fondée en 1872

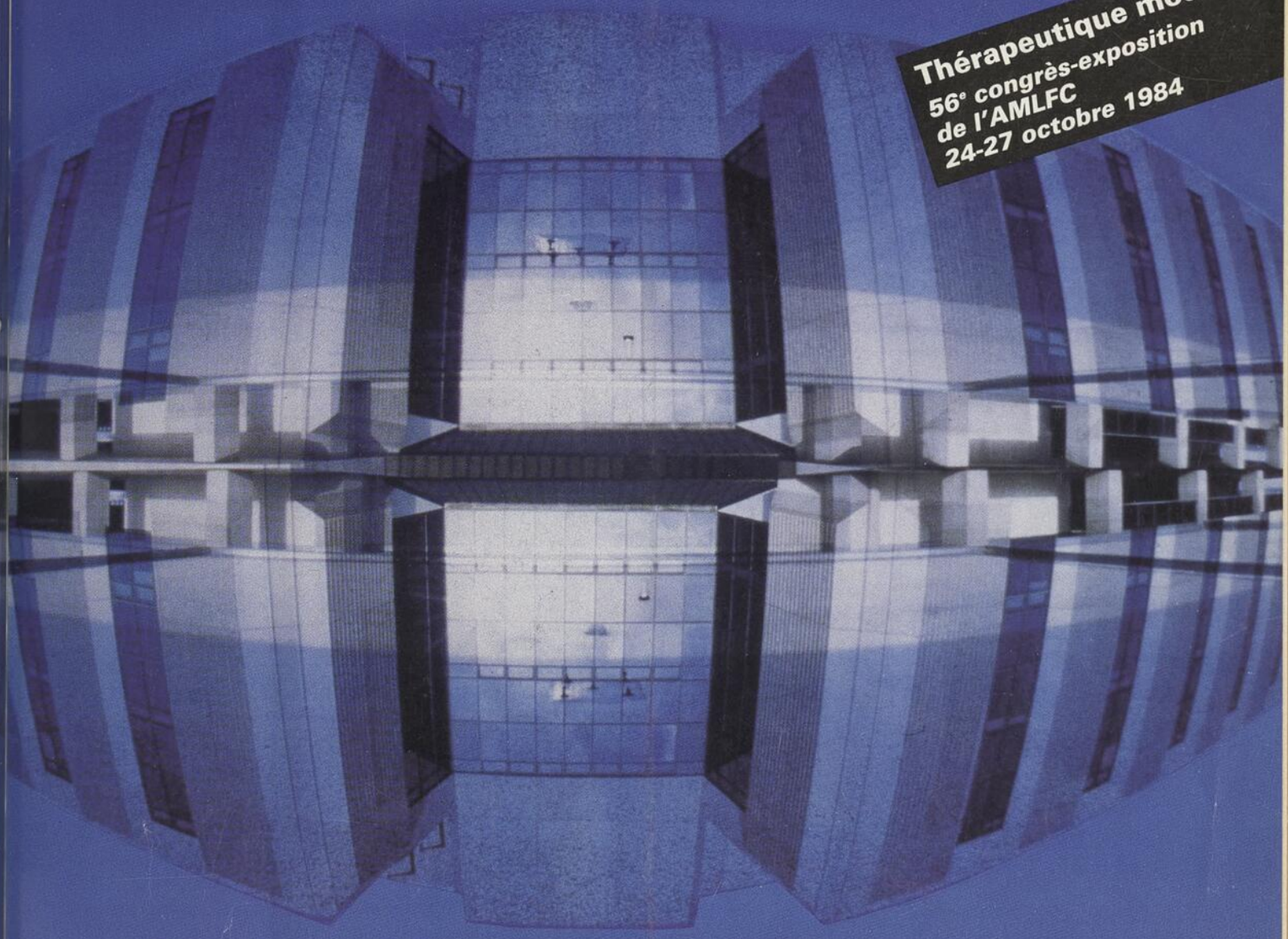
PER
U-18

L'Union Médicale du Canada

Volume 113
Numéro 9
Septembre 1984

Revue scientifique mensuelle
publiée par l'Association
des médecins de langue
française du Canada

Thérapeutique moderne
56e congrès-exposition de l'AMLFC
24-27 octobre 1984



La vie médicale à la Cité de la Santé de Laval

Examen médical périodique : mise à jo

BIBLIOTHEQUE NATIONALE
BUREAU DU DEPOT LEGAL •PERIOD•
1700•RUE ST-DENIS
MONTREAL•QUE H2X 3K6

Des essais effectués dans le monde entier démontrent la compatibilité d'Ativan avec plus de trois cents médicaments

Ativan*

lorazépam

Cette compatibilité insurpassée complète le profil clinique remarquabl de la marque de benzodiazépine la plus prescrite au Canada

NOUVELLE CONCENTRATION: 0.5mg

- le nouveau comprimé à 0.5 mg est utile pour les pati âgés ou débiles, ce qui diminue la possibilité de séda excessive, et élimine le besoin de diviser le comprimé
- flexibilité thérapeutique maximale avec les comprim 0.5, 1 et 2 mg, plus les présentations posologiques sublinguale et injectable, pour l'anxiété excessive av les interventions chirurgicales
- utile chez les patients souffrant de troubles de la fon hépatique ou rénale
- compatible avec plus de 300 médicaments couramm prescrits, y compris la cimétidine, les contraceptifs o et l'Indéral †

WYETH 100 1883-1983

Wyeth Ltée
Downsview, Ontario M3M 3A8

*Marque déposée †Marque déposée des Laboratoires Ayerst

Une benzodiazépine compatible et pratique

Renseignements thérapeutiques page 749

L'AMLFC: une prise en main de son propre destin!

Parce qu'elle s'appuie sur la solidarité professionnelle et linguistique de quelque 200,000 confrères francophones dans le monde entier, l'Association des médecins de langue française du Canada vous offre de :

- consolider votre identité au sein du monde médical francophone ;
- vous engager au sein d'un groupe culturellement homogène ;
- témoigner, dans votre langue, d'une pensée scientifique vigoureuse ;
- intervenir dans des débats qui impliquent la médecine et les médecins ;
- contribuer à la francophonie médicale mondiale ;
- assurer la mise à jour de vos connaissances scientifiques ;
- retrouver vos confrères et amis par-delà les disparités interspécialités et les distances interrégionales.

Une présence nationale et internationale

Le Congrès annuel de l'AMLFC, ses conférences internationales, ses symposiums, ses tournées régionales, ses prises de position, ses publications, ses prix et distinctions, sont autant d'activités qui contribuent à la promotion scientifique et culturelle de la médecine d'expression française.

Des services sur mesure

- Réseau-Med
- Sonomed
- L'Union Médicale du Canada
- Avantages socio-économiques

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 113
Numéro 9
Septembre 1984

Revue scientifique mensuelle publiée par l'Association des médecins de langue française du Canada
Hugues Lavallée, *président*
François Lamoureux, *vice-président*
Bernard Leduc, *secrétaire*
Pierre Doucet, *trésorier*

Conseil de rédaction

Marcel Cadotte
Michel Copti
Michel Dupuis
Bernard Hazel
François Laramée
Bernard Leduc

Équipe de rédaction

Marcel Cadotte, *rédacteur en chef*
Louise Chabalier, *adjointe au rédacteur en chef*
Marcel Rochon, *rédacteur*
Jacques Tremblay, *rédacteur*
A. Normand Pilotte, *graphiste*
Répertorié dans *Current Contents / Clinical Practice* et *Index Medicus*.

Collaborateurs

Georges Bordage
Martial Bourassa
Claude Caron
Michel Chrétien
Francine Décary
Jacques-E. DesMarchais
Camille Dufault
Robert Duguay
J.-Mario Giroux
Jean-Gil Joly
René Lamontagne
François Lamoureux
Richard Leclaire
Jacques Lorrain
Louise A. Monday
Daniel Myhal
Pierre Rivest
Léon Tétreault
Gérard Tremblay
Maurice Verdy
Pierre Viens
Jean Wilkins

Abonnements: 50 $ par année, 60 $ U.S.A., 65 $ autres. Étudiants: 15 $. Les membres de l'A.M.L.F.C. sont automatiquement abonnés.

Impression:
Imprimerie Coopérative Harpell
1, Pacifique,
Ste-Anne-de-Bellevue, H9X 1B0

Composition et montage:
Typographie Multi-Média
9216 Boivin LaSalle, H8R 2E7

Publicité:
M. Gérald J. Long
directeur de la publicité,
L'Union médicale du Canada,
1440, rue Ste-Catherine Ouest,
bureau 510, Montréal (Québec)
H3G 2P9 Tél. : (514) 866-2053

membre du ccab amn PAAB CCPP

Dépôt légal: Bibliothèque Nationale du Québec - RADAR
Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 2134.

ISSN 0041-6959

DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION

Le principal objectif, c'est le contrôle

Offert en comprimés de

25 mg

50 mg

100 mg

CAPOTEN®

(captopril) **donne des résultats**

SQUIBB

Innovateurs en médecine cardiovascu

Renseignements thérapeutiques à

CCPP

CAP-JA1-284-F

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 113
Numéro 9
Septembre 1984

Notre page couverture

Notre page couverture attire l'attention du lecteur sur la Cité de la Santé de Laval. Elle l'invite a prendre connaissance des travaux scientifiques effectués dans ce centre hospitalier et publiés à l'occasion du cinquième anniversaire de sa fondation. Le docteur Pierre Poitras a joué le rôle de rédacteur délégué dans la préparation de ce dossier. Le photographisme de la page couverture a été réalisé par Michel Boisseau du service audio-scripto-visuel et de documentation de la Cité de la Santé de Laval.

Tribune éditoriale

Les écrits restent 728
Pierre Poitras

Dossier

La vie médicale à la Cité de la Santé de Laval *

Introduction

La vie médicale à la Cité de la Santé de Laval 729
Raymond Carignan

Formation médicale continue

La médecine hospitalière d'un omnipraticien à la Cité de la Santé de Laval 734
André Jacques

Le rôle du médecin de famille auprès du patient hospitalisé : un rôle essentiel 743
André Jacques

Le programme de réadaptation des coronariens à la Cité de la Santé de Laval 746
Léonard Lapointe, Jean-Pierre Martineau, Jacques Monday, Véronique Déry, Allyson Fowler, Isabelle Coutu, Denise Beaulieu et Jocelyne Charlebois

Le programme de contrôle de l'hypertension artérielle à Laval 762
Michel Duval et Irma Clapperton

Documents et réflexions

Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ? 750
Raynald Pineault et Richard Lessard

* Vingt-trois articles formaient à l'origine ce dossier. Le manque d'espace nous a contraints à n'en publier que quatorze dans la présente livraison. Les autres paraîtront dès le mois prochain. La priorité de parution de ces articles, tous d'excellente qualité, ne fut déterminée que par des contingeances rédactionnelles dont nous avons dû tenir compte.

Communications

L'importance de la préparation au rôle de parents et de son support 755
Louise Séguin, Marie-Patricia Gagné et Huguette Crête

Suicidaire ou pseudo-suicidaire ? Dilemne à l'urgence 766
Jean-François Denis

Le choc et l'administration de naloxone 783
Marie Jolivet et Marcel Laurion

L'ampullome : étude de 6 nouveaux cas 786
Pierre Meunier et Yvon Giroux

L'otite externe membraneuse 792
Charles Gélinas, Jacques Piché et Guy Boutin

Concepts nouveaux

Le service de pharmacie à la Cité de la Santé de Laval : une double vocation 772
Pierre Ducharme

L'évolution des centres audio-scripto-visuels en milieu hospitalier 778
Jean Garneau et Pierre Duchesneau

L'examen médical périodique : mise à jour

1. Introduction 795
Walter O. Spitzer

2. Mise à jour (1984) 796
Membres du groupe de travail sur l'examen médical périodique (1982-1984)

3. Un concept en évolution 804
Renaldo N. Battista, Marie-Dominique Beaulieu, John W. Feightner, Karen V. Mann et Grahame Owen

Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada

BREFS RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE

NOUVEAU **Lopid*** (gemfibrozil) Capsules de 300 mg

Agent antihyperlipidémique

MODE D'ACTION
Le LOPID abaisse les concentrations élevées de lipides dans le sérum en diminuant les triglyce sériques avec réduction variable du cholestérol sérique total. L'effet inhibiteur se marque s fractions de lipoprotéines à densité faible (LDL) et très faible (VLDL). De plus, le LOPID augmenter la fraction de cholestérol des lipoprotéines à forte densité (HDL).
Le mécanisme par lequel agit le LOPID n'est pas encore définitivement établi. Chez l'hom a été démontré que le LOPID provoquait l'inhibition de la lipolyse périphérique et la dimin de l'extraction hépatique des acides gras libres, réduisant ainsi la production de triglycérides h ques. Le LOPID inhibe également la synthèse des apoprotéines qui transportent les lipoprot à très faible densité (VLDL) résultant en une diminution des lipoprotéines à très faible densité (V

INDICATIONS
Le LOPID est indiqué comme adjuvant au régime alimentaire et aux autres mesures théra ques dans le traitement des patients affectés d'hyperlipidémie de Type IV, et pour qui le r de séquelles et de complications est très élevé.
Le traitement initial de l'hyperlipidémie devrait inclure un régime spécifique, une réduction de et un programme d'exercices et, pour les patients diabétiques, un bon équilibre du diabè

CONTRE-INDICATIONS
1. Dérèglement hépatique ou rénal, incluant la cirrhose biliaire primaire.
2. Maladie de la vésicule biliaire (voir Mises en garde).
3. Hypersensibilité au gemfibrozil.
4. Ne pas administrer aux femmes enceintes ou aux mères qui allaitent.

MISES EN GARDE
1. Anticoagulants concomitants. Faire preuve de prudence en administrant des anticoagular même temps que le LOPID. Réduire la dose d'anticoagulant afin de maintenir le temps d thrombine au niveau désiré afin d'éviter les complications hémorragiques.
2. Des études à long terme sur le gemfibrozil ont été réalisées sur les rats et les souris ave doses une à dix fois supérieures à celles administrées à l'homme. La fréquence de no bénins et de cancers du foie a augmenté de manière significative chez les rats mâles s à de fortes doses. La fréquence de cancers du foie a également augmenté chez les rats soumis à de faibles doses, mais cette augmentation n'était pas statistiquement signifi ($P > 0,05$). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée chez les témoins en ce qui concerne la fréquence de tumeurs du foie des rates ou des souris et femelles. Le nombre de tumeurs hépatiques et testiculaires a augmenté chez les rats n
3. Calculs biliaires. Le LOPID peut augmenter l'excrétion de cholestérol dans la bile, résulta la formation de calculs biliaires. Si des calculs biliaires sont soupçonnés, un examen vésicule biliaire est recommandé. Interrompre le traitement au LOPID en présence de c biliaires.
4. Puisque les effets du médicament sur la réduction de la mortalité due aux maladies coron n'ont pas été démontrés, n'administrer le LOPID qu'aux patients décrits dans la sectio dications". Si une réduction significative des lipides dans le sérum n'est pas obtenue da 3 premiers mois, arrêter le traitement au LOPID.
5. Sa sécurité et son efficacité n'ont pas encore été établis dans le cas des enfants.
6. Les femmes fertiles ont à prendre des mesures anticonceptionnelles strictes. Si une gros survenait malgré ces précautions, arrêter le traitement au LOPID.
7. Les femmes qui envisagent d'avoir un enfant devraient interrompre l'usage du LOPID plu mois avant la conception.

PRÉCAUTIONS
1. **Traitement initial.** Avant d'établir le traitement au LOPID, essayer de maîtriser les lipide ques par des mesures diététiques appropriées, des exercices, une perte de poids chez l tients obèses et le contrôle de l'équilibre du diabète sucré.
2. **Traitement à long terme.** Comme l'administration à long terme du LOPID est recomma effectuer des études chimiques avant de commencer le traitement, afin de s'assurer que tient est effectivement atteint d'un taux élevé de lipides sériques ou d'un niveau bas de chole de lipoprotéines à forte densité (HDL). Déterminer le niveau des lipides sériques à inter réguliers au cours du traitement au LOPID.
3. **Affaiblissement de la fertilité.** L'administration pendant 10 semaines à des rats mâles de de trois à dix fois supérieures aux doses normales pour l'homme, a résulté en une dimi de la fertilité. Des études ultérieures ont montré que ces effets s'inversaient après une pe de 8 semaines de suspension du traitement et n'étaient pas transmis à leur progénitu
4. **Modifications de l'hémoglobine.** Une faible réduction de l'hémoglobine ou de l'hémat a été observée occasionnellement chez des patients au stade initial du traitement au L Les niveaux se stabilisent par la suite durant le traitement à long terme. De ce fait, une nu tion globulaire est recommandée tous les deux mois durant la première année du traite au LOPID.
5. **Fonction hépatique.** Des résultats anormaux de tests sur la fonction hépatique ont été obs occasionnellement au cours du traitement au LOPID; ce sont notamment des augmenta des transaminases (SGOT, SGPT), des phosphatases alcalines et de LDH. Ces phénon sont généralement réversibles à l'arrêt du traitement au LOPID. De ce fait, des examens p ques du système hépatique sont recommandés et le traitement au LOPID devrait être inte pu si les anomalies persistent.
6. Administrer le LOPID avec prudence chez les patients ayant des antécédents d'ictère maladie hépatique.
7. **Arythmie cardiaque.** Bien qu'aucune anomalie cliniquement significative n'ait été rapp qui puisse être attribuée au LOPID, cette possibilité pourrait toutefois exister.

EFFETS SECONDAIRES
Le gemfibrozil a été soigneusement mis à l'épreuve sur plus de 3 000 patients au cours d'é contrôlées en clinique. Les symptômes rapportés pendant la phase de contrôle de l'étude d sujets, ont été jugés selon leur gravité. Les symptômes qui figurent dans la liste ont apparu au moins cinq patients; toutes les réactions cutanées ont été rapportées quelle que soit le quence. Les principaux symptômes, dont la fréquence a été plus forte dans le cas d'indig de gemfibrozil comparée à celle de placebo, touchent l'appareil digestif. La nausée et le vo ment, les douleurs abdominales et épigastriques sont apparus plus fréquemment dans le g gemfibrozil que dans le groupe placebo. Toutefois, la fréquence était très faible: la nausée, avec gemfibrozil comparé à 3,8% avec placebo; le vomissement, 2,3% comparé à 0,8%; les do abdominales, 6,4% comparé à 4,2% et la douleur épigastrique, 3,4% comparé à 1,7%.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE
Aucun cas de surdosage n'a été rapporté; si le cas se présentait, des mesures de soutien dev être prises en fonction des symptômes.

POSOLOGIE
La dose recommandée pour les adultes est de 1 200 mg et doit être administrée en deux fractionées, une demi-heure avant les repas du matin et du soir. La dose maximale recomm est de 1 500 mg.

PRÉSENTATION
La couleur des capsules de LOPID est blanche et marron. Chaque capsule contient 300 m gemfibrozil et est disponible en flacons de 100.

PARKE-DAVIS
Parke-Davis Canada Inc., Scarborough, Ontario

PAAB CCPP *M. Enr. de Parke, Davis & Company, Parke-Davis Canada Inc., usager aut. ACIM

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 113
Numéro 9
Septembre 1984

Our front cover

The photograph of the hospital Cité de la Santé de Laval attracts the readers' attention on the scientific activities at this hospital and the papers published at the occasion of the 5th anniversary of its foundation. Doctor Pierre Poitras was acting editor in the preparation of this special feature. Photo : Michel Boisseau, audio-visual and library department, Cité de la Santé de Laval.

Editorial

Writings remain 728
Pierre Poitras

Special Feature

Medical Life at Cité de la Santé de Laval

Medical Life at Cité de la Santé de Laval 729
Raymond Carignan

Continuing Medical Education

The In-Hospital Medicine of a Family Physician at Cité de la Santé de Laval 734
André Jacques

The Role of a Family Physician and the Hospitalized Patients : An Essential Role 743
André Jacques

Readaptation Program for Coronary Patients at Cité de la Santé de Laval 746
Léonard Lapointe, Jean-Pierre Martineau, Jacques Monday, Véronique Déry, Allyson Fowler, Isabelle Coutu, Denise Beaulieu and Jocelyne Charlebois

High Blood Pressure Control Program in Laval 762
Michel Duval and Irma Clapperton

Facts and Thoughts

Quebec Health Care System : Health Care Objectives Versus Health Objectives ? 750
Raynald Pineault and Richard Lessard

Communications

Importance of Preparation and Support for Parenthood 755
Louise Séguin, Marie-Patricia Gagné and Huguette Crête

Suicidal or Pseudo-Suicidal ? Dilemma at the Emergency 766
Jean-François Denis

Shock and Naloxone 783
Marie Jolivet and Marcel Laurion

Tumors of the Ampulla of Vater : Report of 6 New Cases 786
Pierre Meunier and Yvon Giroux

Membranous External Otitis 792
Charles Gélinas, Jacques Piché and Guy Boutin

New Concepts

Pharmacy Services at Cité de la Santé de Laval : A Double Involvement 772
Pierre Ducharme

The Evolution of Audio-Visual and Library Services in a Hospital Environment 778
Jean Garneau and Pierre Duchesneau

The Periodic Health Examination : Update

1. Introduction 795
Walter O. Spitzer

2. 1984 Update 796
Canadian Task Force of the Periodic Health Examination (1982-1984)

3. An Evolving Concept 804
Renaldo N. Battista, Marie-Dominique Beaulieu, John W. Feightner, Karen V. Mann and Grahame Owen

Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada

Pierre Poitras[1]

Les écrits restent...

"L'important, c'est d'écrire ce qu'on a à communiquer, de le faire circuler, que ce soit sur une simple feuille de papier ou dans une publication majeure."

Ce message de madame Danielle Ros, directeur des Presses de l'Université de Montréal, lors d'une table ronde sur la communication scientifique, tenue à la Cité de la Santé de Laval, a été de toute première importance dans l'élaboration du projet de publication de ce numéro de l'Union médicale du Canada.

La préparation des fêtes du cinquième anniversaire de la Cité de la Santé de Laval a été l'élément catalyseur qui a par la suite lancé le projet. Le but était de stimuler, encourager les professionnels de l'établissement à communiquer leur savoir, leur expérience, leurs découvertes, les résultats de leurs recherches et parfois leurs réflexions. L'appel a été entendu dans tous les domaines de la vie médicale de la Cité de la Santé : médecine familiale, spécialités médicales et chirurgicales, santé communautaire, pharmacie. Le dynamisme se manifeste à tous ces niveaux et ailleurs.

En 1984, alors que les modes de communication se perfectionnent de plus en plus, la communication écrite demeure et demeurera le médium sinon le plus spectaculaire et le plus rapide, du moins le plus durable ; dans le monde médical, l'écrit est le mode de communication le plus accessible à tous et en tout temps, si on le compare aux média électroniques ou informatiques.

L'écrit est souvent l'aiguillon qui poussera le scientifique à aller au bout de sa recherche, de sa réflexion, à concrétiser à fond sa pensée sur un sujet donné ; l'écrit est donc plus qu'un objectif, il est souvent le stimulant de la pensée scientifique.

De la même façon, la réalisation de ce numéro de l'Union médicale du Canada a été à la fois un objectif et un stimulant. La publication de ce numéro est plus qu'un aboutissement ; c'est une étape, puisqu'elle aura été un élan nouveau à la poursuite d'une recherche et d'une formation scientifique dans cet établissement. Cet élan s'est poursuivi à l'hôpital par d'autres écrits scientifiques et par la parution récente d'une publication scientifique interne ; ce désir de communication scientifique, en particulier écrite, s'amplifie donc d'une façon fort stimulante et devrait placer la Cité de la Santé de Laval au premier plan, compte tenu de ses moyens et de sa vocation particulière comme hôpital universitaire non spécialisé.

Il faut d'ailleurs se demander si un hôpital, dont la vocation en est une de soins primaires et secondaires et dont les budgets et les subventions à la recherche sont limités ou inexistants, réussira à se maintenir à un niveau de production scientifique comparable à celui d'hôpitaux universitaires spécialisés dont les budgets et le temps alloués à la recherche sont considérables.

Peut-être avec les années, la vocation scientifique de la Cité de la Santé de Laval se précisera-t-elle pour accomplir cette recherche et cette formation dans un domaine qui est sa vocation première soit des soins primaires et secondaires humains et personnalisés.

