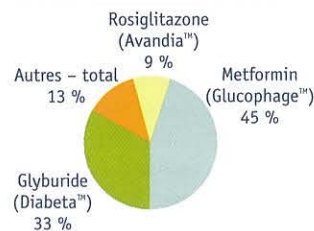
# le diabète

- On estime à 8,2 millions le nombre de visites effectuées, en 2002, dans les cabinets de médecins au Canada par des patients souffrant de diabète de type 1 et de type 2.
- Les médecins les plus fréquemment consultés étaient les omnipraticiens (73 %), suivis des spécialistes en médecine interne (23 %).
- La plupart des consultations ont été faites par des hommes (55 %). Voici la répartition des patients selon l'âge :

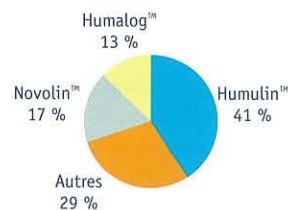
ÂGE	HOMMES	FEMMES
<b>Tous les âges</b>	<b>55 %</b>	<b>45 %</b>
0 à 19 ans	1 %	1 %
20 à 39 ans	6 %	7 %
40 à 49 ans	13 %	15 %
50 à 59 ans	26 %	19 %
60 à 69 ans	32 %	26 %
70 à 79 ans	16 %	22 %
80 ans et plus	6 %	10 %

- Pour 69 % des consultations, le médecin a recommandé un traitement pharmacologique. Les médicaments oraux et les médicaments à base d'insuline les plus souvent recommandés étaient les suivants :

Antidiabétiques oraux



Médicaments à base d'insuline



- Les pharmacies de détail canadiennes ont exécuté environ 12,1 millions d'ordonnances de médicaments contre le diabète, en 2002, une augmentation de 46 % par rapport aux 8,3 millions d'ordonnances exécutées en 1998. De ce nombre, 9,5 millions (79 %) étaient des ordonnances de médicaments oraux et 2,6 millions des ordonnances de médicaments à base d'insuline.
- Le tableau suivant illustre l'augmentation du nombre d'ordonnances de médicaments oraux exécutées au cours des cinq dernières années, alors que le nombre d'ordonnances de médicaments à base d'insuline est demeuré constant depuis 1998.

Antidiabétiques : estimation du nombre d'ordonnances exécutées dans les pharmacies de détail au Canada



Pour de plus amples renseignements : 1-888-400-4672  
www.imshealthcanada.com

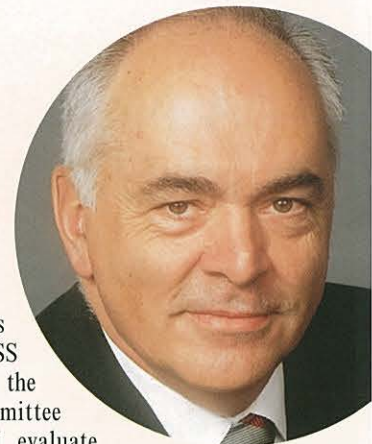
Une importante source d'information et d'analyse pour les secteurs de la santé au Canada





Dr. Yves Dugré

# A WORD FROM THE PRESIDENT



## A New Influx of Energy in Health Matters

**E**very new Board of Directors breathes new energy into the team. The newly-elected members who join those Directors already present change the dynamics of the team. They come from various settings, brimming with good will and looking forward to working for their peers. They bring a new vitality that is very positive.

I wish to thank those Directors who have retired at the end of their six-year term. I suspect they did so with a certain degree of nostalgia. It is always a little sad to leave an organization in which one has invested so much, particularly over the course of the last year. I would like to emphasize the important role Dr. Francine Mathieu-Millaire has played as Vice President. She has the gratitude of her peers, who have seen the energy with which she has defended the interests of medical specialists. I would also like to highlight the role of Dr. Gilbert Matte and his constant concern with manpower distribution, as well as his unfailing commitment to defending the end-of-career payment plan. Those leaving us have done their utmost and, who knows, they may join us again one day.