1) M.D., F.R.C.P.(c). Pédiatre à la Cité de la Santé de Laval.

La vie médicale à la Cité de la Santé de Laval

Raymond Carignan[1]

Résumé

La Cité de la Santé de Laval, en fonctionnement depuis 5 ans, compte 170 membres actifs dont 100 omnipraticiens et 70 spécialistes. Dans ce centre hospitalier à vocation communautaire, les omnipraticiens agissent comme coordonnateurs des soins à l'égard des bénéficiaires et on reconnaît aux spécialistes l'autorité de compétence. Au contact continu des spécialistes et étant responsables des problèmes médicaux complexes, les omnipraticiens augmentent leurs connaissances médicales, deviennent des médecins plus avertis et plus curieux, enfin estiment cette forme d'éducation médicale continue alimentée par l'expérience. Pour leur part, les médecins spécialistes apprécient la contribution de l'omnipraticien et peuvent davantage se consacrer au type d'interventions nécessitant une expertise spécifique à leur discipline. Plus l'omnipraticien et le spécialiste cheminent ensemble, plus il leur est possible d'offrir des services et des soins plus humains et plus appropriés aux patients.

La Cité de la Santé de Laval est en fonctionnement depuis 5 ans. C'est un centre hospitalier universitaire offrant toute la gamme des services ambulatoires et d'hospitalisation aux patients nécessitant des soins généraux et spécialisés. L'établissement compte 311 lits pour desservir un bassin de population estimé à 300 000 habitants. Son conseil des médecins et dentistes est composé de 170 membres actifs dont 100 omnipraticiens et 70 spécialistes. Plus de 2/3 des omnipraticiens exerçant à Laval participent régulièrement aux activités hospitalières de la Cité de la Santé.

Orientation

La gestion de la Cité de la Santé a été plutôt longue et parfois pénible. Mais depuis le rapport Paiement en 1968, au dernier arrêté en conseil en 1972 puis à l'accueil des premiers patients en 1978, une même volonté s'est toujours manifestée, c'est-à-dire, que la Cité de la Santé soit intégrée au milieu lavallois, que ce centre hospitalier précise et détermine son existence par le milieu, qu'il soit un élément dynamique et continu du réseau de santé et non pas une tour d'ivoire isolée de la communauté. L'une de ces manifestations a été, après avoir retenu les services du directeur général, l'engagement du chef du département de santé communautaire comme premier professionnel, lequel a subséquemment et simultanément assumé les fonctions de directeur des services professionnels.

Deux objectifs ont été déterminés en vertu de cette orientation communautaire soit promouvoir la santé de la population du territoire désigné et promouvoir la recherche, l'enseignement et la formation continue des professionnels de la santé surtout ceux qui oeuvrent au sein de la communauté.

Pour promouvoir la santé de la population, le centre hospitalier a élaboré et adopté quelques sous-objectifs, entre autres :

1. définir les ressources nécessaires à partir des besoins réels du milieu et des autres ressources existantes dans le milieu,
2. orienter les ressources vers une approche globale du bénéficiaire notamment par la promotion de la continuité des soins entre les différents services internes du centre hospitalier, entre les services internes et les services externes dispensés par les établissements et organismes du territoire,
3. mettre en place des programmes axés sur la prévention qui s'adressent à des groupes spécifiques de la population.
4. favoriser le rôle prépondérant de l'omnipraticien (médecin de famille) comme coordonnateur des soins à l'égard des bénéficiaires du centre hospitalier,
5. reconnaître le médecin spécialiste comme autorité de compétence.

De tels sous-objectifs respectent l'un des articles fondamentaux de la loi sur les services de santé et services sociaux, soit l'article 4 : "Toute

1) M.D., directeur de la santé communautaire et des politiques de santé, ministère des Affaires sociales. (Anciennement directeur des services professionnels et communautaires, Cité de la Santé de Laval).

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *30.11.83*
Acceptation définitive le : *15.12.83*

personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services."[1]

Réalisations

Très tôt, les études ont démontré que le réseau de première ligne à Laval, c'est-à-dire les médecins pratiquant seuls ou en polycliniques ainsi que les 4 C.L.S.C., répondait suffisamment bien aux besoins des 270 000 habitants de Laval. Mais les 311 lits dressés ne pouvaient certainement pas accueillir toute cette population pour y recevoir les services spécialisés requis. Aussi, ont été mis en place un fonctionnement et une organisation qui favorisent une réponse équitable aux nombreuses demandes et surtout une utilisation maximale des services diagnostiques et des services ambulatoires du réseau de première ligne et du centre hospitalier. Cinq ans plus tard, nous constatons que le développement des programmes a respecté intégralement le plan initial et qu'aucun service ne s'est indûment hypertrophié malgré les demandes nombreuses et pressantes du milieu.

La Cité de la Santé a été l'artisan d'animation et de coordination du milieu d'une part dans la mise en place et le fonctionnement de réunions entre les autorités de tous les établissements de santé et de services sociaux de Laval (table de concertation), d'autre part en travaillant étroitement avec les omnipraticiens du territoire, consultés régulièrement par la majorité de la population. Ce travail de collaboration avec les établissements et les médecins du milieu ainsi que la présence et le rôle de l'omnipraticien dans l'organisation et la distribution des soins dans le centre hospitalier assurent une meilleure continuité entre les soins et les services extra et intra-hospitaliers; ils favorisent également une approche plus personnalisée des soins et une vision plus globale de l'état de santé des patients.

Afin de mieux considérer tous les aspects de la santé d'un patient, le travail en équipe multidisciplinaire est favorisé à plusieurs niveaux et apporte d'heureux résultats. Il faut souligner entre autres l'organisation et le fonctionnement de l'unité des services psychiatriques, de l'équipe d'évaluation et de réadaptation, de la structure médico-administrative avec ses chefs de départements et de services cliniques, ses coordonnateurs médicaux et ses cadres.

L'implantation du département de santé communautaire avant tout autre département ou service a engendré dans l'ensemble du personnel et des médecins le souci de penser à la prévention particulièrement dans certains groupes de la population. Citons le programme de périnatalité où tous les participants, omnipraticiens, C.L.S.C., gynécologues-obstétriciens, pédiatres, personnel de la salle d'accouchement, des unités d'anté et postpartum, de la pouponnière, etc. sous la coordination du D.S.C., ont une unique préoccupation, à savoir diminuer la mortalité et la morbidité périnatales et augmenter la qualité de vie des mères et des nouveau-nés. Beaucoup d'autres programmes font appel à plusieurs intervenants et sont axés sur la prévention que ce soit en nutrition, dans la consommation des médicaments et drogues ou encore dans le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle.

C'est probablement le champ d'action et le rôle de l'omnipraticien qui ont marqué davantage le mode d'organisation et de fonctionnement de la Cité de la Santé. Depuis 5 ans, ce sont les omnipraticiens du territoire qui agissent comme médecins traitants au service d'urgence, dans les unités d'obstétrique, de pédiatrie et de médecine incluant l'unité des soins intensifs et coronariens ; ces mêmes médecins de famille interviennent comme médecins co-traitants auprès des patients hospitalisés à cause de maladies chirurgicales ou psychiatriques. La connaissance et la préoccupation fondamentale des multiples aspects d'un patient permettent à l'omnipraticien d'orienter les décisions thérapeutiques pour le mieux-être global du patient.

Quant au médecin spécialiste, sa contribution est constamment requise pour la distribution des services et des soins spécialisés soit pour opinion et recommandation, soit pour traitement simultané. Le conseil des médecins et dentistes reconnaît en tout temps l'autorité de compétence du médecin spécialiste sur la composante médicale concernée par cette spécialité. Le médecin spécialiste peut donc apporter son expertise en collaboration avec l'omnipraticien qui lui se préoccupe de l'ensemble des aspects bio-psycho-sociaux du patient.

Le mandat universitaire de la Cité de la Santé est axé sur les programmes de résidence en santé communautaire et en médecine familiale. Même si ces deux programmes n'ont que 3 ans d'expérience, ils ont déjà acquis une crédibilité due en grande partie à la qualité des ressources professorales mais aussi à la philosophie organisationnelle et fonctionnelle du centre hospitalier. Ces deux programmes sont d'autant pertinents et utiles que le milieu d'enseignement favorise une organisation axée sur les préoccupations communautaires et sur la participation continue des omnipraticiens.

L'avenir

Depuis les premiers mois de fonctionnement de la Cité de la Santé jusqu'à aujourd'hui, les omnipraticiens ne cessent de s'impliquer davantage dans la distribution des services et des soins spécialisés. Ils prennent confiance en leurs capacités, comprennent leur rôle spécifique, saisissent l'importance et la possibilité pour un omnipraticien d'être un coordonnateur efficace et pertinent, aiment de plus en plus leur apport à l'investigation et au traitement des patients nécessitant des services et des soins dans un centre hospitalier. En outre, au contact continu des spécialistes et responsable des problèmes médicaux complexes, ils augmentent leurs connaissances médicales, deviennent des médecins plus avertis et plus curieux, enfin estiment cette forme d'éducation médicale continue alimentée par l'expérience.

Pendant ce même temps, les médecins spécialistes comprennent et apprécient la contribution de l'omnipraticien. Ils découvrent les avantages de travailler étroitement avec l'omnipraticien qui connaît souvent plusieurs informations précieuses sur le patient pouvant faciliter le diagnostic et/ou le traitement. Ils laissent à l'omnipraticien plusieurs préoccupations d'aspect psycho-social qui requièrent du temps et surtout des méthodes spécifiques d'intervention qui parfois ne sont pas à la portée du médecin spécialiste.

Les omnipraticiens et les spécialistes à la Cité de la Santé sont de plus en plus intégrés et complémentaires. Rien ne saurait arrêter cette évolution harmonieuse. Les omnipraticiens sont progressivement plus aptes à assumer avec compétence leur rôle de coordonnateur des soins de santé autant au centre hospitalier que dans leur propre bureau. Quant aux médecins spécialistes, ils peuvent investir davan-

tage dans le type d'interventions nécessitant l'expertise spécifique à leur discipline.

En ce qui concerne les programmes de résidence en santé communautaire et en médecine familiale, la Cité de la Santé est appelée à accueillir encore un plus grand nombre de résidents. En outre, les orientations du centre hospitalier, son engagement communautaire, l'implication des omnipraticiens, la compétence professorale sont autant des facteurs qui favorisent l'implantation éventuelle à la Cité de la Santé d'un centre de recherche en santé communautaire et en médecine familiale.

Conclusion

Mais la Cité de la Santé avec ses 311 lits répond à peine à 30% des besoins d'hospitalisation du territoire. Pour satisfaire aux normes du ministère des Affaires sociales[2], il manquerait pour la région lavalloise 916 lits en soins de courte durée et 266 en soins prolongés. Quel que soit le développement éventuel, il est essentiel que le mode d'organisation et de fonctionnement médico-administratif demeure substantiellement le même. Plus l'omnipraticien et le médecin spécialiste chemineront ensemble, plus il leur sera possible d'offrir les services et les soins les plus appropriées aux patients. Plus l'omnipraticien participera à la distribution des soins spécialisés à l'hôpital, plus il sera un médecin de famille averti et compétent.

Summary

Cité de la Santé de Laval is a 311-bed community hospital in operation since 5 years. The Board of doctors and dentists is composed of 170 active members including 100 general practitioners and 70 specialists. The general practitioner acts as the coordinator of the patient supported by the competence of the specialists. General practitioners and specialists are well integrated and complementary. The more they work together, the more they offer human and pertinent services to their patients. The more the general practitioner shares in the distribution of specialized care, the more he is a competent and well-informed family doctor.

Bibliographie

1. Lois sur les services de santé et services sociaux, chapitre 48.

2. Service du développement des ressources. Direction des politiques de santé. Révision juin 1982. Bilan des lits et impact des projets inscrits au plan quinquennal des immobilisations 1979-1984. Ministère des Affaires sociales.

Guide thérapeutique intermédiaire

Anafranil®

(chlorhydrate de clomipramine)
Antidépresseur

Indications et usage clinique
Le traitement de la maladie dépressive, y compris la phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive et la mélancolie d'involution. L'ANAFRANIL semble doué d'un léger effet sédatif qui peut être utile dans le soulagement de la composante anxieuse souvent présente dans la dépression. Aussi comme traitement d'appoint des manifestations de dépression avec agitation qui aggravent parfois la névrose obsessionnelle.

Contre-indications
Ne pas administrer en même temps que, ou moins de quatorze jours après l'administration d'un inhibiteur de la monoamine oxydase. Troubles hépatiques. Antécédents des dyscrasies sanguines. Hypersensibilité à cet agent. Glaucome.
Utilisation durant la grossesse
L'innocuité de cet agent chez les femmes enceintes n'a pas été établie.

Mise en garde
À l'instar des autres antidépresseurs tricycliques, ANAFRANIL peut abaisser le seuil de convulsion. Il faut donc l'administrer avec prudence chez les patients atteints de troubles convulsifs.
Ne pas l'utiliser en présence d'insuffisances cardiaque ou circulatoire prononcées, ni après un infarctus myocardique récent ou une cardiopathie ischémique.
L'ANAFRANIL possède aussi une action hypotensive qui peut être nuisible dans ces cas; la prudence s'impose donc chez les patients susceptibles d'avoir des accès d'hypotension.
Risque de retention urinaire, à utiliser avec circonspection chez les patients atteints de troubles urinaires, surtout en présence d'hypertrophie prostatique.
Les antidépresseurs tricycliques peuvent provoquer un iléus paralytique, surtout chez les patients âgés ou hospitalisés. Il faut donc prendre des mesures appropriées si la constipation survient.

Précautions
Ne pas oublier le fait que les patients très déprimés peuvent avoir des idées de suicide, et ce, même après une rémission marquée. Une surveillance étroite de ces patients s'impose donc durant le traitement; au besoin, les hospitaliser ou les soumettre simultanément à la sismothérapie.
Possibilité de réveil d'une schizophrénie latente, ou d'aggravation de manifestations psychotiques déjà existantes chez les schizophrènes. Les patients avec tendances maniaco-dépressives peuvent montrer des changements vers des manifestations hypomaniaques ou maniaques; possibilité de stimulation excessive chez les patients hyperactifs ou agités. Dans ces cas, considérer une réduction ou l'arrêt de l'ANAFRANIL.
Comme l'ANAFRANIL peut produire une sédation, surtout durant la phase initiale du traitement, on doit avertir les patients du danger de s'engager dans des activités exigeant une vigilance mentale, du jugement et une coordination physique.
Se souvenir que l'ANAFRANIL peut bloquer les effets pharmacologiques des hypotenseurs comme la guanéthidine et autres agents semblables.
La prudence s'impose lorsqu'on prescrit l'ANAFRANIL en présence d'hyperthyroïdie ou à des patients qui prennent conjointement une médication thyroïdienne. Certains cas d'arythmie cardiaque transitoire sont survenus, bien que rarement, chez des patients traités avec d'autres composés tricycliques qui prenaient en même temps une médication thyroïdienne.
On a signalé des cas d'ictère par obstruction et d'hypoplasie médullaire avec agranulocytose. On recommande de faire des numérations globulaires périodiques et des tests de la fonction hépatique chez les patients qui reçoivent l'ANAFRANIL durant des périodes prolongées.

Réactions indésirables
Les réactions indésirables suivantes ont été signalées avec l'ANAFRANIL ou d'autres antidépresseurs tricycliques :
Effets sur le système nerveux central : somnolence, fatigue, insomnie, effets extrapyramidaux comme tremblements et ataxie, céphalée, anorexie, convulsions et neuropathies périphériques.
Effets sur le comportement : agitation, excitation, accès de manie ou d'hypomanie, réveil d'une psychose, confusion, concentration perturbée, hallucinations visuelles.
Effets sur le système nerveux autonome : xérostomie, vision trouble, troubles de l'accommodation, constipation, iléus paralytique, troubles de la miction, diaphorèse, nausées et vomissements.
Effets cardiovasculaires : hypotension, (orthostatique surtout, avec vertiges), tachycardie, syncope, arythmie, asystolie, changements dans l'ECG (y compris aplatissement ou inversion de l'onde T) et perturbations de la conduction cardiaque.
Effets hématologiques et autres effets toxiques : une agranulocytose, qui représente une réaction d'hypersensibilité, a été signalée. Possibilité d'éosinophilie. Ictère par obstruction, réactions cutanées de nature allergique, photosensibilisation, troubles intermittents de l'appétit, douleurs abdominales, changements dans la libido et gain pondéral.

Symptômes et traitement du surdosage
Symptômes : somnolence, stupeur, tachycardie, ataxie, vomissements, cyanose, mouvements incessants, agitation, délire, diaphorèse, réflexes hyperactifs, rigidité musculaire, mouvements athétoïdes et convulsions. Possibilité d'hypotension et d'un début d'hypertension. Toutefois, on constate habituellement une hypotension croissante qui peut éventuellement conduire au choc. Possibilité d'hyperpyrexie, de mydriase et de paralysie intestinale et vésicale.
Perturbations cardiovasculaires graves fréquentes, y compris tachycardie, arythmie cardiaque (flutter, fibrillation auriculaire, battements ventriculaires prématurés et tachycardie ventriculaire), de même qu'une conduction myocardique altérée, blocs auriculo-ventriculaire et intraventriculaire, anomalies de l'ECG (allongement du QRS et segments S-T allongés, et signes d'insuffisance cardiaque avec oedème). Le coma peut s'ensuivre.
Traitement : on doit hospitaliser sans délai les patients soupçonnés de surdosage. Faire sans tarder un lavage gastrique ou une aspiration. Aucun antidote spécifique n'est connu. L'intoxication peut conduire à une désorganisation de l'électrocardiographie, à des troubles de conduction, des arythmies, une hypotension, une insuffisance circulatoire et un arrêt cardiaque subit. Ces signes peuvent encore se manifester après une apparence de rétablissement clinique précoce; une surveillance continue et un ECG avec monitoring sont donc recommandés. À l'apparition de l'une ou l'autre de ces anomalies, instituer le traitement approprié. Contrôler les convulsions avec des barbituriques intraveineux ou du thiopentone sodique (pentothal sodique) en goutte à goutte. Lorsqu'on soupçonne qu'un inhibiteur de la monoamine oxydase et l'ANAFRANIL ont été pris conjointment, éviter de se servir des barbituriques et utiliser plutôt la paraldéhyde. On peut traiter l'hyperpyrexie avec des sacs de glace et des couvertures froides.
Éviter les stimulants du système nerveux central.
La fonction rénale doit être maintenue de façon adéquate. L'ANAFRANIL se liant en grande partie aux protéines, il est probablement inutile de pratiquer une diurèse forcée, une dialyse péritonéale et une hémodialyse.

Posologie et mode d'administration
Patients âgés et adolescents exceptés : 25 mg, 3 fois par jour au début; augmenter jusqu'à 150 mg par jour ou plus selon le besoin.
On ne recommande pas habituellement une posologie excédant 200 mg par jour en traitement ambulatoire. Des doses allant jusqu'à 300 mg par jour peuvent parfois être nécessaires chez des patients plus gravement malades et hospitalisés.
Patients âgés et adolescents : 20 à 30 mg par jour; augmenter de 10 mg par jour au besoin, selon la tolérance et la réponse du patient.

Présentation
ANAFRANIL est présenté sous les formes suivantes :
1. Comprimé triangulaire de 10 mg, crème, enrobé, portant le nom GEIGY imprimé sur un côté et le code d'identification DK sur l'autre.
2. Comprimé rond de 25 mg, crème, enrobé, portant le nom GEIGY imprimé sur un côté et le code d'identification FH sur l'autre.
3. Comprimé rond de 50 mg, blanc jaunâtre, biconvexe, à bords biseautés, monogrammé GEIGY sur une face et portant le code d'identification LP sur l'autre.

Flacons de 100 et 500. Garder à l'abri de la chaleur et de l'humidité.
Monographie fournie sur demande.

Geigy
Mississauga, Ontario
L5N 2W5

G-3194

INDÉRAL*-LA

(chlorhydrate de propranolol)

protège le cœur contre l'angor et l'hypertension

INDÉRAL*-LA

est efficace à raison d'une dose par jour

Gélules† à libération progressive

80 mg

120 mg

160 mg

†La forme et la couleur des gélules sont protégées par un brevet appartenant aux Laboratoires Ayerst

Ayerst*

Renseignements thérapeutiques page 791

La médecine hospitalière d'un omnipraticien à la Cité de la Santé de Laval

André Jacques[1]

Résumé

Après avoir expliqué le fonctionnement du mode d'hospitalisation dans les départements de médecine et de chirurgie à la Cité de la Santé de Laval, l'auteur résume son expérience depuis l'ouverture de ce centre hospitalier. Il expose une étude qu'il a faite de ses cas hospitalisés en fonction de l'âge, du sexe, des maladies primaires et secondaires.

De plus en plus d'omnipraticiens hospitalisent leurs patients dans un hôpital général. C'est une médecine qui est différente de celle du cabinet privé pour le médecin de famille ; par contre, c'est une médecine qui est très intéressante et souvent met en contact l'omnipraticien avec d'autres professionnels de la santé pour lui apporter cette expérience et cette expertise qui pourront lui servir lors de sa pratique en cabinet privé.

J'ai donc décidé d'évaluer ma pratique hospitalière depuis les quatre dernières années environ. Je pratique la médecine générale depuis environ huit ans presqu'exclusivement en cabinet privé pendant les trois premières années puis, par la suite, je suis devenu membre actif du centre hospitalier universitaire Cité de la Santé de Laval.

Ce centre hospitalier qui dessert une population d'environ 300 000 habitants a ouvert ses portes en septembre 1978. Dans la région lavalloise, il y a actuellement environ une centaine d'omnipraticiens dont approximativement 95 sont membres à la Cité de la Santé. De plus, une centaine de spécialistes travaillent à l'hôpital avec les omnipraticiens. C'est un hôpital qui compte 311 lits et environ 3 300 accouchements y sont effectués annuellement. À l'urgence, on compte environ 56 000 visites par année.

Le fonctionnement pour l'hospitalisation des patients à la Cité de la Santé est un peu particulier ; aucun patient ne peut être admis au centre hospitalier sans médecin de famille, que ce soit dans les spécialités chirurgicales ou médicales. Le médecin de famille est donc le médecin traitant de tous les patients admis pour une condition médicale, qu'elle soit urgente ou non, qu'elle soit chronique ou aiguë. Du côté chirurgical, les chirurgiens ont des privilèges d'hospitalisation mais le médecin de famille doit toujours être présent au dossier ; c'est-à-dire que chaque patient qui est admis pour y subir une opération, qu'elle soit élective ou urgente, ce patient est admis conjointement au nom du chirurgien qui doit opérer ce patient et d'un médecin de famille qui doit s'occuper des problèmes de son patient et de la coordination des soins.

Vous voyez déjà le problème qui pourrait survenir lorsqu'un patient est admis et que son médecin de famille n'est pas membre de la Cité de la Santé ; c'est pour cette raison que certains médecins apportent leur collaboration en s'occupant de patients qu'ils ne connaissaient pas auparavant et qu'ils suivront durant leur hospitalisation seulement. Ces médecins sont donc des médecins traitants lorsque ces patients sont hospitalisés en médecine et sont médecins co-traitants lorsque ces patients sont hospitalisés dans une discipline chirurgicale.

Les deux notions de médecin traitant et de médecin co-traitant ont été entérinées et acceptées par le conseil des médecins et dentistes de la Cité de la Santé ainsi que par son conseil d'administration ; c'est donc dire que le médecin de famille a un rôle prépondérant comme coordonnateur des soins de tout patient hospitalisé. De ce fait, aucun patient ne peut être hospitalisé par un autre qu'un médecin de famille, que ce soit son véritable médecin de famille ou

1) M.D., C.M.F.C. (C), omnipraticien, professeur adjoint, faculté de médecine, département de médecine sociale et préventive, section médecine familiale, Université de Montréal, Cité de la Santé de Laval.

Tirés à part :
André Jacques, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, pièce 1.20, Vimont, Laval (Québec) H7M 3L9

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *9.12.83*
Acceptation définitive le : *24.1.84*

que ce soit un médecin de famille temporaire.

Évidemment, le médecin traitant est totalement responsable du traitement du patient. Donc, le médecin traitant est un chirurgien lorsqu'il s'agit d'une spécialité chirurgicale et il a la totale responsabilité des actes préopératoires et post-opératoires de son patient. Le médecin de famille devient donc dans une telle circonstance, un médecin co-traitant. Le médecin de famille est le médecin traitant lors des séjours hospitaliers des patients en spécialités médicales.

Un tel système favorise certains médecins qui désirent faire plutôt une médecine d'hôpital que d'autres en prenant certains arrangements avec certaines spécialités pour hospitaliser, par exemple, dans une spécialité donnée. De plus, un système de garde a été mis sur pied pour les patients hospitalisés sans médecin de famille affilié au centre hospitalier afin de faciliter l'hospitalisation des patients qui n'ont pas de médecin de famille à la Cité de la Santé.

Mon expérience personnelle

J'ai hospitalisé à la Cité de la Santé, durant les quatre dernières années (48 mois), 581 patients répartis selon le tableau I. Vous constaterez dans les différents tableaux suivants que les patients ont été divisés en deux catégories : les patients privés et les non-privés. Les patients privés sont les patients pour lesquels j'étais le véritable médecin de famille depuis un certain temps alors que les autres patients étaient des patients hospitalisés à mon nom parce qu'ils n'avaient pas de médecin de famille ou que leur médecin de famille n'était pas membre du centre hospitalier. Ce fait fausse légèrement les différentes statistiques présentées ; cependant, en tenant compte de mon expérience personnelle et de mon engagement à l'hôpital, on note une certaine croissance dans le nombre de patients personnels hospitalisés d'une année à l'autre.

On peut constater dans le tableau I, tableau cumulatif des patients hospitalisés entre septembre 1978 et août 1982 à la Cité de la Santé de Laval, une légère croissance des patients privés, croissance significative étant donné que pour l'année entière 1979, on totalise 36 patients ; en 1980, le total se chiffre à 43 et qu'actuellement, pour les 8 premiers mois de 1982, le total s'élève déjà à 36. Ces chiffres expriment une augmentation très légère et même une certaine régularité du nombre de patients privés hospitalisés. En ce qui concerne le total des patients hospitalisés, on note que les années 1979 et 1980 ont été des années plus achalandées quant au nombre de patients hospitalisés, soit respectivement 188 et 207 patients. La répartition des patients hospitalisés entre hommes et femmes est, à mon avis, peu significative, soit 276 femmes et 305 hommes. Quant aux patients privés, représentés entre parenthèses dans le tableau I, le nombre est identique, soit 77 hommes et 77 femmes.

Dans le tableau II, qui illustre la répartition des patients hospitalisés en fonction de l'âge et du sexe, on constate que le nombre maximal de patients masculins hospitalisés se situe entre 55 et 64 ans alors que les femmes hospitalisées sont âgées entre 35 et 44 ans.

Il est important de noter que dans ces tableaux cumulatifs de patients hospitalisés, je ne pratique aucun accouchement ce qui élimine une grande partie de la clientèle féminine. De plus, ne pratiquant pas d'accouchement, le facteur âge est influencé : les chiffres n'incluent pas les nouveau-nés

Tableau I

Tableau cumulatif des patients hospitalisés entre sept. 1978 et août 1982 Cité de la Santé de Laval

année	homme	femme	total	patients privés
1978 sept.-déc. (4 mois)	16(4)	17(3)	33	7
1979 (12 mois)	84(12)	104(24)	188	36
1980 (12 mois)	119(16)	88(16)	207	32
1981 (12 mois)	40(23)	41(20)	81	43
1982 (8 mois) juin-août	46(22)	26(14)	72	36
total	305(77)	276(77)	581	154

*les chiffres entre parenthèses sont les patients traités par l'auteur.

Tableau II

Répartition des patients hospitalisés (total). 1978-1982.

Cité de la Santé de Laval. Graphique, âge/sexe

	nombre de patients	
âge	homme	femme
0-4 ans	12	10
5-14 ans	13	7
15-24 ans	23	31
25-34 ans	35	40
35-44 ans	26	61
45-54 ans	27	33
55-64 ans	67	21
65-74 ans	54	33
75-84 ans	38	28
85-94 ans	10	12

à la pouponnière. Ceci explique que le nombre total d'enfants mâles et/ou femelles entre 0 et 4 ans soit très minime. Précisons également qu'à Laval, la population est relativement jeune : la majorité des parents sont âgés de moins de 45 ans et 42% des familles ont au moins un enfant en bas de 6 ans. Donc, si nous répartissons les patients en fonction de l'âge, on peut conclure que 49% des patients hospitalisés entre 35 et 54 ans sont des femmes et que 52% des patients hospitalisés entre 55 et 84 ans sont des hommes : une moyenne d'âge supérieure pour les hommes.

Dans le tableau III, les statistiques des cas de patients privés sont similaires : un nombre maximal de patients masculins hospitalisés au-dessus de 65 ans et pour les femmes entre 35 à 44 ans. 66% des femmes hospitalisées le sont entre 25 et 64 ans et 61% des hommes hospitalisés le sont entre 55 et 84 ans.

Dans le tableau IV les maladies les plus fréquentes selon la classification internationale ICHPPC-2, entre 1978 et 1982 à la Cité de la Santé, sont : 25% des patients sont hospitalisés pour des troubles du système génito-urinaire (ce qui inclut les prostatectomies, les salpingites, les pyélonéphrites, etc.). Ensuite viennent les maladies du système digestif avec 14%, incluant les cholécystectomies, les maladies inflammatoires du système digestif, les ulcères, etc. Dans le tableau IV, on peut détailler les différentes maladies les plus fréquentes et dans le tableau V, les différentes maladies les moins fréquentes, c'est-à-dire celles occupant les derniers rangs. Si nous comparons les tableaux IV et V avec les tableaux VI et VII, on constate une similitude dans les cas privés et leur fréquence. Les maladies du système génito-urinaire occupent le premier rang avec 21,4% suivies de près des maladies du système digestif avec 15,6%. Précisons ici que j'étais plus appelé à hospitaliser selon certains arrangements personnels avec les services d'urologie, de plastie et de chirurgie générale, ce qui augmente sensiblement le nombre de patients dans ces systèmes, tel qu'on peut le constater dans la classification totale du tableau IV.

Les cas privés sont assez identiques si sont exclues les maladies du système sous-cutané et les maladies de la peau, celles-ci se situant dans la classification des cas personnels. Si on examine de plus près le tableau VI, on constate que plus de 50% des patients privés se retrouvent dans les trois catégories suivantes : digestive, génito-urinaire et néoplasique. Cette même répartition de 50% apparaît aussi au total des patients dans le tableau IV. Le détail des différentes maladies pour lesquelles les patients ont été hospitalisés est exposé dans les tableaux VI et VII pour les cas privés.

Les tableaux VIII et IX sont des tableaux qui incluent les diagnostics associés lors des hospitalisations des différents patients. Par exemple, lorsqu'un patient est admis pour une cholécystectomie ou est admis pour diabète, on peut noter, souvent, en plus, certains diagnostics qui, sans nécessiter l'hospitalisation exclusive, peuvent entraîner un certain contrôle et certaines consultations ou certains traitements pré-opératoires dans les cas de patients en chirurgie. Ces tableaux ne tiennent compte que du nombre total de patients pour des hospitalisations en gé-

Tableau III

Répartition des patients hospitalisés (cas privés). 1978-1982.

Cité de la Santé de Laval. Graphique, âge/sexe

	nombre de patients	
âge	**homme**	**femme**
0-4 ans	4	2
5-14 ans	1	1
15-24 ans	4	7
25-34 ans	13	9
35-44 ans	6	30
45-54 ans	11	12
55-64 ans	14	8
65-74 ans	16	6
75-84 ans	17	1
85-94 ans	1	1

Tableau IV

Répartition des maladies des patients hospitalisés (total) les plus fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Primaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
1	Maladies du système génito-urinaire	146	25,1
2	Maladies du système digestif	82	14,1
3	Maladies des tissus sous-cutanés et peau	68	11,7
4	Néoplasies	55	9,5
5	Maladies du système nerveux et des organes des sens	37	6,4
6	Maladies du système circulatoire	35	6,0
7	Maladies mentales	31	5,3
8	Maladies du système respiratoire	23	4,0
9	Maladies du système musculo-squelettique et tissu conjonctif	23	4,0
10	Maladies endocriniennes et métaboliques	22	3,8
11	Trauma-accidents	22	3,8

néral. On peut remarquer, dans ces différents tableaux, que les patients souffrant de maladies circulatoires, endocriniennes ou métaboliques et du système respiratoire comptent pour 62,5% des diagnostics secondaires ou des diagnostics associés lors des hospitalisations. Ces différentes classifications incluent évidemment tous les cas de maladies cardiaques athérosclérotiques, de diabète et de maladies pulmonaires obstructives chroniques qui sont les trois diagnostics secondaires les plus fréquents lors des admissions de patients entre septembre 1978 et août 1982 à la Cité de la Santé, sous mes soins.

Tableau V

Répartition des maladies des patients hospitalisés (total) les moins fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Primaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
12	Maladies infectieuses et parasitaires	18	3,1
13	Maladies hématologiques	9	1,5
14	Anomalies congénitales	7	1,2
15	Grossesse - post-partum	3	0,5

Tableau VI

Répartition des maladies des patients hositalisés (cas privés) les plus fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Primaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
1	Maladies du système génito-urinaire	33	21,4
2	Maladies du système digestif	24	15,6
3	Néoplasies	21	13,6
4	Maladies du système musculo-squelettique et tissu conjonctif	12	7,8
5	Maladies du système circulatoire	11	7,2
6	Maladies de la peau et des tissus sous-cutanés	10	6,5
7	Maladies endocriniennes et métaboliques	9	5,8
8	Maladies du système respiratoire	8	5,2
9	Maladies mentales	7	4,6
10	Maladies du système nerveux et des organes des sens	6	3,9

Tableau VII

Répartition des maladies des patients hospitalisés (cas privés) les moins fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Primaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
11	Maladies infectieuses et parasitaires	4	2,6
12	Anomalies congénitales	4	2,6
13	Maladies hématologiques	3	1,9
14	Grossesse - post-partum	2	1,3

Ceci n'est qu'un bref aperçu des différents patients hospitalisés sous mes soins à la Cité de la Santé durant la période de 1978 à 1982. Il apparaît qu'un omnipraticien peut, lors de l'hospitalisation d'un de ses patients, apprendre beaucoup car il garde facilement le contact avec son patient et suit de façon intensive les traitements entrepris. Il peut assurer plus facilement par la suite la coordination des soins au sortir de l'hôpital ou au congé d'une hospitalisation.

De plus, ceci permet par exemple au chirurgien de laisser les aspects médicaux au médecin de famille lequel pourra demander un médecin consultant, si nécessaire. Ceci évite parfois d'avoir plusieurs consultants dans un même dossier alors que le médecin traitant peut facilement coordonner les soins lorsque ce sont des maladies associées non compliquées. Cette situation apporte aussi certains avantages lorque les patients reçoivent leur congé d'une spécialité donnée et que, par la suite, ne peuvent retourner à domicile pour des raisons diverses ; le médecin de famille peut facilement prendre en charge le dossier restant car il a été, dès le début, engagé dans l'hospitalisation de ce patient.

À mon avis, le médecin de famille retire beaucoup d'enseignement au contact des différentes spécialités médicales ou chirurgicales ; c'est un moyen très accessible d'éducation médicale continue en milieu hospitalier étant donné l'hospitalisation de patients conjointement avec différents spécialistes comme médecins co-traitants ou consultants en présence de certaines maladies que lui, médecin de famille, ne rencontrera que très rarement en cabinet privé.

Pour le patient, c'est également très rassurant de pouvoir demeurer en contact avec un médecin qu'il connaît depuis plusieurs années, qu'il côtoie à l'hôpital et qui peut lui expliquer souvent aisément certains éléments importants du diagnostic ou du traitement. De plus, le médecin de famille est facilement en contact avec la famille du patient et, de ce fait, utilise ordinairement une approche plus globale en tenant compte des aspects biologiques, comportementaux et sociaux. L'approche d'un médecin de famille est, quoiqu'on en dise, différente de celle d'un spécialiste, même si les deux médecins ont leur place et leur rôle important à jouer.

Cet article a donc fait le tour de mes expériences personnelles lors de l'hospitalisation de mes patients à la Cité de la Santé. D'autres études pourront être faites et viendront éclaircir, corroborer ou infirmer certains éléments de cet article ; cependant, je crois que le médecin de famille a un très grand rôle à jouer lors de l'hospitalisation de ses patients. Un système identique à celui existant à la Cité de la Santé pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille et qui doivent être admis dans un centre hospitalier est réalisable et fort intéressant. Ce système institué à la Cité de la Santé assure la présence constante d'un médecin de garde lors des hospitalisations des différents patients n'ayant pas de médecin de famille ; ce système prend en charge certains patients en pré-admission par différents médecins de famille en vue d'une éventuelle hospitalisation dans une spécialité chirurgicale ; il permet d'établir le bilan pré-opératoire et de préparer de façon adéquate le patient à son hospitalisation.

L'aspect des soins prolongés n'a pas été complètement discuté dans cet article, par exemple lors des hospitalisations pour placement ou pour hébergement ou encore lors de soins prolongés à certains malades. Le rôle du médecin de famille est évidemment très important dans ces différentes situations. Fait dont je n'ai pas tenu compte : dans le tableau I, entre 1979 et 1980, le nombre de patients est plus élevé que pour les années subséquentes : ces chiffres s'expliquent de la façon suivante : durant cette période, j'oeuvrais au sein d'une équipe chargée de l'hospitalisation et cette équipe s'occupait d'une partie de patients en hébergement ou en placement. Il en va de même pour l'âge des patients : l'âge des hommes est plus élevé que celui des femmes, conséquemment à l'hospitalisation de patients chroniques masculins plus souvent que féminins, en 1979-1980.

Actuellement, aucune conclusion ne peut être tirée. D'autres études devront être faites sur les hospitalisations par le médecin de famille dans différents centres hospitaliers. Il faudra tenir compte, dans ces études, de facteurs tels que : si le médecin de famille pratique l'obstétrique, s'il s'occupe de la périnatalité, s'il s'intéresse à la gériatrie ; si le médecin de famille prodigue des soins palliatifs, des soins aux malades chroniques. À mon avis, le médecin de famille a un rôle très important à jouer lors des hospitalisations et plusieurs études sont à faire dans ce domaine.

Tableau VIII

Répartition des maladies des patients hospitalisés (total) les plus fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Secondaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
1	Maladies du système circulatoire	67	33,0
2	Maladies endocriniennes et métaboliques	42	20,6
3	Maladies du système respiratoire	18	8,9
4	Maladies infectieuses et parasitaires	14	6,9
5	Maladies du système nerveux et organes des sens	13	6,4
6	Maladies mentales	11	5,4
7	Maladies du système génito-urinaire	8	3,9
8	Maladies hématologiques	8	3,9

Tableau IX

Répartition des maladies des patients hospitalisés (total) les moins fréquentes selon classification ICHPPC-2 entre 1978-1982 à la Cité de la Santé de Laval

		Δ Secondaire	
Rang	**ICHPPC-2**	**Nbre**	**%**
9	Anomalies congénitales	6	3,0
10	Maladies du système musculo-squelettique et tissu conjonctif	5	2,5
11	Maladies de la peau et des tissus sous-cutanés	4	2,0
12	Maladies du système digestif	4	2,0
13	Grossesse - Post-partum	2	1,0
14	Néoplasies	1	0,5

Remerciements

L'auteur remercie madame Lise Allan pour l'excellent travail secrétarial.

Summary

After a brief summary of the organization of hospitalization in medicine and in surgery at La Cité de la Santé de Laval, the author summarizes his own experience since the opening of this hospital. He explains a study of these hospitalizations depending on the age, sex, primary pathology and secondary diagnosis.

Bibliographie

1. **Bernstein R.A., Andrews E.M. :** The hospitalized psychiatric patient and the primary care physician. Psychosomatics, 1981 ; 22 : 959-970.

2. **Geyman J.P. :** Clinical Departments of Family Practice in Hospital. J. Fam. Pract., 1979 ; 8 : 791-792.

3. **Geyman J.P. :** Hospital Practice of the Family Physician. J. Fam. Pract., 1979 ; 8 : 911-912.

4. **Hansen D.V., Sundwall D.N., Kane R.L. :** Hospital Privileges for Family Physicians. J. Fam. Pract., 1977 ; 5 : 805-809.

5. **Laing G.P. :** Hospitalization : is it always a negative experience ? Canadian Nurse, 1977 ; Novembre : 35-37.

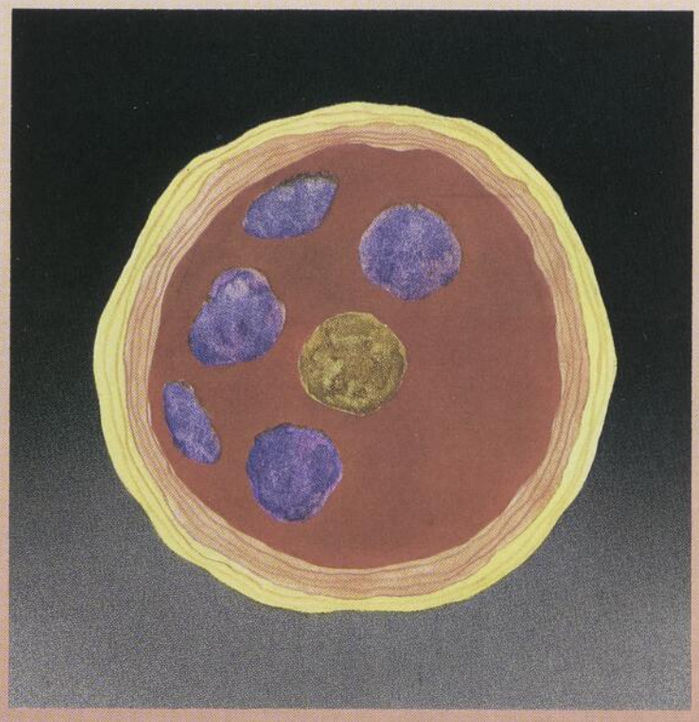
6. **Maguire P.H., Cook P.D. :** In hospital Family Practice - A One Year Summary. J. Fam. Pract., 1979 ; 8 : 1019-1023.

7. **Slabaugh R.C., Ringiewicz M., Babineau R.A. :** The Hospital Work of a Family Practice Group in a Medium Size Community in New England. J. Fam. Pract., 1980 ; 11 : 287-297.

8. **Wilson-Barnett J. :** In hospital : patients' feelings and opinions. Nursing Times, 1978 ; 74 : 29-32.

9. **Wilson-Barnett J. :** In hospital : patients' feelings and opinions 2. Nursing Times, 1978 ; 74 : 33-34.

10. **Wilson L. :** Reaction of Patients to Hospital Care. New Zealand Med. J., 1977 ; Septembre 14 : 223-226.



Quand les taux lipidiques anormaux accentuent le risque[1]...

NOUVEAU

Lopid*

(gemfibrozil)

L'unique régulateur lipidique offrant l'avantage des HDL[1]

EFFICACITÉ ÉPROUVÉE DANS DES ÉTUDES MULTICENTRIQUES[2]

◂ Chez les patients de type IV ▸

Lopid* a diminué les triglycérides de **40%**

Lopid* a augmenté le cholestérol-HDL de **17,4%**

Lopid* a amélioré le rapport cholestérol-HDL de **23%**

Lopid* a aussi diminué le taux de cholestérol-LDL

Régularise les taux lipidiques anormaux[2]

Un agent nouveau et distinct qui régularise la dyslipidémie de type IV; le nouveau LOPID* (gemfibrozil) normalise les taux lipidiques et lipoprotéiques de façon très efficace. Par contre LOPID* n'affecte pas les taux normaux.

Diminue les taux élevés des triglycérides et du cholestérol-LDL

Augmente les taux anormalement faibles des lipoprotéines de haute densité (HDL)

Améliore le rapport cholestérol-HDL/cholestérol sérique total

Particulièrement utile chez les patients à risque

LOPID* diminue efficacement le cholestérol sérique, un facteur de risque reconnu[3]. En même temps, LOPID* hausse l'importante fraction HDL à un niveau protecteur.[1]

Aucune réaction indésirable sérieuse

Des études cliniques rigoureusement contrôlées, dont une étude post-thérapeutique de 5 années[3], ont confirmé la bonne tolérance des malades au LOPID*. En effet, même à des doses s'élevant jusqu'à 1600 mg/jour, LOPID* n'a occasionné qu'une faible fréquence d'effets secondaires; et quand des réactions indésirables se sont produites, celles-ci se sont avérées réversibles après diminution de la dose ou arrêt du traitement[5].

Aussi on a observé une importante caractéristique de LOPID*: son faible potentiel lithogénique. D'après des études multicentriques, le risque de formation de calculs biliaires chez les patients traités au LOPID* n'est pas plus grand que dans la population en général.

Posologie biquotidienne pratique

Grâce à sa commode posologie biquotidienne de deux capsules dosées à 300 mg b.i.d., LOPID* favorise la fidélité au traitement.

NOUVEAU

Lopid* (gemfibrozil)

Le régulateur lipidique offrant l'avantage des HDL.

NOUVEAU

Lopid*

(gemfibrozil)

Capsules à 300 mg

Le régulateur lipidique offrant l'avantage des HDL.

- Normalise les taux lipidiques et lipoprotéiques de façon très efficace
- Bien toléré en traitement prolongé
- Excellente fidélité au traitement

Posologie : deux capsules à 300 mg b.i.d.

Références : 1. Glueck, C., Influence of gemfibrozil on high density lipoproteins, The Am J of Cardiology, 52(4), 31B, 1983. 2. Lopid* Monographie du produit. 3. Gordon, T. et al, High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease : The Framingham Study. Am J Med 62 : 707-714, 1977. 4. Hodges, R., Marcus E., Safety of gemfibrozil (Lopid*) in clinical use. *Research and Clinical Forums* 4(2) : 35-40, 1982. 5. Lewis, J.E., Long-term use of gemfibrozil (Lopid*) in the treatment of dyslipidemia, *Angiology*, 33(9), 603, 1982.

PARKE-DAVIS

Parke-Davis Canada Inc., Scarborough, Ontario

PAAB CCPP *M. Enr. de Parke, Davis & Company, Parke-Davis Canada Inc., usager aut. ACIM

Le rôle du médecin de famille auprès du patient hospitalisé : *un rôle essentiel*

André Jacques[1]

Résumé

L'auteur, à l'aide d'une définition de la médecine générale, expose ses vues sur la pratique hospitalière d'un médecin de famille.
Il en définit les principaux champs de travail et il souligne différents rôles essentiels auprès des patients hospitalisés.

Les soins de première ligne ("primary care") constituent le principal champ d'action de l'omnipratique ou de la médecine générale. Ce champ d'action a été bien défini par l'"American Academy of Family Physician" (A.A.F.P.) en 1947 et repris par l'"American Board of Family Practice" (A.B.F.P.) en 1969. Voici une traduction de leur définition : "...forme de soins médicaux avec accent mis sur les soins de premier contact en assurant la continuité ou la responsabilité de la continuité des soins au patient autant pour le maintien de sa santé que pour le traitement de ses maladies. Ce sont des soins personnalisés comportant une interaction et une communication particulière entre le médecin et son patient. Ce sont des soins globaux et ces soins incluent la coordination de tous les problèmes de santé du patient, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux. Le recours approprié aux consultants et aux ressources communautaires est un élément important pour obtenir des premiers soins de qualité."

En reprenant cette définition, on peut en sortir quelques points importants (tableau I). Ces différents points s'appliquent aussi-bien en cabinet privé qu'en milieu hospitalier. Par soins de premier contact (première ligne), on exprime la capacité de prendre des décisions pour n'importe quel problème de santé pour lequel le patient se présente ou est hospitalisé.

Par soins globaux, on entend tous les soins, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux, qu'ils soient simples ou complexes, reliés à un individu ou à une famille, indépendamment de l'âge et du sexe du patient, du système ou de l'organe malade. Ces soins peuvent être ambulatoires ou durant une hospitalisation.

Par soins continus, on entend le maintien à long terme de la santé, le traitement à long terme des problèmes et l'application des principes de prévention : l'accent est mis sur la prise en charge de la santé par l'individu et/ou la famille. Le médecin de famille qui a traité son patient avant son hospitalisation peut le traiter pendant son hospitalisation et à la sortie de l'hôpital, ce qui veut dire une continuité des soins partout où le patient se trouve.