I take pride in introducing the members of the new 2003-2005 Board of Directors. Dr. Louis Morazain (our new Vice President), Dr. Richard Leblond (Secretary and Intermediate Regions Representative) and Dr. Marie-Laure Brisson (our Treasurer). The Counsellors who are continuing on – Dr. Pierre-R. Laberge (Outlying Regions Representative) and Dr. Michel Lallier – are joined by three new Counsellors, Drs. Jean Montreuil, Albert Plante and Denis Soulières. A profile of their respective careers can be found in the following pages.

Lastly, I hail the arrival of Dr. Philippe Couillard as the new provincial Minister of Health and Social Services. This is a plus for physicians and all those in the hospital network but, above all, it is a plus for patients to have a medical specialist heading up this government department. He knows the health system well, together with its constraints and needs. With all the promises the new government has been making with respect to health, we hope that the time for action has arrived and that patients will soon see positive changes, particularly in the length of waiting lists. We are starting off well with an open relationship with the new Minister and, as far as I am concerned, we will do everything to ensure our contacts remain fruitful.

### Our Three Health Priorities

As I mentioned recently when being interviewed, our three health priorities for 2003 and 2004 are negotiations, the management of medical manpower and the organization of hospital care with the aim of making technical resources more accessible and improving conditions of practice.

#### Priority No. 1: Negotiations

Our first priority is to continue negotiations with respect to the latest FMSQ-MSSS Agreement which, in particular, includes the important Remuneration Study Committee (Letter of Agreement 146\*) that will evaluate Canadian parity. This issue, which concerns each and every one of us, is already being handled. We have the independent expert, work is progressing well and the FMSQ is calling upon all the resources necessary to defend its point of view in this area. It has been agreed that the Committee will have compiled all required data by June 30 and will present its final report in October.

Still on the subject of negotiations, as a result of the new government's announcements that accessibility of care for all patients in Quebec is one of its priorities, six-month office practice ceilings will have to be modified. It is imperative that this promise is fulfilled. Other matters under negotiation must also be studied, such as the feasibility of an end-of-career management program for medical specialists. We are in the process of discussing this with the MSSS, so I will be coming back with further news for you in the near future.

In addition, as you are aware, Letter of Agreement 145\* includes a certain number of items that the previous government had agreed on with the Federation and had undertaken to look at during the year. We will therefore shortly be discussing on-call duty supplements, the remuneration of clinical researchers and medical teachers, a program of parental leave, the payment of medico-administrative duties, etc. with Dr. Couillard.

#### Priority No. 2: Medical Manpower

Regional medical manpower plans are also a major priority. We saw, during the latest dispute, that the government and the Federation differed on possible ways to remedy the shortage of physicians. We are asking that regional medical manpower plans for 2004-2007 are based on both the number of physicians available and also a clinical organization plan so that we can meet the needs of the population. We will be doing this in conjunction with the Federation's affiliated Associations, as set out in Letter of Agreement 129 covering the Medical Manpower Management Committee. Work has already begun, and a high level of input from all members of the Medical Manpower Committee will be required.

Another important point we will insist on is the need for a Teaching Organization Plan. Just as the Clinical Organization Plan is necessary to provide for a sufficient number of medical specialists throughout



# SUITE

Dr. Yves Dugré

## A New Influx of Energy in Health Matters

Quebec, it is important to set up a Teaching Organization Plan. To develop a credible plan, we have to know our needs regarding university research and teaching, professors, medical investigators and fellows in Quebec universities.

### Priority No. 3: Organization

Our third priority is the organization of hospital care. It is no secret that we are concerned about piecemeal funding. A stable level of funding is crucial if we are to have greater access to both human and material resources, not only in surgery but also in diagnostics, specialized medicine and mental health. Therefore, adequate and predictable hospital funding must be established to replace the present yo-yo pattern of funding, as we stated before the Romanow and Clair Commissions. Budget planning over a longer term will allow our conditions of practice to meet standards expected for the 21st century.

Finally, in addition to funding and taking manpower available over the short term into account, I would like to mention a final point that is vital to the image and future of specialized medicine in Quebec, and that is the consolidation of tertiary and quaternary services in Quebec City and Montreal. For example, decisions must be made rapidly with respect to bone marrow grafts, Mother & Child Centres, obstetrics and the relocation of ophthalmology to Quebec City, as well as the issue of the construction of teaching hospitals in Montreal which is dragging on, the CHUM and CSUM.