Le médecin de famille a été très bien défini comme coordonnateur des soins de son patient. Le rapport de la commission Millis en 1966 concernant ce qu'un patient attend des soins médicaux définit bien ce rôle de coordonnateur joué par le médecin de famille. On peut en extraire une traduction libre : "...le patient veut compter sur quelqu'un ayant une grande compétence, un bon jugement pour prendre en charge la situation globale, quelqu'un qui peut servir de coordonnateur de toutes les ressources médicales qui pourront l'aider à résoudre son pro-

Tableau I

Le médecin de famille à l'hôpital

Caractéristiques des soins de première ligne ("Primary Care")

1. Soins médicaux de premier contact
2. Continuité des soins
3. Soins personnalisés
4. Soins globaux
5. Coordination des soins

1) M.D., C.M.F.C. (C), omnipraticien, professeur adjoint, faculté de médecine, département de médecine sociale et préventive, section médecine familiale, Université de Montréal, Cité de la Santé de Laval.

Tirés à part :
André Jacques, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, pièce 1.20, Vimont, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *8.12.83*
Accedptation définitive le : *12.1.84*

blème. Il veut un "président de compagnie" qui utilisera adéquatement ses qualités, ses aptitudes et ses connaissances et qui saura utiliser les membres plus spécialisés de sa compagnie. Il veut un "quart arrière" qui diagnostiquera les changements continuels de situation, coordonnera l'équipe entière et s'appuiera sur les contributions particulières de chaque membre parmi les meilleurs pour aider l'équipe."

Le médecin de famille maintient une communication efficace entre tous les intervenants : il a la fonction d'avocat ou d'ombudsman entre le patient et le spécialiste ; entre le patient, sa famille et la communauté ; entre le patient, la famille et l'hôpital. Il interprète à la famille ou au patient les méthodes plus complexes et s'assure de la coopération maximale de tous durant cette période plus intensive qu'est l'hospitalisation. Il vient compléter l'équipe soignante tout en l'orchestrant pour promouvoir les meilleurs soins. Ses fonctions sont spécifiques et viennent compléter l'équipe médicale. Comme le dit si bien Edmund Pellegrino : "...ce doit être clair, aussi, que la simple addition de spécialités ne peut égaler la fonction du généraliste...".

Le médecin omnipraticien en présence de son patient hospitalisé ne doit pas agir comme un spécialiste. Il ne doit pas se substituer au spécialiste. Son champ d'action est différent : Il ne doit pas nécessairement être à la fine pointe des connaissances d'une discipline particulière : il y a des spécialistes pour cela.

Son champ d'action est différent, spécifique et ses fonctions sont particulières. L'omnipraticien doit aussi discuter souvent avec son patient des aspects particuliers par exemple les maladies chroniques, la mort, etc. Il assure ainsi la continuité et la prise en charge. Il est le lien entre le patient et la famille dans le passé, dans le présent et dans le futur. Il utilise plus souvent une approche bio-psycho-sociale des problèmes et utilise aussi la valeur de la relation médecin-patient comme outil diagnostique et thérapeutique.

C'est également important pour le patient de voir une figure connue lors de son hospitalisation. De fait, le médecin de famille est une source d'information importante pour faciliter le traitement du patient durant son hospitalisation. Il peut éviter des duplications d'examens. Il demeure en contact avec la famille lors de l'admission et lors du congé.

L'omnipraticien assure la continuité lors du départ de l'hôpital et étant donné son activité lors de l'hospitalisation, il est bien placé pour assurer un "follow-up" facile et adéquat. Lorsqu'il y a plusieurs problèmes en même temps chez un même patient, il assure une coordination des soins (il existerait plus de 40 spécialités médicales et plus de 100 professionnels de la santé pouvant être parfois engagés dans un problème de santé).

Comme coordonnateur des soins, le médecin de famille peut mieux définir les priorités. Il peut faire la part des problèmes plus ou moins clairs, organiques ou fonctionnels de son patient.

L'omnipraticien qui travaille en milieu hospitalier peut y trouver certains avantages. Curry A. Grant décrit bien ce qu'une pratique incluant des soins aux patients hospitalisés apporte au médecin de famille : "...cela lui permet de rendre des services beaucoup plus grands à son patient, avec plus de précision et de satisfaction personnelle. C'est dans le milieu hospitalier que s'échangent les idées, s'acquièrent des connaissances, se rectifient des diagnostics et des traitements. Sans cette opportunité de croissance professionnelle, l'atrophie souvent survient, les concepts se ternissent, les habiletés s'estompent et la finesse disparaît."

Par cette simple définition de Grant, nous avons vu quelques avantages à travailler dans une milieu hospitalier, tant pour le patient que pour le médecin de famille.

Les paliers de soins

À l'hôpital, les paliers où le médecin de famille peut s'engager sont divers. On reconnaît plus traditionnellement son rôle à la salle d'urgence et en obstétrique. Mais il existe plusieurs autres champs d'activités. En voici une liste qui ne se veut pas exhaustive : travail à la salle d'urgence, l'obstétrique (tableau II), l'unité coronarienne, les soins aux malades hospitalisés, les soins en milieu psychiatrique, la réadaptation, la gériatrie, le travail administratif (tableau III), l'enseignement, la recherche, la santé communautaire (tableau IV).

Le médecin de famille peut travailler dans ces secteurs à des degrés d'engagement variables et A. William Bedell décrit trois paliers distincts : 1. soins définitifs, 2. soins partagés, 3. soins de support.

Tableau II

Le médecin de famille à l'hôpital

- Salle d'urgence
- Obstétrique

Tableau III

Le médecin de famille à l'hôpital

- Unité coronarienne
- Soins patients hospitalisés
- Soins en milieu psychiatrique
- Réadaptation
- Administration
- Gériatrie

Tableau IV

Le médecin de famille à l'hôpital

- Enseignement
- Recherche
- Santé Communautaire

Tableau V

Le médecin de famille à l'hôpital

Paliers de soins (A.W. Bedell)

- Soins définitifs
- Soins partagés
- Soins de support

Par soins définitifs, on signifie les soins qu'un généraliste peut dispenser en étant compétent pour traiter seul ou comme membre d'une équipe soignante. On estime qu'il peut, selon sa formation, son expérience et ses intérêts, traiter plus de 90% des problèmes rencontrés.

Par soins partagés, on signifie les soins par lesquels le médecin de famille demande ou invite un consultant à travailler avec lui à l'évaluation et au traitement de cas plus complexes. Dans ces cas, le médecin de famille continue d'être le coordonnateur de l'équipe de santé. Les décisions prises devraient l'être en fonction de plusieurs aspects en tenant compte de la famille et des suggestions du consultant. Ceci signifie que le médecin de famille connaît ses limites et sait quand consulter ou se référer à une personne ressource pertinente. Et on doit retenir "qu'une consultation est une expérience d'apprentissage".

Quant aux soins de support, le médecin de famille agit comme éducateur et conseiller au sujet des soins de santé au patient et à sa famille. Il aide au support psychologique lors d'une si-

Tableau VI

Le médecin de famille à l'hôpital : rôles de l'omnipraticien

1. Offrir la prise en charge et la continuité des soins avant, pendant, après l'hospitalisation.
2. Assurer des soins globaux (approche bio-psycho-sociale).
3. Coordonner l'équipe médicale (savoir travailler en équipe).
4. Consulter au besoin (connaître ses limites).
5. Informer et conseiller le patient et sa famille sur les soins pour maintenir sa santé.
6. Offrir un support psychologique lorsque nécessaire.
7. Être l'ombudsman de son patient.

tuation de crise ou de cas plus complexes. Il informe le patient de sa condition médicale en clarifiant la situation et prodigue l'éducation au maintien de la santé de la famille (tableau V).

De plus, le médecin de famille est bien placé pour évaluer et reconnaître les facteurs familiaux. Il peut également relever les inter-relations personnelles entre les membres d'une famille en ce qui concerne la récurrence de certaines maladies.

Des études tentent à démontrer que le médecin de famille qui connaît bien son patient, en plus de prodiguer des soins médicaux personnels et humains, le fait également de façon plus économique que le médecin qui soigne sur une base épisodique (moins d'analyses, moins de visites, moins de médicaments, etc.). Le médecin de famille utilise aussi efficacement sa connaissance des relations interpersonnelles pour le traitement de ses patients c'est-à-dire "la relation médecin-patient" ou le "médecin comme médicament" (tableau VI).

Conclusion

En guise de conclusion, plusieurs rôles du médecin de famille auprès de son patient hospitalisé peuvent être énumérés brièvement (tableau VI). Ce tableau dresse les grandes lignes des caractéristiques et du rôle du médecin de famille à l'hôpital. Nous n'avons pas parlé, ou très peu, des autres rôles que l'omnipraticien peut jouer dans un centre hospitalier : l'enseignement, l'éducation médicale continue, la prévention, la promotion de la santé, la recherche, etc. Ce sont tous des champs qui peuvent être touchés par ceux qui s'y intéresseraient.

Remerciements

L'auteur remercie madame Lise Allan pour sa précieuse collaboration à la rédaction de cet article.

Summary

The author, with a definition of primary care, exposes his views on the hospital practice of family physicians. He states different principal fields of activities and points out some essential roles of the family physician in the hospitalization of his own patients.

Bibliographie

1.Bedell W.A. : Hospital Care. Family Medicine Principles and Practice. R.B. Taylor, N.Y. Springer-Verlag, 1978 ; 117-122.

2.Bressler B. : The Physician and the Hospitalized Patient. J. Asthma Research, 1980 ; 17 : 71-73.

3.Curry H.B. : The Family Physician's Responsibilities. Family Medicine Principles and Practice. R.B. Taylor, N.Y. Springer-Verlag, 1978 ; 17-28.

4.Engel G.L. : The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. Science, 1977 ; 196 : 129-135.

5.Grant I.N. : Acknowledgement of Difference. Can. Fam. Physician, 1979 ; 25 : 70-72.

6.Hennen B.K.E. : Family Medicine : The Discipline, 1979. Can. Fam. Physician, 1979 ; 25 : 65-69.

7.Pellegrino E.D. : The Generalist Function in Medicine. JAMA, 1966 ; 98 : 127-131.

8.Rakel R.E. : The Family Physician in Family Practice. R.E. Rakel and H.F. Conn, W.B. Saunders Co., 1978 ; 3-19.

9.Shea P.E., Johnston M.A., Premi J.N. et coll. : The Role of The Family Physician In Hospital, Part 1, Demography. Can. Fam. Physician, 1980 ; 26 : 53-55.

10.Shea P.E., Johnston M.A., Premi J.N. et coll. : The Role of The Family Physician In Hospital, Part 2 : Use of Hospital Privileges. Can. Fam. Physician, 1980 ; 26 : 215-220.

11.Shea P.E., Johnston M.A., Premi J.N. et coll. : The Role of The Family Physician In Hospital, Part 3 : Obstetrics. Can. Fam. Physician, 1980 ; 26 : 365-367.

12.Stephens G.G. : Family Practice : The Renaissance is over. J.R. Coll. Gen. Pract., 1981 ; 31 : 460-466.

13.Taylor R.B. : The Practical Art of Medicine. N.Y., Harper Row, 1972 : 180.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Examens d'Endocrinologie et métabolisme

Le premier examen menant au Certificat de compétence spéciale en Endocrinologie et métabolisme se tiendra à l'automne 1985. Tous ceux qui sont intéressés à se présenter à cet examen sont priés de noter ce qui suit :

1) Les candidats qui désirent se présenter aux examens d'Endocrinologie et métabolisme doivent être détenteurs d'un certificat de spécialiste en Médecine interne ou en Pédiatrie du Collège Royal.

2) Les candidats qui désirent se présenter aux examens en 1985 doivent se procurer les formules de demande à l'adresse ci-dessous. Les demandes doivent être soumises avant le 1er octobre 1984.

3) Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser au:

Bureau de la formation et de l'évaluation
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
74, avenue Stanley
Ottawa (Ontario)
Canada
K1M 1P4

Le programme de réadaptation des coronariens à la Cité de la Santé de Laval

Léonard Lapointe[1], Jean-Pierre Martineau[2], Jacques Monday[3], Véronique Déry[4], Allyson Fowler[5], Isabelle Coutu[6], Denise Beaulieu[7] et Jocelyne Charlebois[8]

Résumé

La fréquence de l'infarctus du myocarde a un impact important dans notre société. L'individu atteint d'une crise cardiaque mène souvent une vie marginale. Dans le but d'améliorer le mode de vie de ces personnes, nous avons organisé un programme de réadaptation pour coronariens à la Cité de la Santé de Laval.

Dans ce programme, nous avons mis l'accent sur la phase de convalescence à la maison. Les bénéficiaires participent à des rencontres d'information et de dynamique de groupe. Cette phase complète le programme initié par l'équipe interdisciplinaire dès le début de l'hospitalisation.

Même si la fréquence de l'infarctus du myocarde semble diminuer, cette maladie demeure la cause première de décès chez l'adulte. Or, jusqu'à récemment, peu d'efforts étaient déployés pour tenter de réintégrer le malade dans le rôle social qu'il occupait avant sa maladie. L'individu devenu "cardiaque" était souvent mis en marge autant dans sa famille que dans la société en général.

Dans plusieurs centres on a maintenant mis sur pied des programmes de réadaptation du patient coronarien dans le but de permettre au patient de reprendre un style de vie normal ou presque normal, de le maintenir dans une direction positive et dans la mesure du possible de le retourner au travail qu'il occupait avant l'infarctus. D'ailleurs, le retour au travail est souvent utilisé comme paramètre pour évaluer le succès d'un programme.

Définition

Un programme de réadaptation peut se définir comme un processus par lequel un individu est rétabli et maintenu à un niveau optimal de fonctionnement psychologique, physiologique et social. Cette démarche s'adresse donc à tous les aspects de la vie du malade d'où l'importance pour le médecin d'avoir une approche globale devant ce problème de l'infarctus et de l'aborder souvent avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire.

Un des aspects importants de la réadaptation est la mobilisation précoce du patient en vue d'un retour éventuel au travail. Krasemann et Jungmann en Allemagne ont montré que sans réadaptation le retour au travail se faisait dans environ 7,5% des cas, six mois après l'infarctus. Avec un programme agressif, le pourcentage de retour au travail monta à 18% après 6 mois et à 42,5% après un an[1].

Les conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde doivent être aussi prises en considération dans un programme de réadaptation. Dominan et Skeleton ont montré après avoir interrogé 65 patients un an après leur infarctus, que seulement vingt-cinq d'entre eux avaient repris leur affect et leurs attitudes pré-morbides. Leurs relations avec leur entourage étaient aussi changées. La moitié des hommes interrogés affirmaient qu'après un infarctus un homme ne pouvait travailler de la même façon qu'auparavant et qu'il devait être considéré comme une personne malade pour le reste de sa vie[2].

L'attitude de l'entourage en présence d'un individu en convalescence d'un infarctus nuit souvent à celui-ci ; sa famille et ses proches le considèrent comme un handicapé et tendent à le surprotéger ou à être craintifs en sa compagnie. Donc en dépit du fait que la majorité des patients sont réadaptés au point de vue physique dans les trois mois suivant l'infarctus, la majorité se considère encore "atteints" un an après l'accident[3].

1) M.D., service de cardiologie.
2) M.D., département de médecine générale.
3) M.D., service de psychosomatique.
4) M.D., consultant en nutrition.
5) Infirmière-chef, soins intensifs et coronariens.
6) Pharmacienne.
7) Service de diététique.
8) Ergothérapeuthe.
Cité de la Santé de Laval.

Tirés à part :
Léonard Lapointe, m.d., service de cardiologie, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *12.12.83*
Acceptation définitive le : *23.1.84*

Les phases de la réadaptation

Les différents programmes de réadaptation comportent trois phases :

La phase I : durant le séjour à l'hôpital.
La phase II : durant la période de convalescence à la maison.
La phase III : durant la reprise des activités de la vie normale et probablement d'un programme d'activités physiques.

Le programme à la Cité de la Santé de Laval

A) À l'urgence et aux soins intensifs

Après son admission à l'urgence, le patient est pris en charge par l'équipe des soins intensifs. Celle-ci est composée d'un cardiologue, d'une équipe de douze omnipraticiens, d'infirmières, du service de diététique et d'autres médecins spécialisés-consultants. Si le médecin de famille du patient ne fait pas partie de l'équipe désignée, il peut quand même participer aux soins du malade en apportant sa connaissance du patient et de la famille. La responsabilité du patient demeure cependant celle de l'équipe des soins intensifs. Durant cette étape, les infirmières et le reste de l'équipe donnent graduellement l'information au patient sur sa maladie et expliquent à celui-ci les phases d'activité.

B) À l'hôpital hors des soins intensifs

Le but de cette étape est de donner d'avantage d'autonomie au patient en vue d'un retour éventuel à la maison. Le médecin de famille du patient devient alors le responsable de la coordination des soins. Les intervenants spcialisés sont toujours disponibles et permettent de donner le meilleur service possible au patient. Avec l'aide des autres intervenants, le médecin de famille s'occupe de la réadaptation de son patient en insistant sur les points suivants :

1. S'assure d'un suivi par le cardiologue et d'une évaluation clinique avant le départ.
2. S'assure d'une évaluation diététique.
3. Coordonne avec les infirmières la mobilisation progressive du patient.
4. S'informe des inquiétudes du patient au sujet de sa maladie et poursuit l'information. Il peut faire appel à des intervenants spécialisés advenant un problème émotif plus important.
5. Discute avec le patient du retour à la maison et des implications pratiques.
6. Discute avant le départ, avec le patient, de sa médication.
7. Encourage le patient à participer aux rencontres d'information qui auront lieu durant la phase de convalescence à la maison.

Convalescence à la maison

Après son congé de l'hôpital, le coronarien est laissé à lui-même dans sa famille. Il traverse une période d'adaptation difficile. Des réactions d'anxiété, de crainte, de dépression, d'agressivité, des questions sans réponse et une tension entre les membres de la famille sont courantes. Les visites chez le médecin de famille sont intermittantes avec plus ou moins de communication.

Pour lui assurer un meilleur suivi médical et l'aider à reprendre une vie plus calme et plus positive avec le maximum d'activités rationnelles, le malade en convalescence d'un infarc tus aigu du myocarde est évalué par deux épreuves d'effort et est orienté à des rencontres d'information et de dynamique de groupe.

Nous recommandons une épreuve d'effort mitigée (à 70% ou à 5 mets ou à une fréquence cardiaque à 120 minutes sans bêtabloqueur ou à 110 avec bêtabloqueur) 2 semaines après le congé de l'hôpital.

Nous complétons l'investigation par une épreuve d'effort de 85% à 100% maximale, 8 semaines après la crise aiguë. À chaque épreuve, une évaluation clinique est faite par le cardiologue avec rapport médical immédiat au médecin de famille. D'autre part, aux patients qui ont fait un infarctus, et qui sont capables d'y participer, et dont nous pouvons espérer une vie encore active au point de vue mental, physique et social des rencontres sont offertes. Ces rencontres sont libres, gratuites, s'adressant au patient et au conjoint, d'une durée d'environ une heure, tenues à l'hôpital les trois premiers jeudis de chaque mois et le quatrième jeudi du troisième mois pour la quatrième rencontre. Elles sont sous la responsabilité du cardiologue, de la diététiste, de l'ergothérapeuthe, de la pharmacienne et du psychosomaticien.

Programme des rencontres

1re rencontre : la maladie coronarienne

Audiovisuel sur l'anatomie et la physiologie cardiovasculaire et la maladie coronarienne

- Discussion avec les participants :

Le médecin : circulation coronarienne, athérosclérose, artériosclérose, vasospasme, angine, infarctus.

La pharmacienne : Les vasodilatateurs nitrés.

L'ergothérapeuthe : l'importance de l'activité physique, activités à faire.

2e rencontre : La convalescence

Audiovisuel sur la convalescence à la maison

- Discussion avec les participants :

Le médecin : problèmes d'adaptation, la douleur thoracique, évaluation de la condition cardiaque (expérience personnelle, épreuve d'effort, coronographie, etc.), pratique de la cardiologie à la Cité de la Santé de Laval et le rôle du médecin de famille.

La pharmacienne : les bêta-bloqueurs, les antagonistes du calcium.

L'ergothérapeuthe : méthodes protectrices de faire ses activités physiques et son travail.

3e rencontre : Les facteurs de risque

Audiovisuel sur les facteurs de risques

- Discussion avec les participants :

Le médecin, la diététiste, la pharmacienne, (le lanoxin, les diurétiques, les antiarythmiques) l'ergothérapeuthe (méthodes de relaxation).

4e rencontre : Verbalisation

- Participation : tous les bénéficiaires des 3 derniers mois et tous les responsables du programme.

- Discussion : le vécu depuis l'hospitalisation, les réactions à ce vécu, pourquoi j'ai fait un infarctus ? est-ce que je suis un malade parce que j'ai fait une crise cardiaque ? changements dans ma vie depuis la crise cardiaque, rationalité d'une diète, des médicaments et des exercices.

Plusieurs professionnels de la santé sont engagés dans la réalisation du programme de réadaptation. Le rôle joué par chacun est élaboré brièvement.

Rôle des différents intervenants

Le rôle de l'infirmière : Dès l'arrivée du malade à l'hôpital et pendant tout son séjour, les infirmières jouent un rôle actif dans le programme de réadaptation. À l'urgence, l'infirmière fournit au patient et à sa famille, l'information concernant les méthodes d'admission, la durée approximative du séjour à l'hôpital et d'autres informations de nature générale.

Un enseignement plus approfondi débute aux soins intensifs lorsque l'état du coronarien le permet. La famille participe aux séances d'enseignement qui se déroulent dans la chambre du patient. Le contenu de notre programme d'enseignement est basé sur le livret "Vivre après l'infarctus" que le malade peut se procurer sur place. Les sujets discutés sont adaptés aux besoins de l'individu. Quand celui-ci est transféré des soins intensifs à sa chambre, les infirmières répètent cet enseignement et répondent aux questions posées par le patient et sa famille. De plus, l'infirmière s'assure que les recommandations du médecin de famille sont comprises par le coronarien avant son départ de l'hôpital.

Le rôle du médecin de famille : Dans le programme de réadaptation du patient coronarien, le médecin de famille joue un rôle central. L'omnipraticien est le médecin de premier contact : il peut soit diriger son patient personnel vers des soins spécialisés ou il peut aussi le revoir à la clinique d'urgence. Le médecin de famille s'occupe du patient et de la famille. Sa connaissance du malade et de sa famille et aussi de tous les facteurs pouvant influencer la réadaptation d'un patient donné, font du médecin de première ligne la personne la mieux placée pour être le coordonnateur de l'équipe multidisciplinaire qui prendra en charge le coronarien.

Durant l'hospitalisation le médecin sera responsable du début et de la coordination des efforts de réadaptation. Il utilisera ses connaissances de l'individu et de sa famille ; mais il utilisera aussi les connaissances, les habilités et l'assistance des autres professionnels. Il sera responsable de donner au patient l'information sur sa maladie, le support dont il aura besoin, l'encouragement dans sa mobilisation progressive. Il sera aussi la personne ressource pour l'entourage. Il aidera le patient à acquérir l'autonomie nécessaire avant son départ de l'hôpital.

Le médecin de famille sera aussi celui qui assurera la continuité des soins après la sortie de l'hôpital. Il s'assurera que l'évaluation spécialisée est continuée et il encouragera le patient à participer aux séances d'informations disponibles.

Le rôle du cardiologue : L'orientation du cardiologue dans le programme est basé sur le concept de pratique médicale à la Cité de la Santé, soit celui de médecine familiale. Le spécialiste n'est pas médecin traitant ni consultant seulement ; il est un médecin spécialisé faisant partie intégrante de l'équipe médicale et paramédicale avec engagement positif dans le diagnostic, le traitement et l'enseignement. Il est aussi responsable et animateur des rencontres de groupe.

Le rôle de la diététiste : La diététiste doit amener le patient ayant des problèmes cardio-vasculaires à être sensibilisé aux différents facteurs de risque reliés à l'alimentation soit l'obésité, le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et l'hypertriglycéridémie. La diététiste doit évaluer la possibilité d'éliminer ces facteurs de risques par un enseignement diététique approprié. Le coronarien doit alors prendre conscience de l'importance du retour au poids normal et du maintien du poids idéal. Le patient doit plus spécifiquement éliminer les surplus de gras, de sel et de sucre dans son alimentation et ainsi adopter de saines habitudes qui lui permettront de prévenir la progression de sa maladie.