These, then, are the three priorities that we will be putting before the Minister in 2003 and 2004. With such a heavy negotiating schedule, everyone will agree that it is most important we do not have to negotiate with people from the MSSS who are constantly changing. Something as important as the management of the health system cannot be done on a catch-as-catch-can basis. It requires a stable foundation if we are to maintain a real partnership between government and medical specialists.

### Meeting with Dr. Couillard

We had a two-day session at the end of April that allowed newcomers to the Board of Directors to become aware of all active issues at the Federation and to discuss them with other Directors. Several committees held meetings and began working on priority matters, but many points of negotiation still remain to be finalized. We will be facing major challenges this year, including a Medical Manpower Day that we want to organize with all those concerned in the fall.

Finally, just as we are going to press, I would like to announce that the Board of Directors will be meeting Dr. Couillard on May 23 in the FMSQ offices. I will get back to you on the points that are discussed. ☐

Yves Dugré, President.

*\*EDITOR'S NOTE: See the letter and Schedule sent to all medical specialists on February 14, 2003 on the FMSQ-MSSS Agreement.*

LE SPÉCIALISTE

26



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

**For more information on your Federation**



**Visit our web site**

**[www.fmsq.org](http://www.fmsq.org)**

## Renseignements thérapeutiques NORVASC

(bésylate d'amlopidine) comprimés à 2,5, à 5 et à 10 mg antihypertenseur et antiangineux

### MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**NORVASC** (bésylate d'amlopidine) est un inhibiteur de l'entrée des ions calcium dans la cellule (antagoniste du calcium ou inhibiteur calcique). L'amlopidine est un antagoniste du calcium de la classe des dihydropyridines.

### INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

**Hypertension :** **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) est indiqué pour le traitement de l'hypertension essentielle légère ou modérée. Normalement, on devrait avoir recours à **NORVASC** quand l'administration d'un diurétique ou d'un bêtabloquant s'est révélée inefficace ou qu'elle a entraîné des effets indésirables inacceptables. On peut faire l'essai de **NORVASC** comme traitement initial lorsque l'administration de diurétiques et/ou de bêtabloquants est contre-indiquée ou encore, en présence d'une affection où ces médicaments entraînent souvent des effets indésirables graves. On a constaté que l'on peut associer **NORVASC** à un diurétique, à un bêtabloquant ou à un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et que cette association produit un effet antihypertenseur additif.

**Angine chronique stable :** **NORVASC** est indiqué pour le traitement de l'angine chronique stable (angine d'effort) chez les patients qui demeurent symptomatiques malgré l'administration de doses suffisantes d'un bêtabloquant ou d'un diuréte nitré ou encore, chez ceux qui ne peuvent tolérer ces agents. On peut faire l'essai de **NORVASC** en association avec un bêtabloquant pour traiter les patients atteints d'angine chronique stable dont la fonction ventriculaire est normale. Quand on établit un tel traitement, on doit prendre soin de surveiller de près la tension artérielle, car une telle association peut causer de l'hypotension.

### CONTRE-INDICATIONS

**NORVASC** (bésylate d'amlopidine) est contre-indiqué chez les patients qui se sont révélés hypersensibles à ce médicament ou aux autres dihydropyridines ainsi qu'en présence d'une hypertension grave (moins de 90 mmHg en systolique).

### MISE EN GARDE

**Intensification de l'angine de poitrine ou survenue d'un infarctus du myocarde** – Il est arrivé en de rares occasions que des patients, particulièrement en présence d'une coronaropathie obstructive grave, ont vu augmenter la fréquence, la durée ou la gravité de leur angine de poitrine ou ont subi un infarctus aigu du myocarde dès l'amorce d'un traitement par un antagoniste du calcium ou après une augmentation de la dose. On n'a pas élucidé le mécanisme sous-jacent de cet effet.

**Obstacle à l'éjection (sténose aortique)** – On doit faire preuve de prudence quand on administre **NORVASC** en présence d'un obstacle à l'éjection du sang par le ventricule gauche (sténose aortique).