Le rôle du pharmacien : Le pharmacien joue un rôle de conseiller. Il participe aux rencontres de façon à donner aux coronariens des renseignements essentiels afin de favoriser leur "compliance" aux médicaments. Il a été prouvé à maintes reprises que plusieurs facteurs font que le patient ne suit pas sa thérapie. Un de ces facteurs est celui de l'ignorance du pourquoi il doit prendre certains médicaments. En les informant de l'indication, du mécanisme d'action (en termes vulgarisés), de l'horaire idéal d'administration, des effets secondaires, des précautions à prendre (tant sur le mode de conservation de ces comprimés que des interactions possibles, etc.) le patient sera plus enclin à suivre son traitement de façon adéquate, régulière, donc appropriée. Étant ainsi stimulé, le patient sera capable de participer de façon maximale à sa thérapie médicamenteuse. Il est vraiment primordial que l'on donne le plus d'information possible à ces patients.

Le rôle de l'ergothérapeuthe : Si l'on considère la réadaptation post-infarctus comme le processus qui vise au développement maximum du potentiel physique, mental et social de chaque patient cardiaque, l'ergothérapie qui met l'accent sur l'indépendance, la fonction et l'activité a un rôle à jouer à l'intérieur de ce processus.

Chacune des rencontres de réadaptation permet l'atteinte de certains objectifs :

1. Renseigner le patient et sa famille sur l'énergie demandée lors de différentes activités et sur les facteurs modifiant cette énergie et sur la connaissance des manifestations d'un effort excessif.
2. Favoriser l'utilisation des méthodes de travail adéquates et la connaissance des principes d'économie d'énergie. Suggérer des façons de modifier les activités si nécessaire de façon à réduire le travail.
3. Expliquer les facteurs de stress, la façon de les reconnaître et de les modifier. Favoriser la connaissance de certains exercices simples de relaxation.
4. Favoriser les échanges sur les problèmes rencontrés dans la reprise graduelle des activités et sur les facteurs de stress rencontrés dans la phase de réadaptation.

Le rôle du psychosomaticien : Le rôle du psychosomaticien s'inspire d'une part des travaux de Rahé et coll.[4]. L'approche préconisée par ces cliniciens-chercheurs consiste en des rencontres (en groupe) de patients, à la suite d'infarctus, sur une base régulière mais déterminée et courte. On y échange sur les expériences vécues, on répond aux questions relatives aux malades et à leur maladie bien spécifique avec tous les aléas que cela comporte. Il a été prouvé que cela donne à long terme des résultats encourageants dans une perspective à la fois de mortalité diminuée, d'amélioration de la qualité de la santé et de la vie, et de retour au travail, comparativement à un groupe témoin (c'est l'aspect de support encore plus que l'aspect éducatif qui semble être le facteur bénéfique). Il s'inspire aussi des travaux de Stein[5], d'Apfel Savitz[6], et de bien d'autres chercheurs[7,8] qui ont pu identifier les facteurs curatifs qui existent à l'intérieur d'une dynamique de groupe. Parmi ceux-là mentionnons :

1. L'altruisme ("je peux participer à aider d'autres personnes par mes expériences de vie") ;
2. La cohésion et l'universalité du groupe ("je ne suis pas le seul, je peux être compris et accepté des autres") ;
3. L'apprentissage interpersonnel ("je crée telle impression sur les autres, j'apprends à mieux être, à me lier mieux") ;
4. La conduite : "les membres du groupe me suggèrent ou me conseillent de modifier certains de mes comportements nuisibles à mon malaise et à ma maladie" ;
5. La catharsis : "je me sens mieux et libéré après avoir pu dire ce que je ressens ou ce que j'ai pu ressentir au cours de ma maladie" ;
6. L'identification : "en essayant d'être comme quelqu'un du groupe qui me semble ou qui est mieux adapté que moi" ;
7. L'insight : "j'apprends ce que j'aime ou n'aime pas relativement à certains de mes blocages" ;

8. L'espoir : en réalisant que d'autres vont mieux, peuvent aller mieux, ont résolu ou pourraient résoudre certains de leurs problèmes ;
9. L'acceptation de certains facteurs existentiels : du genre "La vie est parfois injuste, mais ma maturité consiste à l'accepter" ;
10. Le processus du groupe : "je reste seul et moi-même, même si je m'approche des gens et je dois prendre mes responsabilités malgré leur support".

Pour les groupes institués à la Cité de la Santé de Laval, le rôle du médecin psychosomaticien se limite à la quatrième rencontre. C'est une rencontre d'information où le psychosomaticien répond aux questions relatives aux troubles d'adaptation à la maladie dans un but de support. Il généralise, désindividualise la problématique dans le but de diminuer l'angoisse du membre et ainsi désamorce toute panique ou anxiété relative qui pourrait se propager et ébranler le groupe.

Le rôle du département de santé communautaire (D.S.C.) : De par son mandat, le département de santé communautaire se caractérise par les fonctions premières suivantes :

1. L'identification des problèmes de santé de la population de son territoire.
2. La conception et l'élaboration de programmes de santé correspondant à ces problèmes.
3. La coordination des efforts communautaires à la réalisation de tels programmes.
4. L'évaluation de l'impact de ces programmes sur la santé de la population.

Dans le but de réaliser cette dernière fonction, le D.S.C. doit se doter de ressources-conseils dans le domaine de la recherche et de l'évaluation. Bien que cette expertise soit en général utilisée dans le cadre de programmes ou de projets mis de l'avant par le D.S.C., il arrive qu'elle se prête occasionnellement à l'évaluation de projets de prévention commencés par d'autres intervenants de son territoire.

Engagé dans l'évaluation du programme de réadaptation des patients coronariens—programme constituant une approche de prévention tertiaire — le département de santé communautaire apporte un support à la méthodologie de recherche.

Conclusion

Le programme de réadaptation des coronariens à la Cité de la Santé de Laval débute dès l'hospitalisation. Nous avons tenté une expérience personnelle en organisant des rencontres de groupe durant la période de convalescence à la maison. Une appréciation favorable de la part des patients et des médecins de famille, des informations utiles et une orientation positive furent le résultat de ces rencontres. Un projet de recherche en collaboration avec le département de santé communautaire de Laval débutera prochainement en vue d'obtenir une évaluation plus objective de notre programme. Nous avons décidé de ne pas ajouter un programme d'entraînement physique en raison des ressources financières et humaines exigées pour mettre sur pied un tel programme et en raison du nombre restreint de coronariens qui peuvent ou désirent y participer.

Le programme existe déjà depuis plus d'un an et s'avèrent une expérience toujours enrichissante.

Summary

The incidence of myocardial infarction has a significant impact on society. The individual who suffers a heart attack often does not return to full social or occupational activity. In an attempt to improve the functional level of these persons, we have organized a post-coronary readaptation program at Cité de la Santé de Laval. In this program, we have focused especially on the convalescent phase at home. The participants benefit from the support and exchange of information within the group. This phase is part of a continuing program initiated by the interdisciplinary team at the time of hospital admission.

Bibliographie

1.Return to work after myocardial infarction. Cardiology, 1979 ; 64 : 190-196.

2.Skelton M., Dominan J. : Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. Brit. Med. J., 1973 ; 2 : 101.

3.Davidson D. : The Family and cardiac rehabilitation. J. Family Practice, 1979 ; 8 : 253-261.

4.Rahe R.H. : Brief Group therapy in Myocardial infarction Rehabilitation : Three-To Four Year Follow-up of a Controlled Trial. Psychosomatic Med., 1979 ; 41 : 229-242.

5.Stein A. : Group Therapy with Psychosomatically Ill patients. Psychotherapy with Groups in Special Categories.

6.Apfel-Savitz R., Silverman D., Bennett M.I. : Group Psychotherapy of Patients with Somatic illness and Alexithymia. Psychother. Psychosom., 1977 ; 28 : 323-329.

7.Mone L.C. : Short term group psychotherapy with post cardiac patients. Paper presented at 27th Annual Conference of American Group Psychotherapy Association, New Orleans, janvier 1970.

8.Roberts J.P. : The problems of Group Psychotherapy for Psychosomatic Patients. Psychother. Psychosom., 1977 ; 28 : 305-315.

Ativan*
(lorazépam)

Une benzodiazépine compatible

PRÉSENTATION: Ativan—comprimés oraux: Blancs, ronds et plats, renfermant 0.5 mg de lorazépam. Blancs, oblongs, sécables, renfermant 1 mg de lorazépam. Blancs, ovoïdes, sécables, renfermant 2 mg de lorazépam. Ativan—Comprimés sublingaux: Blancs, ronds et plats (marqués W sur une face et 1 sur l'autre), renfermant 1 mg de lorazépam. Bleus, ronds et plats (marqués W sur une face et 2 sur l'autre), renfermant 2 mg de lorazépam. Ativan injectable: Ativan injectable est présenté en ampoules de 1 mL renfermant 4 mg par mL. Les ampoules doivent être réfrigérées et protégées de la lumière. Ne pas utiliser si la solution est décolorée ou contient un précipité.
INDICATIONS: Ativan est utile pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse.
CONTRE-INDICATIONS: Ativan est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines ainsi que chez les patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome à angle fermé aigu.
POSOLOGIE: La posologie d'Ativan doit être individualisée et soigneusement titrée afin d'éviter une sédation excessive ou un affaiblissement mental ou moteur. Comme avec tout autre anxiolytique sédatif, il n'est pas recommandé de prescrire ou d'administrer Ativan pendant des périodes dépassant six semaines. Il faut maintenir le patient sous observation dans les cas où une prolongation du traitement s'avère nécessaire.
Posologie habituelle pour adultes: On recommande une posologie adulte quotidienne de début de 2 mg administrée en doses divisées de 0.5 mg, 0.5 mg et 1.0 mg ou 1 mg et 1 mg. La posologie quotidienne doit être soigneusement augmentée ou diminuée, 0.5 mg à la fois, selon la réaction du patient et sa tolérance au produit. La posologie quotidienne habituelle est de 2 à 3 mg. Cependant la posologie optimale peut varier de 1 à 4 mg par jour chez certains patients. Il n'est pas ordinairement nécessaire d'excéder une posologie quotidienne de 6 mg.
Patients âgés et débilités: Chez ces patients, la dose initiale quotidienne ne devrait pas dépasser 0.5 mg et devrait être soigneusement et graduellement adaptée aux besoins de chaque patient, selon sa tolérance et sa réaction.
PRÉCAUTIONS: ***Administration aux personnes âgées:*** Les malades âgés ou débiles ou bien ceux souffrant de syndrome organique cérébral sont sujets à la dépression du SNC même lorsque les benzodiazépines sont prescrites à de faibles posologies. Par conséquent, on devrait administrer au début de très faibles doses en ne les augmentant que progressivement d'après la réaction du malade afin d'éviter les risques d'excès de sédation ou de troubles neurologiques.
Risques d'accoutumance: Ativan ne devrait pas être administré aux individus enclins à l'abus de médicaments. Il convient de l'administrer avec prudence aux malades enclins à la dépendance psychologique. Après l'administration de fortes doses, il est conseillé de ne réduire la posologie que graduellement.
Troubles mentaux et émotionnels: Ativan n'est pas recommandé dans le traitement de patients psychotiques ou déprimés.
Étant donné que ce type de médication peut provoquer de l'excitation et d'autres réactions paradoxales chez les patients psychotiques, il faut par conséquent veiller à ne pas l'administrer à des patients ambulatoires soupçonnés d'avoir des tendances psychotiques.
RÉACTIONS ADVERSES: La somnolence est l'effet secondaire rapporté le plus fréquemment. Les réactions adverses suivantes ont été également relevées: étourdissements, faiblesse, fatigue et léthargie, désorientation, ataxie, amnésie antérograde, nausée, modification de l'appétit, modification du poids, dépression, vision brouillée et diplopie, agitation psychomotrice, troubles du sommeil, vomissements, troubles sexuels, céphalées, éruptions cutanées, troubles gastro-intestinaux, troubles othorhinolaryngologiques, troubles musculo-squelettiques, et respiratoires.

Renseignements complets sur demande

Wyeth
Wyeth Ltée, Downsview, Ontario M3M 3A8

PAAB CCPP
ACIM

*Marque déposée

Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ?

Raynald Pineault[1] et Richard Lessard[2]

Résumé

En dépit de la réforme majeure qui a été amorcée dans les services de santé et les services sociaux au début des années 1970, le Québec n'a pas vraiment réussi à se doter d'une véritable politique de santé, si l'on excepte certains thèmes tels que la périnatalité, la nutrition et la santé dentaire. Les objectifs d'accessibilité, de continuité, d'universalité et de qualité qui ont été mis de l'avant dans le cadre de cette réforme peuvent s'avérer des instruments efficaces dans la poursuite d'objectifs de santé, mais ils n'en sont pas nécessairement une garantie. Les conséquences de l'absence de politique de santé ne sont pas sans causer d'inconvénients sérieux à la gestion du système de soins puisque les critères de choix dans le contexte de la décroissance, plutôt que de se reposer sur la capacité du système à améliorer la santé de la population, doivent bien souvent faire appel à des considérations d'ordre administratif ou économique.

1) M.D., Ph.D., F.R.C.P.(c). Directeur, département de médecine sociale et préventive et médecin conseil, département de santé communautaire, Cité de la Santé de Laval.

2) M.D., M.P.H., M.A. F.R.C.P.(c). Chef du département de santé communautaire, Cité de la Santé de Laval et professeur adjoint, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Tirés à part :

Dr Richard Lessard, Cité de la Santé de Laval, département de santé communautaire, 1755, boul. René Laennec, Vimont, Laval (Québec) H7P 2Z7.

Abréviations :

OMS : Organisation mondiale de la santé

CRSSS : Conseil régional de la santé et des services sociaux

DSC : Département de santé communautaire

CLSC : Centre local de santé communautaire

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *5.12.83*
Acceptation définitive le : *20.12.83*

Le début des années 70 marquait une étape importante pour le Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le contexte sociopolitique allait faire en sorte qu'une réforme importante de ce secteur allait s'amorcer. Le projet mis de l'avant allait se donner l'étiquette "santé communautaire" pour bien signifier qu'un virage vers la santé allait s'effectuer. Dix ans après le début de cette réforme, il convient de s'interroger sur les points suivants : 1- Y a-t-il eu vraiment virage vers la santé au Québec ? 2- Ce virage s'est-il concrétisé dans l'élaboration de politiques dont le point de départ est davantage des objectifs de santé plutôt que de soins ? 3- Dans quelle mesure l'importance accordée aux politiques du système de soins plutôt que de santé peut-elle avoir des conséquences sur l'organisation et la gestion du système de santé et de soins ? 4- Enfin, quelles mesures peut-on proposer pour qu'une véritable politique de santé soit mise de l'avant et qu'elle rallie les divers intervenants du milieu des affaires sociales ? Voilà les questions auxquelles cet article veut répondre. Bien sûr, il n'a pas la prétention de pouvoir apporter des réponses définitives à toutes ces questions, mais il espère pouvoir amorcer des réflexions utiles dans ce sens.

Cadre de référence pour la planification en santé

Afin de mieux situer nos propos, il est utile de présenter brièvement un cadre conceptuel de la planification en santé. D'abord, précisons tout de suite ce que nous entendons par système de santé et système de soins. Nous reprendrons ici les définitions adoptées par le Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec. "Le système de santé est ainsi le fonctionnement de l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé de la population ; il est composé du système de soins et aussi d'aspects ou d'éléments du système économique et social, du système culturel, du système politique, etc." "Le système de soins est formé par une ensemble de ressources (les professionnels, les établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des biens à la population dans le but d'améliorer son état de santé."[1]

Dans la figure 1, on retrouve les trois éléments qui constituent le système de soins : les ressources, les services et l'état de santé. Les ressources produisent des services qui sont utilisés par la population pour maintenir, améliorer ou restaurer son état de santé[2]. La tâche du planificateur de la santé comprend plusieurs étapes. D'une part, tel que représenté sur la partie gauche de la figure 1, il doit procéder à une analyse critique du système de soins et voir si les ressources déployées sont utilisées de façon productive et appropriée, et si elles sont accessibles. De plus, il doit se poser la question fondamentale, à savoir dans quelle mesure les services produits et utilisés contribuent à l'amélioration de l'état de santé. D'autre part, tel que représenté dans la figure 1, la tâche essentielle de la planification revient à formuler des objectifs et à élaborer des politiques. Ces objectifs peuvent porter sur l'état de santé (politiques de santé), sur les services utilisés ou produits (politiques de soins), sur les ressources (politiques de ressources) ou encore sur les

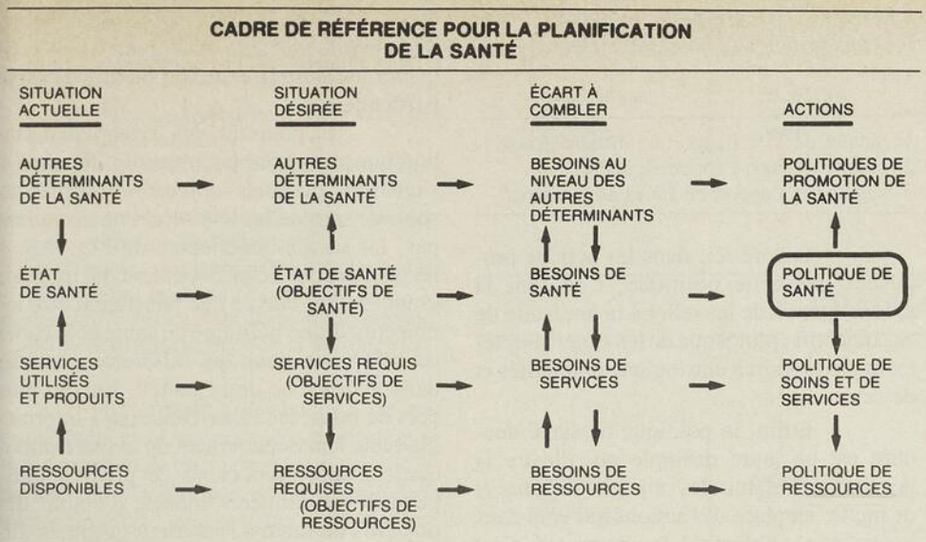


Figure 1 — Cadre de référence pour la planification de la santé.

Tableau I

Exemples d'objectifs de soins et d'objectifs de santé

Objectifs de soins	Objectifs de santé
• Assurer une disponibilité adéquate des ressources	• Diminuer la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires
• Rendre les services de santé accessibles à une population	• Diminuer la mortalité et la morbidité reliées aux accidents
• Faire en sorte que la qualité des soins soit conforme aux normes professionnelles	• Diminuer l'incidence des maladies infectieuses de l'enfance
• Atteindre une universalité des soins, C.A.D. offrir un éventail complet de service socio-sanitaires	• Diminuer les pourcentage des enfants qui présentent des caries de leurs dents permanentes
• Maintenir la continuité dans les soins	• Augmenter la proportion des personnes âgées qui maintiennent un degré adéquat d'autonomie
• Augmenter le degré de productivité dans la fourniture des services	• Diminuer l'incidence des maladies transmises par voie sexeulle

autres déterminants de la santé (politiques de promotion de la santé). La notion importante à retenir de nos propos, c'est qu'une politique de ressources ou de soins devrait découler logiquement d'une politique plus globale de santé. Cette relation est illustrée dans la figure 1 par les flèches reliant les différents niveaux. En d'autres termes, il est peu logique de formuler des objectifs de soins ou de ressources, sans se demander si les ressources ou les services additionnels requis vont dans le sens des objectifs de santé.

Aux trois niveaux, les besoins sont définis par l'écart entre les objectifs et la situation actuelle. Encore ici, l'on peut voir que les besoins définis, en termes de ressources ou de services, n'ont de véritable valeur que s'ils sont reliés à des besoins de santé. De façon plus concrète, par exemple, une politique de soins axée uniquement vers des objectifs d'accessibilité et de continuité des soins, ou encore pire, une politique de ressources uniquement centrée sur la répartition "équitable" des ressources entre les régions, ne peuvent conduire à une efficacité sociale du système de soins qu'à la condition qu'elles s'articulent avec une logique de santé, c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans une politique de santé cohérente qui relie les objectifs de ressources et de soins à des objectifs de santé.

Enfin, si l'on se réfère au système de santé plutôt qu'au système de soins, l'on voit que le lien entre l'état de santé et les autres déterminants de la santé, est important et que le système de soins, bien qu'il occupe la majeure partie de notre schéma, ne représente qu'un facteur parmi les autres nombreux déterminants de la santé. À ce titre, le système de soins ne constitue qu'un sous-système de l'ensemble du système de santé et une véritable politique de santé doit inclure les actions qui portent sur le système de soins. Pour mieux illustrer de façon concrète la distinction que nous établissons entre des objectifs de santé, nous présentons dans tableau I des exemples pour chacune de ces deux catégories.

Politique de soins ou de santé

Maintenant que nous avons précisé la signification que nous donnons aux différents termes que nous allons employer, et surtout que nous avons insisté sur l'importance d'inscrire les politiques de soins ou de ressources à l'intérieur d'une politique plus large de santé, nous allons nous poser la question suivante : Existe-t-il au Québec une véritable politique de santé ?

Pour répondre à cette question, il nous faut d'abord reculer dans le temps et bien préciser le contexte dans lequel les politiques en matière de santé ont été formulées au Québec et au Canada, et de voir comment elles ont évolué dans le temps. Un facteur important à considérer dans l'analyse des systèmes de santé et des soins provinciaux au Canada est l'influence déterminante des programmes fédéraux sur les régimes des provinces. En effet, on observe que le gouvernement fédéral a été le promoteur de mesures sociales qui mettaient l'accent d'abord et avant tout sur les soins. En d'autres termes, depuis le début des années 50, les préoccupations qui ont été traduites dans les programmes fédéraux de soins, notamment l'Assurance-hospitalisation (en 1958) et l'Assurance-maladie (en 1968), visaient en premier lieu à rendre accessible des soins globaux de santé à tous les Canadiens. Sensibles aux avantages économiques reliés à ces programmes fédéraux, les provinces ont certes été encouragées à adhérer à ces régimes. Ce n'est qu'en 1974 qu'on observe un changement brusque dans l'orientation du gouvernement fédéral qui, par le rapport Lalonde, annonce clairement et explicitement son intention de mettre dorénavant l'accent sur la promotion de la santé et sur les modifications de comportement[3]. Sans entrer dans le détail de l'analyse de ce document, et surtout dans toutes les considérations strictement économiques derrière cette façade de la promotion de la santé, il faut admettre que le mérite principal de cette politique a été de rendre explicite la position du ministère de la Santé à l'égard de la promotion de la santé et de l'importance des problèmes de santé reliés au comportement[4].

Revenons maintenant au Québec. Comme les autres provinces, mais avec un peu d'hésitation et de retard, le Québec adhère aux deux programmes de l'Assurance-hospitalisation (en 1961) et de l'Assurance-maladie (en 1970). Cette dépendance des politiques provinciales sur les programmes fédéraux se retrouve même à la Commission Castonguay-Nepveu, dont le travail commencé en 1966, se terminait en 1970 par la production de son rapport final.

Bien qu'il soit mentionné dans le rapport de cette commission que toute la réforme sur la santé et les services sociaux au Québec vise ultimement une amélioration de la santé de la population, ce sont néanmoins les objectifs de soins qui y prédominent. En effet, on constate que le premier objectif de la réforme en est un d'accessibilité économique, que le deuxième en est un de contrôle des coûts et que les autres concernent la continuité des soins, leur universalité et leur qualité (disponibilité). La promotion de la santé et la prévention sont considérées dans ce rapport comme parties intégrantes du système de soins, et aucune attention particulière n'y est réservée.

Réalisant que des propositions concrètes n'avaient pas été présentées par la Commission à l'égard des programmes de prévention, le ministère des Affaires sociales confiait en 1971, à un groupe de travail, le mandat précis de faire des recommandations sur l'organisation du secteur de la santé publique. Encore ici, on ne peut dire qu'il s'agissait d'une véritable préoccupation de santé de la part du Ministère, mais plutôt d'une volonté de réorganiser le système des unités sanitaires et des services de santé municipaux. La recommandation principale de ce groupe de travail de créer les départements de santé communautaire, se concrétisa dans les règlements à la Loi des services de santé et des services sociaux.