**Administration dans les cas de dysfonction hépatique** – On ne dispose pas d'études valables sur l'administration du médicament en présence d'une dysfonction hépatique, par ailleurs, on n'a pas établi la posologie appropriée en pareil cas. Après avoir administré une dose unique de 5 mg à un nombre restreint de patients atteints d'une dysfonction hépatique légère ou modérée, on a observé une prolongation de la demi-vie de l'amlopidine. Par conséquent, on devrait faire preuve de prudence quand on administre **NORVASC** à de tels patients et surveiller ces derniers de près. Il peut être indiqué d'administrer une dose initiale plus faible (voir la rubrique **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

**Retrait des bêtabloquants** – **NORVASC** n'assure aucune protection contre les dangers du retrait brusque d'un bêtabloquant. Un tel retrait doit donc se faire graduellement.

### PRECAUTIONS

**Administration aux patients en insuffisance cardiaque** – En général, il est recommandé de faire preuve de prudence quand on administre un inhibiteur calcique à des patients en insuffisance cardiaque. Cependant, au cours d'essais cliniques à court et à long terme, on a observé que **NORVASC** n'exerce généralement pas d'effets néfastes sur la survie ni sur la morbidité cardiovasculaire chez de tels patients. Même si une bonne proportion des participants à ces essais avaient des antécédents de cardiopathie ischémique, d'angine de poitrine ou d'hypertension, ces essais n'avaient pas pour but d'évaluer le traitement de l'angine de poitrine ou de l'hypertension chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque en concomitance.

**Hypotension** – À l'occasion, **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) peut provoquer une crise hypotensive symptomatique. On recommande donc de surveiller de près la tension artérielle, particulièrement chez les patients qui ont des antécédents d'insuffisance vasculaire cérébrale et chez ceux qui prennent des médicaments dont on connaît l'effet hypotenseur.

**Œdème périphérique** – C'est un effet indésirable qui a été observé chez les patients. L'effet indésirable le plus courant a été un œdème périphérique léger ou modéré (voir la rubrique **LES EFFETS INDÉSIRABLES**). La fréquence de l'œdème périphérique s'est révélée proportionnelle à la dose; elle variait de 3 à 10,8 % dans la gamme posologique de 5 à 10 mg. On doit prendre soin de distinguer l'œdème périphérique des effets de l'aggravation d'un dysfonctionnement du ventricule gauche. **Administration en cas de grossesse** – Même si l'amlopidine n'a pas eu d'effet tératogène chez le rat, chez le lapin, certains agents du groupe des dihydropyridines se sont révélés tératogènes chez l'animal. Chez le rat, on a observé que l'amlopidine prolonge la durée de la gestation et de la mise bas. On ne dispose d'aucune donnée clinique sur l'administration de **NORVASC** à des femmes enceintes. Donc, en cas de grossesse, on devrait administrer **NORVASC** seulement lorsque les bénéfices escomptés l'emportent sur les risques encourus par la mère et le fœtus.

**Administration à la mère-nourrice** – On ne sait pas si l'amlopidine est excrétée dans le lait maternel chez l'humain. Étant donné que l'innocuité de l'amlopidine chez le nouveau-né n'a pas été établie, on déconseille d'administrer **NORVASC** aux mères qui allaitent.

**Administration à l'enfant** – L'administration de **NORVASC** chez l'enfant n'est pas recommandée, car on n'a pas encore établi son innocuité ni son efficacité dans ce groupe d'âge.

**Administration à la personne âgée** – Chez les patients âgés ( $\geq 65$  ans), la clairance de l'amlopidine diminue, ce qui entraîne une hausse de l'ASC. Dans les essais cliniques, la fréquence des effets indésirables observés chez les patients âgés s'est révélée supérieure de 6 % environ à celle des patients plus jeunes ( $< 65$  ans). Ces effets incluaient de l'œdème, des crampes musculaires et des étourdissements. On devrait donc faire preuve de prudence quand on administre **NORVASC** à des patients âgés. On recommande de régler la posologie en conséquence (voir la rubrique **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

**Interaction avec le jus de pamplemousse** – Selon les données publiées, le jus de pamplemousse peut faire augmenter la concentration plasmatique et les effets pharmacodynamiques de certains inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines en inhibant le cytochrome P450. Après l'administration par voie orale de 10 mg d'amlopidine, avec ou sans jus de pamplemousse, à 20 volontaires sains de sexe masculin, on a constaté que les paramètres pharmacocinétiques de l'amlopidine variaient peu beaucoup.