Des exemples de politiques de santé

Jusqu'ici, nous avons montré qu'une véritable politique de santé n'a jamais été réellement adoptée par le ministère des Affaires sociales. Cette constatation ne signifie pas une complète absence de préoccupation dans ce sens. En effet, dans certains secteurs, notamment la périnatalité, la nutrition, la santé dentaire et quelques autres, le Québec a établi de véritables politiques de santé. En matière de périnatalité, la politique mise de l'avant en 1973 visait trois objectifs :

1. réduire de moitié le taux de mortalité maternelle en 1973, afin de le porter en 1980 à 1,1 par 10 000 naissances ;
2. abaisser le taux de mortalité périnatale à 12 par 1 000 naissances vivantes en 1980, comparativement à 18,3 en 1972 ;
3. enfin, ramener à 4,5% le taux de prématurité comparativement à 8,24% observé en 1970[5].

Sans entrer dans l'interprétation complexe des résultats obtenus, le point important à noter dans notre discussion est que les actions qui furent alors proposées s'inscrivaient dans la poursuite d'objectifs de santé, plutôt que d'être seulement des objectifs de soins, coupés de liens explicites avec l'amélioration de la santé.

De la même façon, à la suite des résultats de l'enquête Santé-Canada en 1971, le ministère des Affaires sociales lançait en 1977 sa politique de nutrition dont les trois principaux objectifs étaient les suivants :

1. réduire de 25% l'apport en matière grasse ;
2. réduire de 50% l'apport de sucre ;
3. augmenter l'apport en fibres alimentaires[6].

Encore ici, dans les actions proposées par cette politique, l'on sent la préoccupation de les relier à la poursuite de ces objectifs, plutôt que de les situer simplement par rapport à une logique d'activités et de services.

Enfin, la politique de santé dentaire est un autre exemple qui illustre la possibilité d'établir des objectifs de santé et de mettre en place des actions qui vont dans le sens de ces objectifs[7]. Incidemment, c'est dans le cadre de cette politique que le Ministère a pu prendre certaines décisions à l'égard du transfert de certaines ressources du secteur privé au secteur public. Sans porter de jugement sur le bien- fondé d'une telle décision, l'on est forcé d'admettre qu'elle est fondée au moins sur une réflexion à l'égard d'objectifs de santé et qu'elle s'inscrit dans une politique de santé dentaire. Elle est, cependant, incomplète en ce qu'elle néglige de considérer des facteurs extérieurs au système de soins et, par conséquent, elle omet dans ses actions la mesure reconnue comme la plus efficace et la moins coûteuse en matière de prévention en santé dentaire, soit la fluoruration des eaux.

Les trois exemples que nous venons de présenter illustrent bien que le Québec n'est pas complètement démuni de politiques de santé. Il serait injuste de croire que ce sont là les seuls domaines où une politique formelle de santé a été mise de l'avant. Ainsi, par exemple, les personnes âgées ont fait également l'objet de beaucoup d'attention de la part des planificateurs et les documents publiés par le Ministère constituent de véritables politiques des personnes âgées[8,9]. Cependant, si l'on regarde de plus près, l'on s'aperçoit que l'objectif général de maintien à domicile découle d'abord d'une préoccupation de services, et que le lien entre les services de maintien à domicile et celui du maintien de l'autonomie des personnes âgées, n'est pas toujours clair. Ce point est d'ailleurs très bien souligné dans la conclusion d'une étude récente réalisée par Béland pour le compte du Ministère : "Une politique qui a pour but de préserver l'autonomie des personnes âgées n'est donc pas nécessairement une politique qui cherche à les garder à domicile... La politique de maintien à domicile doit être réorientée vers une politique de maintien de l'autonomie."[10]

Il y aurait certainement lieu de mentionner d'autres problèmes de santé qui ont fait l'objet d'une démarche pouvant conduire à l'élaboration d'éléments d'une politique de santé, notamment le tabagisme, l'alcoolisme, l'activité physique. Le point que nous voulons faire ressortir maintenant est que ces exemples demeurent peu nombreux, reflétant bien l'absence d'une politique globale de santé et d'objectifs spécifiques à atteindre pour des problèmes de santé particuliers.

Et pourtant, les exemples d'élaboration de véritables objectifs de santé à l'intérieur desquels doivent s'inscrire les soins de santé et les ressources ne manquent pas. La section américaine de l'O.M.S. a récemment publié un document qui trace les grandes lignes de ce que pourraient être les objectifs d'une politique de santé et le cadre de référence pour les différentes actions dans le domaine de la santé[11]. Encore plus près de nous, les États-Unis, par l'intermédiaire de leur département de la santé publique, se sont préoccupés de plus en plus, pendant les dernières années, d'établir des objectifs de santé à l'intérieur desquels différentes actions préventives et curatives pourraient s'inscrire. Plusieurs documents sont nés de cette réflexion et l'un d'eux, en particulier, reflète bien ce que peut être une politique de santé par opposition à une politique de soins[12]. Qu'on ne se méprenne pas. Nous ne voulons pas prétendre ici que les États-Unis ont une véritable politique de santé. En effet, le document dont nous parlons n'a certes pas été endossé par le gouvernement américain actuel et son opérationnalisation est loin d'être une réalité[13]. Ce que nous voulons dire, c'est qu'il représente un bon exemple à suivre pour ceux qui veulent doter leur pays d'une véritable politique de santé. Nous irions même jusqu'à avancer que, compte tenu de contexte du Québec et notamment du réseau de la santé communautaire déjà existant, une telle politique pourrait retrouver au Québec un accueil beaucoup plus favorable qu'aux États-Unis.

Conséquence de l'absence d'une politique de santé

Nous avons jusqu'ici tenté de montrer qu'au Québec, la préoccupation majeure a été le système de soins plutôt que le système de santé et qu'en conséquence, les objectifs formulés par le ministère des Affaires sociales, à quelques exceptions près, reflétaient cette préoccupation.

La question que nous voulons nous poser maintenant est la suivante : Quelles sont les conséquences de l'absence d'une politique d'ensemble de santé ?

De façon générale, si l'on se réfère à notre cadre conceptuel pour la planification de la santé, l'on peut affirmer que l'absence d'une politique de santé, c'est-à-dire d'objectifs de santé, fait en sorte que les interventions et les soins de santé, de même que les ressources qui y sont affectées, tendent à être planifiées selon une logique qui leur est propre et qui ne se situe pas nécessairement par rapport à une finalité de santé. De façon plus spécifique, nous pouvons identifier les conséquences suivantes :

1. l'absence de cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé ;
2. l'importance exagérée accordée aux structures et le professionnalisme ;
3. la confusion et le manque de direction dans la décentralisation ;
4. l'incohérence des actions de santé et la mauvaise utilisation de l'expertise ;
5. la difficulté, voire l'impossibilité d'évaluer les résultats des interventions en santé ;
6. et enfin, la difficulté de gérer, de façon rationnelle, le développement ou la décroissance.

Revenons sur chacune de ces conséquences. Une première conséquence est le manque de cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé. En effet, comme l'illustre la figure 1, pour réaliser des objectifs de santé, les actions doivent souvent se situer à l'extérieur du système de soins, au niveau des "autres déterminants" de la santé. C'est un fait bien connu que les facteurs socio-économiques sont de plus en plus importants pour expliquer les problèmes reliés aux maladies dégénératives et chroniques. En conséquence, afin de diriger nos actions sur les facteurs de risque, il nous faut bien souvent aller au-delà du système de soins et considérer les habitudes de vie, les facteurs de l'environnement physique, social ou de travail. L'absence d'objectifs de santé peut faire en sorte que ces actions ne sont pas considérées ou sont minimisées au point de vue de leur pertinence. Cette situation contribue à la grande fragilité des programmes de prévention et des institutions qui en sont responsables, d'autant plus que les effets de la prévention se manifestent bien souvent à long terme. Ainsi, pour les gouvernements dont la demi-vie est la plupart du temps limitée, la rentabilité politique d'un investissement en prévention n'est pas toujours évidente.

Cette première conséquence est amplifiée par la seconde, l'importance exagérée accordée aux structures et le professionnalisme. Dans un système où il n'y a pas d'objectifs de santé, les structures organisationnelles et les professions règnent de façon suprême parce qu'elles tendent naturellement à répondre à leurs intérêts propres plutôt qu'à ceux d'un système. En effet, les structures et les organisations visent en tout premier lieu leur survie et les professions doivent voir à leurs intérêts. Dans un tel contexte, toute pratique novatrice, comme par exemple, une préoccupation de tous les instants de la prévention ou une pratique plus axée sur la prévention, qu'elle s'accompagne ou non d'un changement de rémunération, a de la difficulté à voir le jour parce qu'elle vient modifier des pratiques professionnelles existantes et devient concurrente sur le plan des ressources. Par ailleurs, ces pratiques novatrices ont besoins de temps pour afficher leur utilité. Il est intéressant de noter, à cet égard, que le Ministère est bien souvent plus exigeant pour ces pratiques "nouvelles" qui ont à faire la preuve de leur efficacité, que pour des pratiques bien établies qui n'ont jamais été soumises à une évaluation formelle et qui, pourtant, représentent une grande partie des investissements publics en santé. Si des objectifs précis existaient, comme par exemple en rapport avec le problème de l'hypertension ou tout autre problème de santé pour lequel les connaissances actuelles et les ressources dont nous disposons rendent possible une intervention efficace, la profession médicale pourrait, dans ce cas particulier, articuler sa pratique avec les politiques de santé et contribuer à la réalisation de ces objectifs de santé.

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

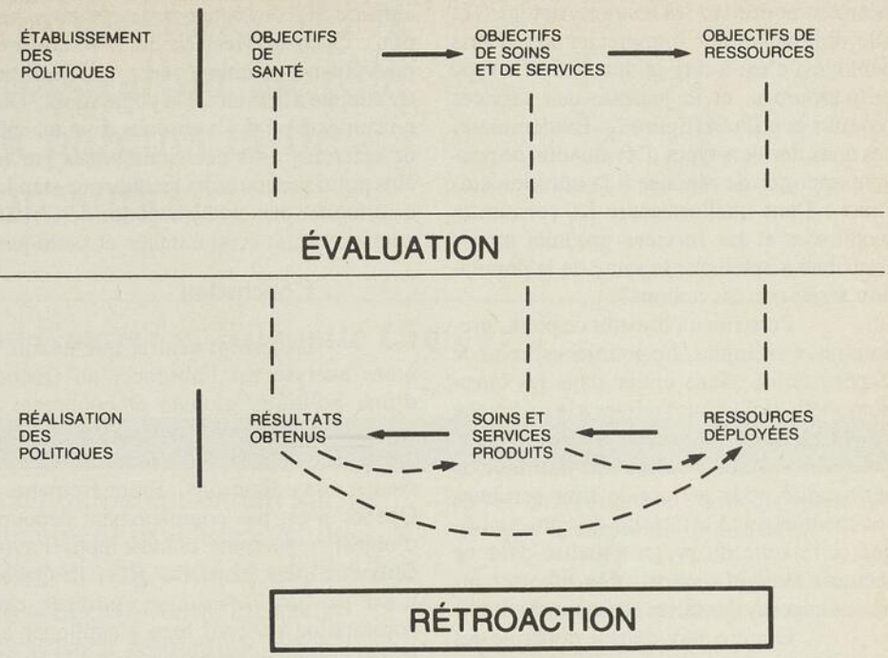


Figure 2 — Cadre de référence pour l'évaluation des politiques de santé.

Une autre conséquence de l'absence de politique de santé se ressent par un certain degré de confusion et par un manque de direction en ce qui concerne la décentralisation. En effet, l'existence de politiques de santé pour l'ensemble du Québec permettrait aux régions d'inscrire leurs objectifs à l'intérieur d'un cadre général plutôt que de reprendre à leur compte l'élaboration de politiques de santé. En d'autres termes, décentraliser sans donner d'orientation peut conduire au chaos. En l'absence de politique de santé, le Ministère se voit bien souvent forcé de donner des orientations aux services et aux ressources. Les circulaires émanant du Ministère témoignent de cet état de fait puisque les mandats conférés aux CRSSS concernent généralement la gestion des ressources et des services et ne portent que très rarement sur des problématiques de santé. Il nous semble bien qu'une façon plus logique de procéder serait, pour le Ministère, de formuler des orientations de santé et de laisser les régions choisir elles-mêmes les moyens (services et ressources) pour se conformer à ces orientations.

L'exemple des DSC en témoigne également puisque, en l'absence de politiques de santé et de prévention adéquates, ces structures ont consacré beaucoup d'énergie à définir des problématiques de santé et à établir des programmes de santé. Sans verser dans l'excès contraire qui voudrait que tous les programmes de santé soient élaborés au niveau provincial, nous croyons que les DSC pourraient travailler davantage collectivement à définir les programmes touchant les problèmes de santé communs à toutes les régions. Ce travail commun devrait également permettre une plus grande cohésion non seulement au niveau de la programmation, mais également au niveau de la réalisation de ces programmes. À cet égard, l'exemple de la programmation présenté dans un des documents américains mentionnés plus haut pourrait s'avérer utile[12].

Comme nous venons de le souligner, la décentralisation, en l'absence de politiques de santé, peut conduire à une certaine incohérence dans les actions et également à une dilution et à une mauvaise utilisation de l'expertise. Cette situation peut certes être aggravée par le manque de communication entre les différents niveaux du réseau des affaires sociales. Ce phénomène de manque de communication se retrouve, notamment, dans les structures gouvernementales où les technocrates sont généralement menacés par un tel mouvement de déplacement vers les structures régionales ou sous-régionales.

L'absence de politique de santé rend difficile, sinon impossible, l'évaluation des résultats des interventions en santé, et c'est là une autre conséquence malheureuse. L'évaluation de résultats doit se faire nécessairement par rapport à des objectifs.

Lorsque des objectifs de santé ne sont pas clairement énoncés, l'évaluation peut difficilement porter sur les résultats obtenus, et elle doit se limiter à apprécier les efforts déployés, c'est-à-dire la quantité et le type de ressources, et la justesse des services produits et utilisés (figure 2). Évidemment, ces deux derniers types d'évaluation ne peuvent apporter de réponse à la question suivante : Dans quelle mesure les ressources mobilisées et les services produits ont-ils contribué à améliorer la santé de la population visée par ces actions?

Pour mieux illustrer ce point, prenons deux exemples. Le premier est celui de la périnatalité. Sans entrer dans les questions méthodologiques reliées à la recherche en évaluation, il est juste de reconnaître que le fait d'avoir mis en place une politique de périnatalité nous permet de tirer certaines conclusions sur l'efficacité de cette politique, à la suite du progrès réalisé dans ce secteur, tel que tendent à le montrer les indicateurs de mortalité et de morbidité[14].

D'autre part, dans le domaine des maladies cardiovasculaires, on a noté au Québec, au Canada et dans plusieurs autres pays occidentaux, une amélioration marquée durant la dernière décennie sur le plan de mortalité[15,16]. L'une des difficultés inhérentes à l'interprétation de ces données est précisement que, contrairement à la périnatalité, ces changements sont survenus sans que l'on ait préalablement réussi à mettre ensemble, dans le cadre d'un programme cohérent, les différentes actions mises en place pour améliorer les résultats dans ce domaine. En somme, l'utilité d'une politique de santé est de fournir un cadre logique d'analyse permettant d'associer certains résultats de santé à des actions bien identifiées.

Reliée à cette difficulté d'évaluer les résultats de ces actions, une dernière conséquence, c'est la difficulté, voire l'impossibilité de gérer de façon rationnelle soit le développement, soit la décroissance. Dans la période de prospérité relative que nous avons connue dans les années 60, nous ne nous sommes pas posés beaucoup de questions sur la cohérence du développement des services de santé. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le développement des services de santé a été dicté principalement par une dépendance intéressée et presque complice des politiques provinciales à l'égard des programmes fédéraux de soins. Depuis le début des années 70, la situation a bien changé. La prospérité a fait place à la récession. Dans ce contexte, comment gérer la décroissance? Si l'on prend l'exemple de la loi 27, et sans mettre en doute le bien-fondé de cette législation, il semble bien que l'absence d'une véritable politique de santé rend difficile l'application de mesures de restriction et de décroissance. D'autres législations et décrets vont dans le même sens. Ce qui manque dans l'ensemble, c'est une logique de santé. Nous avons l'impression que la logique des mesures visant la décroissance se limite à une perspective de réduction des coûts en intervenant sur les services et les ressources alors qu'elle devrait poser la véritable question : Quels services ou quelles ressources pouvons-nous diminuer sans crainte de porter atteinte à la santé de la population ? Dans un contexte où il y a absence d'un tel cadre de référence, les décisions prises par nos élus politiques ou leurs technocrates tendent à se fonder principalement sur des critères administratifs, économiques et politiques.

Conclusion

L'élément central qui ressort de notre analyse est l'absence, au Québec, d'une politique globale et cohérente de santé. Cette constatation doit être cependant interprétée et comprise à la lumière de plusieurs considérations. Premièrement, le Québec n'est pas complètement dépourvu d'objectifs de santé comme nous l'avons démontré plus haut. De plus, le Québec n'est pas un cas unique, puisque cette constatation pourrait bien s'appliquer aux autres provinces canadiennes et à la plupart des pays industrialisés. En ce qui concerne les pays en voie de développement, compte tenu des ressources limitées dont ils disposent et des problèmes de santé énormes auxquels ils doivent faire face, c'est presque par nécessité que la plupart d'entre eux ont dû se doter d'objectifs de santé.

D'ailleurs, il faut bien reconnaître que le système de soins du Canada, et du Québec en particulier, est considéré par plusieurs analystes comme l'un des meilleurs au monde[17,18]. Le contrôle des dépenses de santé réalisé par le Canada, et le Québec tout particulièrement, au cours des dernières années est exemplaire en comparaison avec d'autres pays industrialisés[19].

Enfin, il est évident qu'en arrière des objectifs de soins se cachent, bien sûr, des objectifs de santé. L'accessibilité aux soins est une condition peut-être nécessaire, mais certainement non suffisante pour améliorer la santé de la population. En d'autres termes, la relation entre l'objectif de soins et l'objectif de santé semble implicite, et c'est à ce défaut de logique que nos critiques s'adressent. La question que nous nous posons, au terme de cet article est la suivante : N'y aurait-il pas lieu de formuler, de façon explicite, des objectifs de santé qui soient plus spécifiques et plus opérationnels que celui trop général d'amélioration de l'état de santé et qui puissent être utilisés pour orienter nos choix dans l'allocation des ressources de soins ? N'y a-t-il pas lieu, par exemple, lorsque l'on pense à ajouter des établissements de santé dans le réseau, de considérer au-delà des questions d'accessibilité géographique, l'impact qu'aura cet établissement sur la prévalence et l'incidence de problèmes de santé précis ?

Les naissances de bébés de petit poids, la prématurité et les malformations congénitales, une mauvaise alimentation et un taux élevé de caries dentaires et de maladies paradentaires ne sont pas les seuls problèmes de santé sur lesquels on doit s'attendre à une action coordonnée de l'ensemble du système. Il y aurait lieu d'établir également des objectifs de santé pour d'autres problèmes de santé importants et pour lesquels la technologie actuelle nous permet d'intervenir efficacement.

À cet égard, les départements de santé communautaire auront un rôle tout à fait déterminant à jouer de par le mandat que leur a confié le législateur et de par les ressources qu'ils possèdent. Le rôle du DSC, rappelons-le, consiste : 1) à déterminer conjointement des objectifs de santé spécifiques que le réseau et ses intervenants doivent atteindre ; 2) à suggérer les moyens de les atteindre (programmation) ; 3) à participer à la coordination des efforts nécessaires à l'atteinte des objectifs (coordination), et ; 4) à évaluer le degré d'atteinte des objectifs (évaluation). S'ils devaient accomplir cette mission, et ce conjointement avec leurs partenaires du réseau, les D.S.C. pourraient devenir l'élément qui pourrait être moteur dans la transformation du système de soins en un instrument efficace d'amélioration de la santé des Québécois. Une utilisation de ces objectifs de santé serait de définir les priorités d'investissement pour les CLSC, en matière de prévention, et de permettre à la profession médicale de joindre ses efforts à la réalisation de ces objectifs.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier leurs collègues, André-Pierre Contandriopoulos et Georges Desrosiers, pour leurs commentaires critiques et judicieux sur les premières versions de cet article.

Summary

In spite of the vast reform in health and social services that was launched in the early 70's, Quebec has not been fully successful in establishing an overall health policy except in limited sectors such as nutrition, perinatal and dental health. Objectives such as accessibility, continuity, comprehensiveness and quality that have been put forward are potentially but not necessarily instrumental in achieving health objectives. The absence of health policies can create problems in the management of the health care system since cost containment decisions tend to be based on administrative or economic considerations rather than on the capacity of the system to improve the health of the population.

Bibliographie

1. Le système des honoraires modulés. Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec, Québec, 1980.

2. **Pineault R.** : La planification des services de santé : une perspective épidémiologique. Adm. Hosp. Soc., 1979 ; 25 : 6-13.

▶ page 770

L'importance de la préparation au rôle de parents et de son support

Louise Séguin[1], Marie-Patricia Gagné[2] et Huguette Crête[3]

Résumé

Cet article situe l'importance de la relation parent-enfant sur le développement de l'enfant. L'environnement psychosocial dans lequel se vit cette relation apparaît déterminant pour la qualité de celle-ci et pour l'apparition (ou la prévention) des principaux problèmes de santé des enfants et des jeunes regroupés sous l'appellation "nouvelles morbidités".

À la suite de l'analyse des principaux facteurs écologiques, les principes et les possibilités d'approches qui favorisent des relations parent-enfant harmonieuses sont abordées. Ces modes d'intervention concernent divers intervenants tant médecins cliniciens que professionnels oeuvrant en santé communautaire.

Une enrichissante expérience de concertation entre plusieurs organismes et intervenants concernés par la santé des jeunes (0-18 ans) à Laval a amené le D.S.C. à considérer l'absolue nécessité de se tourner vers les parents et leurs besoins pour l'accomplissement de leur rôle. À la suite d'une démarche de réflexion sur la prévention des problèmes de santé actuels des enfants et des adolescents, il nous semble que la cible d'une intervention préventive devrait être la famille avec les parents au premier plan.

La première section de cet article aborde les principaux problèmes de santé des enfants et des jeunes d'aujourd'hui, qu'il est convenu d'appeler "nouvelles morbidités" ; elle est suivie d'une discussion sur l'association possible entre leur fréquence et la survie de nouveau-nés de très petit poids. Cependant, même pour des enfants biologiquement vulnérables, l'analyse de certaines études récentes nous amène à reconnaître que la qualité de l'interaction parent-enfant sera souvent plus fortement associée à l'apparition de ces nouvelles morbidités que les problèmes biologiques de départ.

La deuxième section présente une approche écologique des rôles parentaux telle que développée par Bronfenbrenner[1], Garbarino[2] et Bouchard[3].

Enfin, la dernière partie propose des principes d'approches préventives auprès des parents en donnant quelques exemples d'interventions possibles.

Nouvelles morbidités des enfants et des jeunes

On reconnaît de plus en plus que les problèmes et les besoins de santé des enfants d'aujourd'hui ne sont pas les mêmes que ceux des enfants d'hier. Depuis quelques années déjà, Haggerty[4] a commencé à parler des "nouvelles morbidités" des enfants et des jeunes. On englobe sous ce vocable des conditions fort variées telles les retards de développement, les problèmes de comportement, les problèmes émotionnels, les difficultés d'apprentissage scolaire, la négligence et les abus des enfants, les accidents, les grossesses, les abus d'alcool et de drogues et les suicides chez les adolescents. Une meilleure compréhension de l'origine de ces problèmes et du type d'interventions préventives ou thérapeutiques qu'ils requièrent représentent un défi de taille pour ceux qui s'intéressent à la santé des enfants et des adolescents.

Les études qui ont tenté de documenter l'ampleur de ces phénomènes nous présentent des résultats très variables en partie à cause de la difficulté à cerner précisément ce genre de problèmes et des différentes méthodes de mesure utilisées. Pour obtenir des données spécifiques et locales sur chacun de ces problèmes, le lecteur intéressé pourra consulter deux articles récents parus dans cette revue[5,6].