**Interactions médicamenteuses** – Comme pour tout autre médicament, on doit faire preuve de prudence quand on traite des patients qui prennent déjà plusieurs autres médicaments. Les inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines subissent une biotransformation sous la médiation du cytochrome P450, principalement par l'intermédiaire de l'isoenzyme CYP 3A4. L'administration concomitante avec d'autres médicaments qui empruntent la même voie de biotransformation a pour effet de modifier la biodisponibilité de l'amlopidine ou des autres médicaments. Quand on amorce ou que l'on interrompt l'administration concomitante d'amlopidine, il peut être nécessaire d'ajuster la posologie des médicaments métabolisés de la même manière, notamment ceux dont l'indice thérapeutique est faible, afin de maintenir une concentration thérapeutique optimale dans le sang; cela est particulièrement important dans les cas d'atteinte rénale ou hépatique.

Parmi les médicaments qui se sont révélés des inhibiteurs du cytochrome P450, on trouve les antifongiques azolés, la cimétidine, la cyclosporine, l'érythromycine, la quinidine, la terfénadine et la warfarine.

Parmi les médicaments qui se sont révélés des inducteurs du cytochrome P450, on trouve le phénobarbital, la phénytoïne et la rifampicine. Parmi les médicaments biotransformés par la voie du cytochrome P450, citons les benzodiazépines, le flécaïne, l'imipramine, la propofène et la théophylline. L'amlopidine se caractérise par un faible taux d'élimination hépatique (faible effet de premier passage) et, de ce fait, par une forte biodisponibilité; on peut donc s'attendre à ce que le risque d'un effet d'importance clinique attribuable à une hausse de sa concentration plasmatique soit assez faible, quand on l'administre en concomitance avec des médicaments qui, à l'égard du cytochrome P450, lui font compétition ou exercent un effet inhibiteur.

**Cimétidine, warfarine, cyclosporine et digoxine** : Les études sur les interactions pharmacocinétiques avec l'amlopidine menées chez des volontaires sains ont révélé les faits suivants :

- La cimétidine n'a pas altéré la pharmacocinétique de l'amlopidine.
- L'amlopidine n'a pas modifié l'effet de la warfarine sur le temps de prothrombine.
- L'amlopidine n'a pas modifié de façon notable la pharmacocinétique de la cyclosporine.
- L'amlopidine n'a pas modifié la concentration sérique de la digoxine ni sa clairance rénale.

**Antiacides** : Chez 24 sujets, l'administration concomitante de Maalox<sup>®</sup> (hydroxyde de magnésium et hydroxyde d'aluminium) n'a pas eu d'effet sur le devenir d'une dose unique de 5 mg d'amlopidine.

**Bêtabloquants** : Quand on administre un inhibiteur des récepteurs bêta-adrénergiques en concomitance avec **NORVASC**, on doit surveiller attentivement le patient, car la baisse de la résistance vasculaire produite par l'amlopidine peut accentuer l'effet hypotenseur du bêtabloquant.

**Sildénafil** : Une dose unique de 100 mg de sildénafil (VIAGRA) chez des sujets atteints d'hypertension essentielle n'a eu aucun effet sur l'ASC, ni sur la C<sub>max</sub> de l'amlopidine. Lorsqu'on a administré du sildénafil (100 mg) en association avec l'amlopidine à raison de 5 ou de 10 mg à des hypertendus, la baisse moyenne additionnelle de la tension artérielle en décubitus a été de 8 mmHg pour la tension systolique et de 7 mmHg pour la tension diastolique.

**Études particulières** : Effet de **NORVASC** sur d'autres agents  
**Atorvastatine** : Chez des volontaires sains, l'administration en concomitance de doses multiples de 10 mg de **NORVASC** et d'atorvastatine à 80 mg n'a aucun effet notable sur l'ASC, la C<sub>max</sub> ni le t<sub>max</sub> de l'atorvastatine.

## LES EFFETS INDÉSIRABLES

On a administré **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) à 1714 patients (805 hypertendus et 909 angineux) dans les essais cliniques le comparant à un placebo seul et à d'autres médicaments. La plupart des effets indésirables signalés au cours du traitement ont été d'intensité bénigne ou modérée.