S'agit-il vraiment de nouveaux problèmes ? Y a-t-il eu une augmentation de la fréquence de ces problèmes au cours des dernières décennies ? Il est presque impossible de répondre à ces questions faute de données pour les décennies précédentes. Ce qu'elles ont de nouveau, ces "nouvelles morbidités", c'est peut-être leur reconnaissance par les professionnels de la santé, et donc leur entrée dans le cadre des problèmes de santé. En effet, il est probable que ces problèmes ont accompagné l'humanité depuis fort longtemps et qu'ils ont été mis plus en évidence récemment. Ils sont peut-être aussi plus fréquents, mais nous manquons de données à ce sujet.

1) M.D., M.P.H., F.R.C.P. (C), professeur agrégée, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, consultante au programme jeunes familles au D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval.

2) Psychologue, chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal, consultante au programme enfance-jeunesse au D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval.

3) Sociologue, responsable du programme enfance-jeunesse au D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval.

Tirés à part :
Centre de documentation, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Vimont (Québec) H7M 3L9

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *15.12.83*
Acceptation définitive le : *20.1.84*

Dans une recherche des divers facteurs susceptibles d'entraîner l'apparition des problèmes chez les adolescents, l'influence de l'environnement familial et social apparaît d'emblée évidente. Cela ne semble pas aussi évident en ce qui concerne les problèmes de la petite enfance et de l'enfant entre 5 et 10 ans. À ce sujet, on peut se questionner sur la relation possible entre ces nouvelles morbidités et la survie en plus grand nombre au cours des dernières années d'enfants à risque pour leur développement futur : les enfants ayant souffert d'anoxie à la naissance ou qui avait à la naissance un petit poids que ce soit par prématurité ou par retard de croissance intra-utérine (en ne considérant pas les enfants ayant une malformation congénitale, dont les problèmes sont particuliers.). Que sait-on du devenir de ces enfants à risque élevé ?

a) Conséquences de l'anoxie à la naissance : Pour les enfants qui ont souffert d'anoxie à la période périnatale, l'importante étude prospective du Collaborative Perinatal Project aux États-Unis[7] nous permet de tirer un certain nombre de conclusions. Ses résultats nous indiquent que, à 4 ans et à 7 ans, les signes d'anoxie périnatale expliquaient moins de 1% de la variance des scores de Q.I. au Standford-Binet. D'autre part, en comparant tous les enfants ayant souffert d'anoxie à la naissance avec les autres et en les stratifiant par ethnie, sexe et niveau socio-économique, on a trouvé qu'à 7 ans, 4 à 7% de ces enfants qui avaient manqué d'oxygène de façon importante à la naissance et durant les premiers jours de vie avaient un Q.I. au WICS inférieur à 70 comparativement à 1% chez les témoins. Le manque d'oxygène à la naissance peut donc avoir des conséquences sur le développement cognitif de l'enfant mais ce n'est pas le cas pour la majorité de ces enfants ayant manqué d'oxygène.

En ce qui concerne les bébés de petit poids à la naissance à cause de leur prématurité, l'étude de Sostek[8] nous apprend que les prématurés, ayant présenté des symptômes précoces d'atteinte du système nerveux central et ceux, dont les difficultés respiratoires dans les premiers jours ont requis une ventilation assistée, présentent plus souvent des retards de développement alors que les prématurés en bon état se développent normalement au cours de la première année de vie. Parmi les enfants prématurés et qui ont survécu au syndrome de détresse respiratoire, Field[9] rapporte une fréquence de 10 à 20% de déficits neurologiques. Elle observe qu'à 4 ans, bien que le Q.I. soit dans les limites normales pour la majorité, il y a plus de problèmes d'audition, de retards de langage, de difficultés motrices fines et de symptômes de dysfonction cérébrale minime. Finalement, les enfants qui ont subi un retard de croissance intra-utérine sont ceux qui auront le plus de problèmes de développement, de comportement et d'apprentissage scolaire et ce d'autant plus que la malnutrition foetale aura débuté très tôt durant la grossesse ainsi que l'ont observé Harvey et Parkinson[10]. Les résultats des études rapportées recoupent ceux de plusieurs autres recherches sur ces sujets[11-13]. Il semble donc que les enfants nés prématurément ou de petit poids à la naissance et qui ont eu des problèmes respiratoires sérieux ou une atteinte neurologique précoce risquent plus de présenter des retards de développement ou des troubles de comportement. On peut dire cela en considérant les résultats moyens de ces groupes d'enfants ; parmi eux, cependant, un bon nombre se développe normalement et on ne sait pas distinguer "à priori" lequel enfant ira bien et lequel éprouvera des difficultés.

Il est bien connu que la fréquence de prématurité et d'enfants de petit poids est plus grande dans les groupes socio-économiquement faibles[14-16] et que, d'autre part, on retrouve fréquemment une association entre le niveau de développement des enfants et le niveau socio-économique de leur famille. C'est ce que Escalona[17] a observé dans son étude de bébés de très petit poids de naissance dont les parents habitaient le Bronx à New York et étaient tous défavorisés. Elle a conclu que les retards de développement observés à compter de la deuxième année étaient directement fonction de la classe sociale des parents et non pas du poids de naissance comme tel. L'influence du niveau socio-économique sur le développement s'exerce probablement par des variables intermédiaires telle l'interaction mère-enfant.

b) Interaction mère-enfant : Parmelee[18], désireux d'identifier les meilleurs facteurs de prédiction du devenir des prématurés, a abordé cette problématique en mettant l'accent sur les problèmes biologiques du nouveau-né. Il a étudié un groupe de 125 prématurés à Los Angeles. Avec son équipe, il a développé un coefficient de risque cumulatif qui comprend 14 éléments. Leurs résultats ont indiqué que ce coefficient, qui tient compte de tous les risques biologiques, avait une valeur de prédiction limitée sinon aucune. Ce n'est qu'en ajoutant les variables de l'interaction mère-enfant qu'ils ont obtenu des différences significatives en relation avec le développement de ces prématurés à 2 ans. Nelligan[19], qui a suivi des prématurés jusqu'à l'école, a également trouvé que, de toutes les variables, l'interaction mère-enfant telle qu'observée à 3 ans était le facteur le plus important quant au comportement et aux difficultés scolaires à 7 ans.

c) Interaction avec un bébé à risque élevé : On a remarqué depuis longtemps que les interactions précoces des parents avec leur enfant étaient affectées par la naissance prématurée et par l'état de santé du bébé. L'évaluation neuro-comportementale du nouveau-né, telle qu'élaborée par Brazelton[20], met en évidence le fait que le petit prématuré a une certaine capacité d'éveil, d'attention et d'interaction sociale mais que celle-ci est à la fois moindre et différente des capacités du nouveau-né à terme. Cette réactivité différente s'ajoute aux différences de tempérament qui, on le sait, influencent de façon marquée le comportement de la mère ou du père ou de la personne qui prend soin du bébé[21].

Des études de Field[22], entre autres, confirment ces observations. Elle a analysé systématiquement, à 4 mois puis à 2 ans, des interactions entre des mères et leur enfant prématuré ou à terme. Elle a constaté qu'à l'âge de 4 mois, les enfants à risque élevé (i.e. prématurés) étaient moins attentifs, plus facilement irritables et bougeaient plus dans une position de face-à-face que les bébés à terme. Leurs mères étaient par ailleurs plus actives pour tenter d'attirer leur attention, moins portées à les imiter et gardaient moins le silence lorsqu'ils détournaient le regard que les mères d'enfants à terme. Cette plus grande activité de la part des mères que l'on pourrait croire compensatoire semblait pourtant contre-productive puisqu'elle s'accompagnait plus souvent de détournements de regard (gaze aversiveness), de plus d'inattention et de plus d'irritabilité chez le bébé. Le contraire se produisait lorsqu'on demandait à la mère d'imiter son bébé et de respecter le silence lorsqu'il détournait son regard lui indiquant en quelque sorte qu'il ne pouvait plus absorber de nouvelles informations.

À 2 ans, les modes d'interactions mère-enfant étaient encore différents pour les prématurés et ceux nés à terme. À cet âge, les mères de prématurés avaient tendance à utiliser plus de commandes et des phrases moins élaborées. Ces phrases, dites impératives, avaient souvent pour but de protéger les enfants : "fais attention", "tu peux tomber"... laissant croire qu'elles les percevaient encore plus fragiles. Ces enfants avaient un vocabulaire moins élaboré que celui des enfants nés à terme.

Ainsi, tous les efforts pour trouver une cause unique ou une série de causes uniques ou linéaires d'origine périnatale aux problèmes de développement et de comportement nous mènent à reconnaître la remarquable complexité du développement

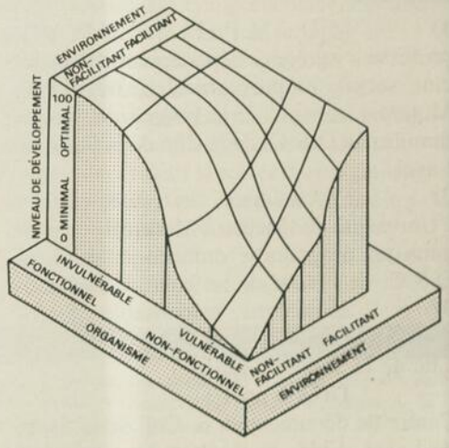
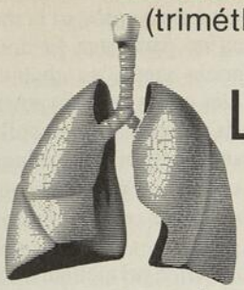


Figure 1 — Modèle d'interaction organisme - environnement et niveau de développement. (Adapté de Gowen par F.D. Horowitz, 1978). Reproduit avec la permission de l'auteur.

Bactrim™ Roche®

(triméthoprime et sulfaméthoxazole)



Le médicament de **premier choix** dans le traitement de la pneumonite à *Pneumocystis carinii* est **une solution pour les infections graves**

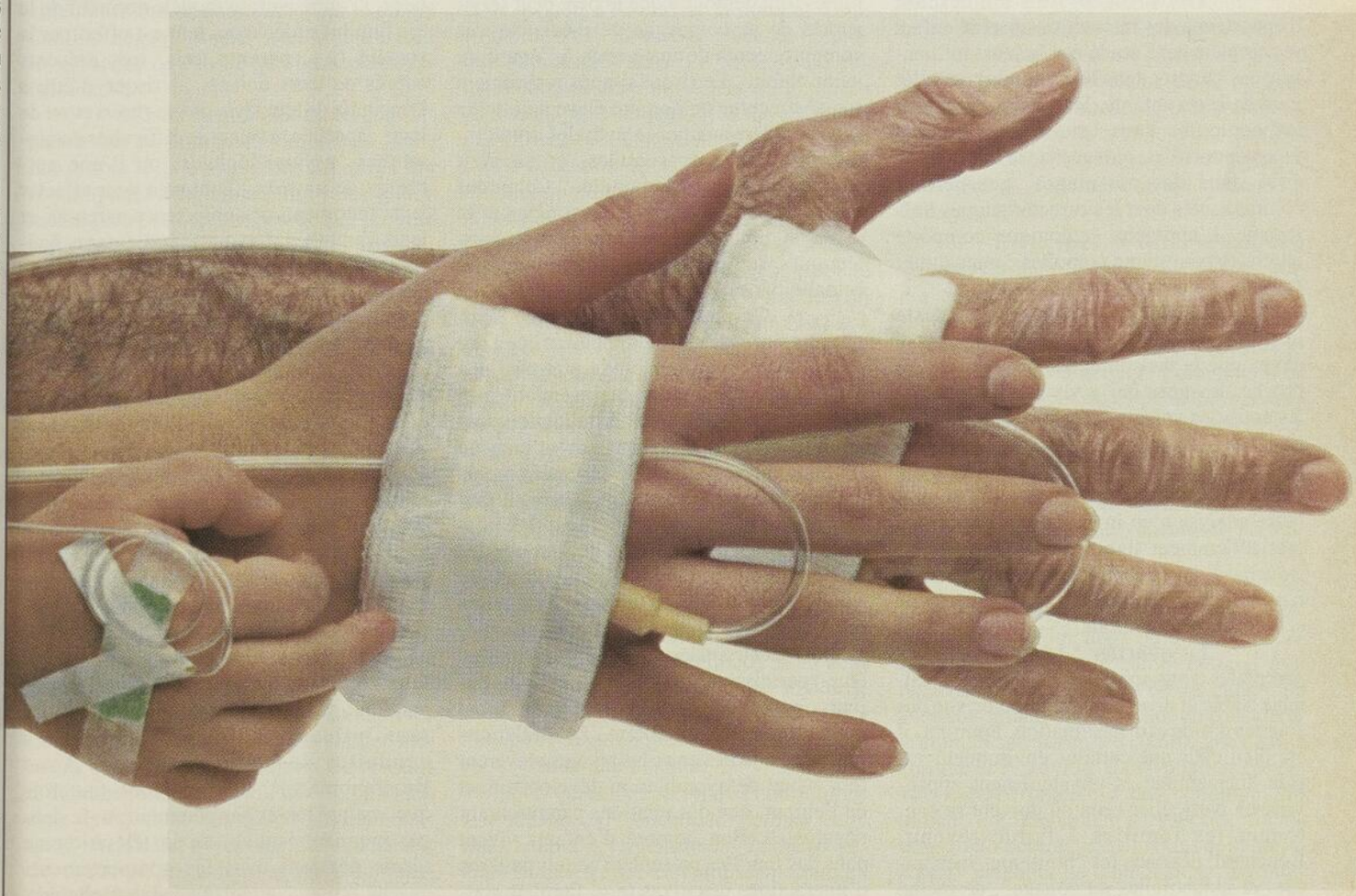
La solution 'Bactrim' pour perfusion a aussi produit des résultats spectaculaires dans

- les infections graves des voies urinaires
- les septicémies
- les méningites

L'association triméthoprime-sulfaméthoxazole «...s'est révélée particulièrement utile contre les microorganismes résistants à l'ampicilline ou aux céphalosporines de première et de deuxième génération, et elle s'est montrée très active contre certains germes qui semblent résistants à presque tout notre arsenal thérapeutique ...»[1]

ROCHE®

Une arme efficace lorsque des mesures antibactériennes énergiques s'imposent.



Renseignements thérapeutiques page 809

humain. Pour comprendre ce qui l'influence, il faut donc l'envisager en interaction avec son environnement. Le modèle que Horowitz[23] a adapté de Gowen (figure 1) nous permet de visualiser qu'un organisme vulnérable comme celui d'un prématuré, dans un environnement facilitant, peut atteindre des niveaux de développement adéquats. Le développement sera le plus détérioré lorsqu'on est en présence d'un organisme vulnérable dans un environnement facilitant. On remarque également que certains enfants seront atteints de façon telle que même un environnement positif ne pourra leur permettre un développement dit "normal".

Par ailleurs, s'il est vrai qu'une interaction harmonieuse entre les parents et leur enfant est déterminante pour son devenir, même s'il est biologiquement atteint, il faut craindre qu'une telle analyse ne fasse porter toute la responsabilité de l'évolution des enfants aux parents et en particulier à la mère. Tout d'abord, comme on l'a déjà souligné, l'enfant lui-même apporte beaucoup dans cette interaction et d'autre part, il faut se rappeler que les parents n'agissent pas en vase clos mais sont influencés par tout ce qui les entoure. C'est cet environnement que nous analyserons dans la section suivante en situant le vécu des rôles parentaux dans leur contexte écologique.

L'approche écologique des rôles parentaux

Toute discussion concernant l'importance des interactions parent-enfant se complète par l'étude des facteurs influençant les parents dans leurs conduites à l'égard de leurs enfants. Il faut donc analyser les contextes dans lesquels les parents jouent leurs rôles, puisque la vie familiale se situe dans des voisinages, quartiers et communautés dont les caractéristiques l'affectent. L'approche écologique comporte quatre sous-système emboîtés : micro, méso, exo et macrosystème[1].

a) Le microsystème : Le contexte le plus immédiat dans lequel l'enfant se développe la maison et son environnement proche, les gens qui y vivent, les parents, les amis, les voisins, les activités et interactions qu'ils ont ensemble, constituent le microsystème[2]. Il serait des plus fastidieux de cerner tous les aspects de ce système ; notre analyse n'en inclut que quelques-uns particulièrement significatifs rapportés par Bouchard[3] : le quartier immédiat environnant la maison familiale, ainsi que le climat et la structure familiale.

Le quartier : Les compétences parentales sont maximisées par un voisinage stable et diversifié, du point de vue des sources d'aide et d'information. Pourtant, il est bien clair que certains environnements sont socialement et physiquement appauvris, en particulier ceux où doivent se cantonner les familles à faible revenu. Bouchard[3] dénonce les "politiques mercantiles et industrielles du zonage", de même que les "programmes gouvernementaux de relocalisation et d'hébergement" qui créent des "ghettos" rassemblant des individus peu aptes à s'entraider parce que démunis de ressources. D'autre part, les "faiblesses morphologiques" de certaines zones résidentielles (e.g. aires de loisirs inexistantes ou dangereuses, bruit de fond continu et fort, qualité de l'air douteuse, densité élevée d'occupation, rareté des services éducatifs, culturels...) sont peu propices à l'accomplissement du rôle de parent parce que reliées au stress, à l'apparition de certains comportements agressifs et non coopératifs, à une évaluation négative du quartier, à peu d'entraide et d'apprentissage de compétences parentales... De plus, il faut souligner que les caractéristiques de taux élevé de mobilité et de concentration très forte de personnes en état de crise majeure de certains quartiers sont peu favorables à l'éducation des enfants[3].

Le climat et la structure familiale : Un des risques pour l'enfant et sa famille[2] concerne l'appauvrissement social relié à un nombre trop peu élevé de participants microsystémiques. Toutes choses étant égales par ailleurs, les possibilités développementales sont élargies pour l'enfant dans des conditions où ses interactions (positives) avec des pairs ou avec des adultes sont plus fréquentes, ou dans des conditions où ses éducateurs sont soutenus par la présence de tierces personnes. En ce sens, plusieurs chercheurs se questionnant sur l'effet de l'absence du père dans nombre de familles, ont démontré que le père peut servir auprès de sa compagne de médiateur des comportements de maternage à l'égard du jeune enfant[2]. Le risque d'appauvrissement social concerne un nombre élevé de famille si on se réfère aux taux élevés des divorces, des familles uniparentales, et au petit nombre d'enfants par famille... Cela nous amène donc à considérer le nombre et la diversité moindre de participants microsystémiques que possède la famille nucléaire actuelle par rapport à la famille élargie.

On peut de façon générale invoquer les risques de développement liés à des relations trop peu nombreuses et trop peu diversifiées. Cependant, ceci est relatif si on considère les gains quant à l'attention dont pourrait bénéficier l'enfant qui vit dans un contexte microsystémique comptant moins de participants. De façon similaire, il faut mentionner l'influence du climat des relations du microsystème. Le développement de l'enfant est certes désavantagé dans des conditions "d'interactions non réciproques"[2] (i.e. négatives, conflictuelles, destructrices, (sur-) autoritaires, (sur-) permissives, passives...) avec ses parents, ou si ces derniers vivent de telles interactions avec d'autres. Des relations maritales hostiles entre les parents s'avèrent tout autant défavorables au développement de l'enfant, que des relations parent-enfant négatives[24]. Bon nombre d'enfants vivent dans des familles présentant de tels patterns d'interactions négatives (e.g. familles abusives ou négligentes). Ces types de patterns sont aussi souvent présents dans plusieurs autres familles (e.g. période avant le divorce parental, et même après, si la mésentente et les conflits parentaux se poursuivent). Mentionnons aussi, au chapitre du climat familial, les effets négatifs potentiels sur l'enfant si ses parents sont en conflit, en opposition, quant à la façon de l'"éduquer".

Les conduites parentales inadéquates (e.g. coercitives, rejets, absence de renforcements positifs...) sont donc des éléments du microsystème permettant d'identifier un climat familial peu favorable au développement de l'enfant. Il importe de souligner que ces comportements parentaux s'expliquent, en partie, en se référant à l'histoire d'apprentissage de ces parents, à leurs propres expériences d'enfants maltraités, aux modèles parentaux inadéquats qu'ils ont observés, à leur manque d'expériences et d'informations antérieures dans les domaines du développement et des soins des enfants ainsi qu'au manque de support dans l'exercice de leur rôle parental[3]. Actuellement bon nombre de jeunes Québécois sont peu préparés au rôle parental compte tenu des multiples changements sociaux survenus au cours des dernières décennies (e.g. nucléarisation de la famille, dénatalité). De la même façon qu'ils conçoivent mal les responsabilités du "métier" de parent, ils sont peu préparés aux rôles conjugaux, également en mutation sociale. Ceci peut affecter du même coup, de façon indirecte, leurs compétences parentales. D'autre part, le modèle normatif de la vie familiale idéale qui leur est offert par la société (i.e. parents unis, très présents auprès de leurs enfants...) risque d'être à l'encontre de leur style de vie choisi et/ou de leurs capacités, à cause de difficultés économiques, psycho-sociales, ou d'une surcharge de travail... Tout cela peut affecter leurs sentiments de compétence parentale et leurs conduites. Les parents d'enfants handicapés, prématurés, ou vivant toute situation qu'ils peuvent considérer comme un échec par rapport au modèle social idéal peuvent aussi en être effectés.

Il n'est pas possible de discuter d'éléments microsystémiques significatifs et de climat familial, sans aborder le thème de la présence de la télévision dans la maison. Cette présence affecte les relations parent-enfant, autant dans leurs fréquences que dans leurs qualités. Ces effets sont en partie conséquence du nombre invraisemblable d'heures de télévisionnement tant de l'enfant (23 heures en moyenne par semaine[25]), que de l'adulte québécois qui lui consacre même davantage de son temps. D'autre part, la multitude des modèles violents que présente le petit écran n'est pas sans influence sur les valeurs et les conduites des téléspectateurs. Avec Bronfenbrenner[1], nous croyons toutefois que, malgré toutes ses potentialités, le danger premier résultant de la télévision ne réside pas tant dans les comportements qu'elle produit, que dans ceux qu'elle em-

pêche de survenir, comme les conversations, les jeux, les activités et festivités familiales.

b) Le mésosystème : Bien que nous ayons largement décrit le milieu immédiat des relations familiales, il faut convenir que les relations du parent avec son enfant sont aussi fortement influencées par ce qu'il vit ailleurs en tant que participant actif à un milieu de travail et dans ses relations sociales. Le mésosystème est composé des interrelations entre ces lieux de participation active. Le potentiel de développement de ces interrelations dépend, en grande partie, du support qu'elles peuvent offrir aux parents dans l'accomplissement de leurs rôles. Les risques majeurs de ce mésosystème se situent dans l'absence d'interrelations ou dans leurs conflits[2].

La participation du parent à un milieu de travail est souvent incompatible avec les exigences du rôle parental (à cause des horaires lourds, des pressions des collègues, de la surcharge relevant du double emploi...). Toutefois, pour bon nombre d'individus, il semble qu'un travail satisfaisant influence positivement leurs relations avec leur enfant, sans parler des conditions matérielles avantageuses qu'il peut procurer. Une recension de la littérature sur le travail des mères à l'extérieur du domicile familial[26], conclut qu'il peut satisfaire leurs besoins de multiples façons, et même qu'il fournit un cadre de socialisation mieux adapté à l'enfant, quant aux rôles d'adulte qu'il devra accomplir ultérieurement. Par ailleurs, il faut se questionner sur le climat familial négatif généré par l'absence bien involontaire de travail que beaucoup connaissent.

L'isolement social est en corrélation avec de nombreux problèmes familiaux, dont celui d'abuser des enfants[2]. Cela se comprend à la lumière des rôles d'aide matérielle et de support émotif que peuvent jouer des amis présents auprès des parents[3]. Ainsi certaines études[27] démontrent clairement le rôle protecteur, même pour des complications de grossesse, du réseau social de mères ayant vécu des événements stressants au cours des deux dernières années précédant leur accouchement. Isaacs[28], dans une importante recension d'études sur les interventions auprès de parents abusifs, situation extrême de difficultés parent-enfant, en relate plusieurs permettant même de poser l'hypothèse que le maintien des gains de telles interventions dépend de l'implication sociale du parent, par opposition à son isolement social.

c) L'exosystème : L'exosystème n'implique pas le parent en tant que participant actif, mais les événements qui y surviennent l'influence dans ses relations avec l'enfant ;[29] Bouchard[3] identifie comme éléments exosystémiques majeurs les conseils d'administration et les milieux d'apprentissage de l'enfant. Les conditions économiques, sociales et psychologiques découlant des décisions prises aux conseils d'administration influencent les relations parent-enfant de façon importante : chômage créé à la suite de fermetures d'usines, politiques et pratiques pro - ou anti-enfants en matière de logements, de subventions familiales...[3,30] D'autre part, les comportements que l'enfant peut apprendre à la garderie ou à l'école (par exemple dans ses jeux avec d'autres enfants, de même que les problèmes qu'il vit dans ces milieux et dont sont informés ses parents (par exemple, ses batailles, ses échecs scolaires), ont un impact dans ses relations avec ses parents.