**Hypertension** – Dans les essais cliniques comparatifs où l'on a administré **NORVASC** à 805 hypertendus, on a rapporté des effets indésirables chez 29,9 % des patients. Ces effets ont nécessité l'arrêt du traitement chez 1,9 % des patients. Les effets les plus fréquents ont été l'œdème (8,9 %) et la céphalée (8,3 %). On a rapporté les effets indésirables suivants à une fréquence  $\geq 0,5$  % à l'issue du programme d'essais cliniques comparatifs (n = 805) :

**Appareil cardiovasculaire** : œdème (8,9 %), palpitations (2 %), tachycardie (0,7 %), étourdissements orthostatiques (0,5 %). **Peau et phanères** : prurit (0,7 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (0,5 %). **Système nerveux central et périphérique** : céphalées (8,3 %), étourdissements (3 %), paresthésies (0,5 %).

**Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (3,1 %), diaphorèse (0,9 %), sécheresse de la bouche (1,1 %), dyspepsie (0,6 %), constipation (0,5 %). **D'ordre général** : fatigue (4,1 %), douleur (0,5 %). **Angine de poitrine** – Dans les essais cliniques comparatifs où l'on a administré **NORVASC** à 909 angineux, on a rapporté des effets indésirables chez 30,5 % des patients. Ces effets ont nécessité l'arrêt du traitement chez 0,6 % des patients. Les effets les plus fréquents ont été l'œdème (9,9 %) et la céphalée (7,8 %). On a rapporté les effets indésirables suivants à une fréquence  $\geq 0,5$  % à l'issue du programme d'essais cliniques comparatifs (n = 909) :

**Appareil cardiovasculaire** : œdème (9,9 %), palpitations (2 %), étourdissements orthostatiques (0,6 %). **Peau et phanères** : éruption cutanée (1 %), prurit (0,8 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (1 %).

**Système nerveux central et périphérique** : céphalées (7,8 %), étourdissements (4,5 %), paresthésies (1 %); hypoesthésie (0,9 %). **Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (1,9 %). **Fonctions psychiques** : somnolence (1,2 %), insomnie (0,9 %), nervosité (0,7 %). **Appareil digestif** : nausées (4,2 %), douleur abdominale (2,2 %), dyspepsie (1,4 %), diarrhée (1,1 %), flatulence (1,3 %), constipation (0,9 %). **Appareil respiratoire** : dyspnée (1,1 %). **Organes sensoriels** : troubles de la vision (1,3 %), acouphènes (0,6 %). **D'ordre général** : fatigue (4,8 %), douleur (1 %), asthénie (1 %).

On a évalué l'innocuité de **NORVASC** chez environ 11 000 patients atteints d'hypertension et d'angine de poitrine. Les effets suivants sont survenus à une fréquence  $\leq 1$  %, mais  $> 0,1$  % au cours des essais cliniques (en mode à double insu, comparativement à un placebo ou à d'autres médicaments; n = 2615) ou encore, au cours d'essais en mode libre ou lors de la mise en marché à l'issue desquels la relation de cause à effet demeure incertaine.

**Appareil cardiovasculaire** : arythmies (y compris de la tachycardie ventriculaire et des fibrillations auriculaires), bradycardie, hypotension, ischémie périphérique, syncope, tachycardie, étourdissements orthostatiques et hypertension orthostatique et vasculite.

**Système nerveux central et périphérique** : hypoesthésie, neuropathie périphérique, tremblements et vertige.

**Appareil digestif** : anorexie, constipation, dysphagie, vomissements et hyperplasie gingivale. **D'ordre général** : réaction allergique, asthénie<sup>1</sup>, lombalgie, bouffées vasomotrices, maux, frissons et gain de poids. **Appareil locomoteur** : arthralgie, arthrose, myalgie. **Fonctions psychiques** : troubles sexuels (homme<sup>1</sup> et femme), insomnie, nervosité, dépression, rêves étranges, anxiété et dépersonnalisation. **Appareil respiratoire** : épistaxis. **Peau et phanères** : prurit, éruption érythémateuse, éruption maculopapuleuse et érythème polymorphe. **Organes sensoriels** : conjonctivite, diplopie, douleur oculaire et acouphènes. **Appareil urinaire** : polyurie, troubles de la miction et nycturie. **Système nerveux autonome** : sécheresse de la bouche et diaphorèse. **Métabolisme et nutrition** : hyperglycémie, soif.

**Hématopoeie** : leucopénie, purpura et thrombopénie.

La fréquence de ces effets a été  $< 1$  % dans les essais comparatifs avec placebo, alors qu'elle a varié entre 1 % et 2 % dans toutes les études à doses multiples.

Les effets suivants ont été observés chez  $\leq 0,1$  % des patients : insuffisance cardiaque, dyschromie cutanée, urticaire, sécheresse de la peau, syndrome de Stevens-Johnson, alopecie, fasciculatons, ataxie, hypertonie, migraine, apathie, amnésie, gastrite, pancréatite, augmentation de l'appétit, toux, rhinite, parosmie, dysgueusie et xéropalmie.

On a rapporté des cas isolés d'œdème de Quincke; or, ce type d'œdème peut s'associer à des difficultés respiratoires. Après la mise en marché de l'amlopidine, on a rapporté chez des patients ayant reçu cet anti-calcique des cas d'ictère et d'élévation du taux des enzymes hépatiques (évoquant surtout une cholestase ou une hépatite) dont certains étaient assez graves pour justifier l'hospitalisation.

### SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

**Symptômes** Le surdosage peut causer une vasodilatation périphérique excessive entraînant une hypotension marquée, qui peut se prolonger, et parfois, une tachycardie réflexe. Chez l'humain, les cas de surdosage par **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) sont rares. Après l'absorption de 105 à 250 mg d'amlopidine, certains patients sont demeurés normotendus qu'ils aient ou non subi un lavage d'estomac, alors qu'un patient a fait une poussée d'hypertension (90/50 mmHg) qui a disparu après correction du volume plasmatique. Un patient qui avait absorbé 70 mg d'amlopidine et une benzodiazépine est tombé en état de choc, lequel s'est montré réfractaire au traitement. Le patient est alors décédé. Chez un enfant de 19 mois qui avait absorbé 30 mg d'amlopidine (environ 2 mg/kg), on n'a observé aucun signe d'hypotension, sauf de la tachycardie (180 battements/min). On lui a administré du sirop d'ipéca 3 heures et demie après l'ingestion et on l'a gardé en observation (jusqu'à lendemain); on n'a noté aucune séquelle.

**Traitement** Une hypotension d'importance clinique due à un surdosage nécessite un traitement d'appoint du système cardiovasculaire incluant des périodes fréquentes de surveillance des fonctions cardiaque et respiratoire, l'élevation des membres et la surveillance du volume circulant et de la diurèse. Un vasoconstricteur (comme la noradrénaline) peut être utile pour rétablir le tonus vasculaire et la tension artérielle, à la condition qu'il n'ait aucune contre-indication. Étant donné que **NORVASC** se lie en grande partie aux protéines, il est peu probable que l'hémodialyse soit d'une grande utilité. L'administration de gluconate de calcium par la voie intraveineuse peut contribuer à corriger les effets du blocage des canaux calciques. Il y a prolongation de la clairance de l'amlopidine chez les patients âgés et chez ceux dont la fonction hépatique est altérée. Étant donné que l'absorption de l'amlopidine se fait lentement, le lavage d'estomac peut parfois être utile.

### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie doit être réglée en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement. Pour l'hypertension et l'angine de poitrine, la dose initiale recommandée de **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter la dose après 1 ou 2 semaines jusqu'à la dose maximale de 10 mg, 1 fois par jour. **Administration chez les patients âgés et dans les cas de dysfonction rénale** – La dose initiale recommandée chez les patients de plus de 65 ans et chez ceux qui souffrent d'une dysfonction rénale est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter progressivement la dose tout en surveillant de près l'état du malade (voir la rubrique **PRECAUTIONS**). **Administration dans les cas de dysfonction hépatique** – On n'a pas établi la posologie du médicament chez les patients atteints d'une dysfonction hépatique. Quand on administre **NORVASC** à ces patients, on doit régler soigneusement la posologie en augmentant graduellement la dose en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement. On devrait songer à la possibilité d'amorcer le traitement avec une dose de 2,5 mg, 1 fois par jour (voir la rubrique **MISE EN GARDE**).

### PRESENTATION

**NORVASC** est présenté en comprimés de forme octogonale et de couleur blanche renfermant une quantité de bésylate d'amlopidine équivalente à 2,5, à 5 ou à 10 mg d'amlopidine par comprimé. La dose est gravée sur l'une des faces du comprimé, soit «NRV 2.5», «NRV 5» ou «NRV 10»; l'autre face porte l'inscription «Pfizer». Le comprimé de 5 mg est sécable. Les comprimés des trois teneurs sont offerts dans des flacons blancs en matière plastique (polyéthylène à haute densité) renfermant 100 comprimés. Les comprimés à 5 et à 10 mg sont également offerts en flacons de 250 comprimés.

### MODE D'ENTREPOSAGE

Conserver les comprimés à l'abri de la lumière et à une température se situant entre 15 et 30 °C.

### REFERENCES

1. Monographie de **NORVASC**, Pfizer Canada Inc., avril 2000.
2. Cross BW et al. A multicentre study of the safety and efficacy of amlodipine in mild to moderate hypertension. *BJCP September/October 1993;47(5)*.
3. The Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations. *Perspectives in Cardiol 2002;2:38-46*.
4. Knight CJ et al. Amlodipine vs. diltiazem as additional antianginal treatment to atenolol. *Am J Cardiol 1998;81:133-6*.

©2002

Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

rév.04/02



\*M.C. de Pfizer Products Inc.  
Pfizer Canada Inc., licencié  
Monographie sur demande.



Chez vos patients atteints d'hypertension ou d'angine de poitrine, optez pour NORVASC\* dès aujourd'hui. Sachez que :

- NORVASC\* a permis à 83 % des hypertendus d'atteindre leurs cibles tensionnelles en monothérapie<sup>2††</sup>
- Selon les recommandations de la Société canadienne d'hypertension artérielle, les inhibiteurs calciques à longue durée d'action de la classe des dihydropyridines, comme NORVASC\*, sont indiqués en premier recours contre l'hypertension non compliquée chez les patients de **tout âge**<sup>3‡</sup>
- NORVASC\* procure une efficacité clinique significative contre l'angine<sup>4§</sup>

DÈS AUJOURD'HUI. POUR DEMAIN.



**Leur objectif : profiter de la vie.  
Le vôtre : les cibles tensionnelles<sup>†</sup>.**

TAS < 140  
TAD < 90

NORVASC\* est indiqué pour le traitement de l'hypertension essentielle, légère ou modérée, quand les diurétiques ou les bêtabloquants ne conviennent pas, et pour le traitement de l'angine de poitrine chronique stable (angine d'effort) chez les patients qui demeurent symptomatiques malgré l'administration de doses suffisantes d'un bêtabloquant ou d'un dérivé nitré, ou encore, chez ceux qui ne peuvent tolérer ces agents.

L'œdème et les céphalées (8,9 % et 8,3 % chez les hypertendus; 9,9 % et 7,8 % chez les angineux) sont les effets indésirables les plus fréquents<sup>1</sup>.

Veuillez consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir des données importantes au sujet de l'innocuité et des interactions médicamenteuses.

† Les antihypertenseurs s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique holistique visant à réduire les chiffres tensionnels, qui comprend également une meilleure alimentation, de l'exercice et des modifications du mode de vie.

†† Essai non comparatif sans insu de 10 semaines, mené chez des patients atteints d'hypertension légère ou modérée (n = 5 135) traités par un généraliste, qui ont reçu de l'amlopidine (phase de réglage ou traitement d'entretien) à raison de 5 ou 10 mg une f.p.j. durant 8 semaines. Cible tensionnelle visée : TAD < 90 mmHg ou baisse ≥ 10 mmHg.

‡ Les diurétiques thiazidiques à faible dose, les inhibiteurs de l'ECA et les bêtabloquants (chez les moins de 60 ans) sont également indiqués en premier recours.

§ Administré en association avec un bêtabloquant. Fréquence hebdomadaire moyenne des crises angineuses : aténolol, 3,3 crises vs NORVASC\* + aténolol, 2 crises. Posologie : 5 mg de NORVASC\* + 50 mg d'aténolol une fois/jour; p < 0,001 : association vs aténolol en monothérapie.



\* M.C. de Pfizer Products Inc.  
Pfizer Canada Inc., licencié

© 2001  
Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