Soulignons que les influences exosystémiques peuvent être des plus positives quand elles soutiennent le parent dans son rôle : la récente décision du gouvernement québécois de subventionner davantage les parents pour la fréquentation des garderies par leurs enfants ; les décisions d'ouverture de garderie en milieux scolaire et de travail ; les congés parentaux...

d) Le macrosystème : Cetaines des constantes, croyances, valeurs et idéologies de la société dans laquelle évolue la famille, et qui constituent le "macrosystème"[29], affectent les interactions parent-enfant. Parmi celles-ci, il importe tout d'abord de mentionner certaines conceptions du rôle parental[3]. En particulier, la plus grande part des responsabilités d'éducation des enfants (au moins des plus jeunes) est dévolue aux parents, sans que la société ne soit prête à leur accorder un support approprié. Précisons que c'est surtout aux mères qu'on attribue ces responsabilités, laissant traditionnellement aux pères des rôles économiques et de support à l'égard de la famille. Cette situation s'est davantage nuancée depuis quelques années mais il n'en demeure pas moins que la mère travaillant à l'extérieur peut se culpabiliser surtout si son enfant vit des difficultés. Par ailleurs, les responsabilités d'éducation des enfants accordées aux mères les portent à être fort critiques, voire réticentes ou coupables d'utiliser les services de garde. Pourtant, un grand nombre de parents doivent y recourir, étant donné les conditions économiques actuelles ou leurs conditions sociales personnelles, par exemple le parent d'une famille uniparentale. Rappelons les effets favorables possibles sur les relations parent-enfant (discutés avec les éléments mésosystémiques) d'un travail satisfaisant à l'extérieur du foyer familial.

On note également que les parents sont peu encouragés à partager leurs expériences de rôle parental, voire à rechercher aide et conseil en cas de difficultés dans l'accomplissement de ce rôle. Pourtant, l'isolement social est fortement associé à de nombreux problèmes familiaux tel l'abus d'enfant. Ainsi, par définition, le "mythe de l'unicité de la compétence parentale"[3], va à l'encontre de politiques et de structures sociales d'aide aux parents.

Un deuxième type de conceptions fort répandues, concernant l'enfant cette fois-ci, affecte largement les relations parent-enfant. Celles-ci établissent l'enfant comme "propriété" de ses parents. Du même coup dans une société où la violence est présente à tous les niveaux, elles ne décourageront pas, ne s'objecteront pas, voire encourageront l'utilisation de pratiques punitives, physiques et verbales.

Enfin, les idéologies sociales, économiquement orientées ne valorisent pas l'exécution des rôles parentaux et ne consacrent que les réussites professionnelles ; cela contraste souvent avec les réalités vécues par les gens. De plus, la diversité des modes "d'exécution" des rôles parentaux et conjugaux et leurs changements continus impliquent plusieurs différences avec le modèle familial idéal. Ces différences constatées par le parent peuvent affecter ses sentiments de compétence parentales et ses conduites.

Interventions : principes et possibilités

Nous avons donc constaté dans un premier temps que les principaux problèmes de santé des enfants et des jeunes sont plutôt d'ordre psychosocial que physique. L'analyse des facteurs les plus importants de ces problèmes implique que des actions préventives devraient viser à favoriser des relations harmonieuses entre parents et enfants. Des interventions de prévention devraient donc mettre le focus sur l'ensemble parent-enfant. Par ailleurs, notre discussion des facteurs d'influence sur les parents dans l'exercice de leur "métier" implique que des interventions préventives devraient également porter sur l'ensemble beaucoup plus large de la famille et de la communauté.

Cette troisième partie de l'article vise à aborder le problème de la mise en pratique d'une approche de préparation au rôle de parent et de son support, certains principes d'interventions en ce domaine ainsi que de certaines formes d'interventions possibles.

a) Principes d'interventions ; Quelques principes généraux des interventions proposées nécessitent un approfondissement particulier. Ce sont : leur caractère écologique et communautaire, l'identification de quartiers à risques, l'orientation en fonction des étapes du cycle de la "parentalité", l'objectif de développement de l'autonomie des participants, la perspective pluraliste des interventions encouragées et la concertation visée des diverses interventions, des divers intervenants et participants.

Caractère écologique et communautaire : La discussion précédente nous indique donc qu'il importe d'éviter de considérer le parent comme seul responsable des difficultés de son enfant, ou avec son enfant, de même que de considérer la compétence parentale comme une qualité absolue de l'individu. Il faut plutôt la concevoir comme relative à des conditions du milieu (e.g. isolement ou support, conditions socio-écomiques...). Dans ce cadre, il s'avère essentiel de tenir compte des interactions personnes-environnements pour

préparer et soutenir le rôle parental et en conséquence de tenter des interventions à caractère écologique et communautaire.[31,2]

Identification de quartiers à risque : Théoriquement, l'identification de facteurs de risque chez les parents ou chez les enfants devrait nous permettre de reconnaître ceux qui ont besoin de nos services en vue de prévenir l'apparition du problème en cause. Cependant, les facteurs de risque connus à ce jour, en termes de caractéristiques des parents négligents ou maltraitants ou d'enfants vulnérables, sont très peu spécifiques. Ils peuvent faire porter notre regard sur des parents qui n'ont nul besoin de nos services et à qui nous risquons de causer plus de tort que de bien. Il nous reste donc à nous tourner vers une approche de promotion de la santé laquelle ne pointe du doigt aucun individu en particulier, mais vise à "l'amélioration des compétences et du bien-être des individus, des groupes et de la communauté".[32]

Certaines études[2] indiquent, par contre, qu'il est possible d'identifier, non pas des individus, mais des secteurs ou quartiers à risque. Ces zones présentent des risques inhérents étant donné l'appauvrissement du réseau social, de sorte que l'exercice du rôle de parent y est fort difficile.

Orientation en fonction des étapes du cycle de la "parentalité" : Des interventions orientées vers la préparation au rôle parental et son support respecteront en général les différentes étapes du cycle de la "parentalité". Ces étapes, bien connues, peuvent se définir de la façon suivante : enfance et adolescence, grossesse, accouchement et premiers jours à l'hôpital, parents d'enfants de 0-1 an, parents d'enfants de 1-4 ans, parents d'enfant de 5-11 ans et parents d'enfants de 12-18 ans. Chaque étape est préparatoire et en continuité avec la suivante. Il est possible d'identifier des aspects de développement, des besoins et problèmes particuliers à chaque période tant pour les enfants que pour les parents.

Développement de l'autonomie des participants : Une des caractéristiques cruciales des interventions à soutenir est l'encouragement de l'autonomie des participants. Ainsi, les parents sont reconnus comme les plus compétents pour favoriser le développement de leur enfant. Cette caractéristique sous-tend des objectifs de support et le développement des compétences et sentiments de compétences parentales et met en garde contre des approches qui, ultimement, mettraient les parents dans une position de dépendance à l'égard des intervenants-experts. Les intervenants engagés se garderont donc de se substituer aux parents, en vue de favoriser l'atteinte du but ultime de développement optimal, au sens d'harmonieux, des enfants.

Perspective pluraliste : Dans une perspective pluraliste, il apparaît important de reconnaître et de respecter la diversité des gens et des types de familles, ses origines culturelles, sa composition. Les interventions à encourager doivent respecter les styles de vie et les choix personnels des parents. De plus, elles évitent d'imposer des modèles idéaux et abstraits, de même que d'imposer, de proscrire ou de juger certains types de comportements. Dans le même sens, il faut promouvoir la tolérance, encourager l'utilisation d'approches créatives de la part des intervenants, les mettre en garde contre toute perception hâtive des situations différentes de la norme comme étant "moins bonnes" et contre un encouragement exclusif des attitudes dominantes, surtout pour les groupes minoritaires.

Concertation : Même si un grand nombre d'intervenants et de participants sont touchés par une approche de la préparation au rôle parental et de son support, la concertation et la cohérence des services offerts et des objectifs poursuivis sont essentielles. Du même coup, cela évite de compartimenter les parents visés et de reproduire indûment le même type de services à divers niveaux, et d'en négliger d'autres tout aussi importants.

b) Interventions orientées sur l'ensemble parent-enfant : Dans un premier temps, il apparaît important d'appuyer la mise en place, le maintien et le renforcement des interventions orientées sur l'ensemble parent-enfant. Ce type général d'interventions peut prendre des formes variées. Il peut s'agir d'interventions éducatives, i.e. d'information et de formation offertes aux parents ou futurs parents concernant le développement des enfants, l'acquisition d'habiletés d'interaction positive, de résolution de problèmes... Certaines interventions se distinguent, quant à elles, par le caractère du support offert aux participants. Parmi les interventions éducatives, on pense par exemple à l'incorporation de la préparation au rôle de parent dans un curriculum scolaire du niveau secondaire atteignant tous les adolescents. Ce programme de formation pourrait comporter de l'information sur le développement des enfants et sur les problèmes confrontant les parents ; il pourrait se compléter de stages pratiques en garderies ou en milieux familiaux, pour permettre aux jeunes de prendre soin de petits. À une autre étape, comme lors de rencontres prénatales, des éléments sur le rôle de parent et sur le développement du nourrisson pourraient être inclus. Après la naissance, des rencontres de parents pourraient être organisées. Les programmes de sensibilisation à la vie familiale (P.S.V.F.) de l'Association canadienne de santé mentale, et les rencontres de parents basées sur la théorie de Gordon sont des exemples d'interventions possibles qui ont été évaluées et jugées efficaces.

À travers ces diverses interventions, l'élément de support est de fait omniprésent. Le support est par contre l'ingrédient principal d'interventions telles les visites et l'aide reçue à domicile à diverses périodes de la vie que ce soit par une infirmière, une bénévole, une aide familiale ou un gardien.

Il faut insister sur l'importance, lors de ces rencontres ou de visites aux parents, de certains principes dont nous avons déjà discutés. Le principal objectif de ces visites, en plus de l'aide concrète fournie, étant de supporter les sentiments de compétence des parents, il importe de vraiment les considérer comme les vrais éducateurs de leur enfant ou comme les principaux "intervenants" auprès de leur enfant. Il s'agit d'éviter de se substituer à eux de quelque façon que ce soit auprès de leur enfant et d'éviter de leur apporter à ces moments trop d'informations théoriques ou formelles ne correspondant pas à leur vécu.

Rôle du médecin : Le médecin abordera les relations entre les parents et les enfants qui le visitent avec la même approche de tolérance et de support. Reconnaissant l'influence de l'environnement sur ces relations, le médecin tâchera d'évaluer les forces et les faiblesses non seulement des individus (parents et enfants) devant lui mais également de leur réseau de support naturel et de leurs conditions de vie. Son principal rôle consistera ensuite à les aider à trouver des solutions qui leur conviennent et qui tirent profit des ressources communautaires présentes dans leur région. Les paragraphes qui suivent en donnent quelques exemples.

c) Interventions orientées sur l'ensemble famille-communauté : Il apparaît donc très pertinent d'appuyer aussi des interventions orientées sur l'ensemble famille-communauté. Ce deuxième type général d'interventions, tout comme le premier, adopte des modalités diversifiées. Parmi celles-ci, soulignons, à l'instar de Lebel[33], des interventions concernant la famille et le voisinage, la famille et l'école, de même que la famille et le monde du travail. La littérature[28,34,35,36] fournit de nombreuses pistes pour préciser ces interventions.

Le système de la famille et de son voisinage peut être touché par bon nombre d'interventions telles la création et l'appui aux réseaux naturels de préparation, de support et d'entraide parentaux (e.g. "Les grands-mères caresses" à Laval) de même qu'aux centres familiaux de quatier. De tels réseaux et centres familiaux ou de parents pourraient contrer efficacement l'isolement des parents en favorisant des rencontres avec d'autres parents avec lesquels partager des idées et des expériences concernant l'éducation des enfants ou tout autre sujet. Des références auprès des professionnels seraient aussi possibles lorsque nécessaires alors que certaines actions pourraient répondre plus particulièrement à des situations d'urgence ou de crise comme celles des centres d'hébergement ou des services d'écoute téléphonique.

Les réseaux et centre familiaux ou de parents pourraient de plus rendre accessibles aux parents et à leurs enfants des lieux de loisirs, de gardiennage et d'échanges de services des plus diversifiés. Des analyses visant l'identification de la qualité de vie du quartier, tant du point de vue physico-

économique que psychosocial devraient servir de base à ces interventions. Finalement, ces réseaux et centres familiaux pourraient participer à la mise en place de programmes de sensibilisation ou de formation au rôle de parent et au développement de l'enfant dont il était question plus haut.

Parmi les interventions de l'ensemble famille-communauté s'adressant à la famille et à l'école, notons toutes les actions possibles pour favoriser l'engagement actif des parents dans les affaires scolaires. D'autre part, l'école devrait reconnaître aux parents leur compétence en tant qu'éducateurs. Ce changement d'attitude est essentiel pour qu'école et parents soient véritablement complémentaires dans l'exercice du rôle éducatif. De plus, l'école pourrait servir de base à une préparation des jeunes eux-mêmes, à leur éventuel rôle de parents en leur présentant, par exemple, des programmes visant le développement d'habiletés sociales et de résolution de problèmes. Ces habiletés pourraient, bien sûr, leur être utiles dans leurs relations actuelles avec leurs parents.

Dans le domaine de la famille et du monde du travail, il serait souhaitable de mener des campagnes de sensibilisation, de poser des recommandations et de faire des pressions auprès des entreprises et autorités gouvernementales en vue de favoriser des conditions de travail supportant le rôle parental, par des horaires, avantages, congés, etc. offerts aux parents.

Conclusion

Pour favoriser la mise en place, le maintien et le renforcement de l'ensemble des interventions de préparation au rôle parental et à son support, les tâches des intervenants concernés doivent donc avant tout être centrés sur la revalorisation du rôle de parent. Les intervenants doivent se concerter et faire des pressions auprès des éléments exosystémiques, en particulier, afin que les parents soient reconnus importants et compétents pour l'éducation des enfants, et qu'une véritable approche de promotion de la santé mentale prévale. Nous recommandons l'adoption de mesures afin qu'il y ait dépistage des voisinages à risques élevés, renforcement des réseaux de support et des services de médiation pour les interventions de crise et les références aux organismes d'aide.

Par ailleurs, les professionnels de la santé doivent également se mettre à la tâche et modifier leurs pratiques afin de répondre aux besoins des futurs parents et des parents et de les supporter dans leur rôle. Afin de réaliser cette tâche, les professionnels de la santé auront eux aussi besoin de support de la part du réseau ; ces conceptions devraient être intégrées au curriculum de leur formation de base et de leur formation continue.

Summary

This article replaces in its context the importance of parent-child relationship on the development of the child. The psychosocial environnement in which this relationship takes place has been found to be of major influence. Furthermore, it may contribute to the appearance (or to the prevention) of major health problems in childhood and adolescence, often referred to as "new morbidities".

The following presentation includes analysis of the pertinent ecological factors, the principles and the various methods of approach which can promote a harmonious parent-child relationship. Those types of interventions involve many community health professionnals as well as clinicians.

Bibliographie

1.Bronfenbrenner U. : The Ecology of Human Development. Massachusetts, Cambridge et Angleterre. Londres, Harvard University Press, 1979.

2.Garbarino J. : Children and Families in the Social Environment. New York, Aldine Publishing Company, 1982.

3.Bouchard C. : Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant : des compétences parentales aux compétences environnementales. Apprentissage et socialisation, 1981 ; 4 : 4-23.

4.Haggerty R.J., Roghmann K.J., Pless I.B. : Child Health and the Community. J. Wiley & Sons, 1975.

5.Lescop J. : Les problèmes de santé des enfants d'aujourd'hui. Union méd. Can., 1982 ; 111 : 743-747.

6.Séguin L : Nouveaux problèmes de santé des enfants : rôle des centres et départements de santé communautaire. Union méd. Can., 1983 ; 112 : 168-172.

7.Broman S.H. : Prenatal Anoxia and Cognitive Development in Early Childhood. In T.M. Field, Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, 1979.

8.Sostek A.M., Quinn P.O., Davitt M.K. : Behavior, Development and Neurologic Status of Premature and Full-term Infants with varying Medical Complications. In T.M. Field, Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, New York, 1979.

9.Field T.M., Dempsey J.R., Shuman H.H. : Developmental Assessments of Infants Surviving the Respiratory Distress Syndrome. In Field, T.M., Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, 1979.

10.Parkinson C.E., Wallis S., Harvey D. : School Achievement and Behaviour of Children who were Small-for Dates at Birth. Dev. Med. Child Neurol., 1981 ; 23 : 41-50.

11.Gottfried A.W. : Intellectuel Consequences of Perinatal Anoxia. Psychological Bulletin, 1973 ; 80 : 231-242.

12.Hunt J., Rhodes L. : Mental Development of Preterm Infants During the First Year. Child Development, 1977 ; 48 : 204-210.

13.Fitzhardinge P.M. : Follow-up Studies on the Low Birth Weight Infant. Clin. in Perinatal, 1975 ; 3 : 503-516.

14.Baird D. : The Epidemiology of Prematurity. J. Pediatr., 1964 ; 65 : 902-924.

15.Fredrick J., Adelstein Ph. : Factors Associated with Low Birth Weight of Infants Delivered at Term. Brit. J. Obstet. Gynec., 1978 ; 85 : 1-7.

16.Stickle G. : Some Social and Medical Correlates of Pregnancy Outcome. Am. J. Obst. Gynec., 1977 ; 127 : 162-166.

17.Escalona S.K. : Babies at double hazard : Early Development of Infants at Biologic and Social Risk. Pediatrics, 1982 ; 70 : 670-676.

18.Sigman M., Parmelee A.H. jr : Longitudinal Evaluation of the Preterm Infant. In Field T.M., Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, N.Y., 1979 ; 193-219.

19.Nelligan et coll. : Born Too Soon or Born Too Small. Clin. in Developmental Med., 1976 ; no 61.

20.Als H., Lester B.M., Brazelton T.B. : Dynamics of the Behavioral Organization of the Premature Infant : a theoretical perspective. Dans T.M. Field, Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, 1979.

21.Lewis M., Rosenblum L.A. : The Effect of the Infant on its Caregiver. John Wiley & Sons, 1974.

22.Field T.M. : Interactions Patterns of Preterm and Term Infants. In T.M. Field, Infants Born at Risk, S.P. Med. & Sc. Books, 1979.

23.Horowitz F.D. : Child Development for the Pediatrician. Pediatr. Clin. North Am., 1982 ; 29 : 359-375.

24.Lamb M.E. : Paternal Influences and the Father's Role : a Personal Perspective. Am. psychologist, 1979 ; 34 : 983-943.

25.Baulu P. : Influence de la télévision sur les enfants et les adolescents. Dimensions, 1980 ; 2 : 11-14.

26.Hoffman L.W. : Maternal Employment. American Psychologist, 1979 ; 34 : 859-865.

27.Nuckolls K.B., Cassel J., Kaplan B.H. : Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy. Am. J. Epid., 1972 ; 95 : 431-441.

28.Isaacs C.D. : Treatment of Child Abuse : a Review of the Behavioral Interventions. Applied Behavior Analysis, 1982 ; 15 : 273-294.

29.Bronfenbrenner U. : The Experimental Ecology of Education. Conférence présentée, American Educational Research Association. San Francisco, Californhia, 1976.

30. Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille. Inventaire des principales mesures et actions du Gouvernement du Québec à l'égard des familles. Québec, Éditeur officiel, 1982.

31. Direction de l'analyse et de l'évaluation des programmes, Fédération des C.L.S.C. du Québec. Pour une approche communautaire des C.L.S.C. auprès des 0-18 ans. 1982.

32.Ketterer R.F. et coll. : Strategies and Skills for Promoting Mental Health. Prevention in Mental Health. Price, R.H., Ketterer, R.F., Bader, B.C. (eds). Sage Publ., 1980 ; 1.

33.Lebel P. : La préparation et le support au rôle de parent. Laval, Québec, D.S.C. Cité de la Santé de Laval (document interne), 1982.

34.Andrews S.R., Blumenthal J.B., Johnson D.L. et coll. : The Skills of Mothering : A Study of Parent Child Development Centers. Monograph of the society for research in child development, serial no. 198, 47(6). Illinois, Chicago : Society for research in child development, 1982.

35.De'Ath E. : Interventions with families : preparing the way for teaching parenting skills. J. family therapy, 1982 ; 4 : 229-245.

36.Star B. : Reducing Family Violence. Urban and social change review. 1982 ; 15 : 15-20.

Le programme de contrôle de l'hypertension artérielle à Laval

Michel Duval[1] et Irma Clapperton[2]

Résumé

Cet article décrit l'implantation d'un programme de contrôle de l'hypertension artérielle à Laval. Le programme a été planifié par le Département de santé communautaire (D.S.C.) dans un premier temps. L'organisation et le contrôle du programme ont été confiés aux intervenants de première ligne qui bénéficient du support technique du D.S.C. La conclusion soulève l'importance de la complémentarité des secteurs curatif et préventif dans un grand nombre de problèmes de santé.

Le Département de santé communautaire (D.S.C.) de Laval offre à sa population un programme de contrôle de l'hypertension artérielle. Ce programme planifié au départ par le D.S.C. a été accueilli favorablement par le milieu médical du centre hospitalier Cité de la Santé de Laval. Un comité, formé de médecins et d'une pharmacienne attachés au centre hospitalier, a accepté la responsabilité de parrainer et de gérer les étapes d'organisation et d'évaluation du programme.

Le Département de santé communautaire joue un rôle de coordonnateur et de support administratif pour l'exécution du programme. Le texte qui suit discutera d'abord de la pertinence d'un programme de contrôle de l'hypertension artérielle ; ensuite, il présentera le milieu dans lequel ce programme a été accueilli et finalement, il en décrira les objectifs opérationnels.

L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle a été désignée facteur de risque majeur dans les maladies cardio-vasculaires qui, elles, se situent au premier rang des causes de mortalité au Québec et au Canada. À Laval, les maladies cardio-vasculaires sont responsables de 45 à 50% de tous les décès.

Selon l'étude américaine du "Hypertension Detection and Follow-Up Program", environ 15% des citoyens âgés de 30 à 69 ans ont une tension artérielle diastolique plus grande ou égale à 95 mm Hg (seuil utilisé par l'Organisation mondiale de la santé). Ce pourcentage, appliqué à la population lavalloise pour l'année 1981, représente 18 000 citoyens hypertendus. Selon l'enquête Santé Canada[1], 66% des citoyens hypertendus l'ignorent. Parmi les hypertendus connus, "plus de 50% de ceux qui commencent le traitement l'abandonnent en moins d'un an et seulement 66% de ceux qui poursuivent le traitement, consomment suffisamment de leur médication pour réduire adéquatement leur tension artérielle"[2].

La prévalence élevée de l'hypertension artérielle, son faible contrôle et ses conséquences fâcheuses, nous obligent à nous interroger sur la portée de nos interventions actuelles.

Cette maladie peut-elle être soumise à une intervention de santé communautaire ?[3]

Plusieurs études confirment la réussite d'un programme de contrôle de l'hypertension artérielle dans le but de diminuer la mortalité et la morbidité par maladies cardio-vasculaires.

En effet, l'histoire de la maladie relativement connue, la présence d'une méthode diagnostique efficace et acceptée de tous, l'efficacité des traitements médicamenteux, la présence de ressources humaines et matérielles suffisantes à Laval, sont autant d'éléments favorisant l'intervention "communautaire".

Environnement du C.H.-D.S.C. Laval

Le territoire du Département de santé communautaire correspond aux limites géographiques de Ville de

1) Médecin spécialiste en santé communautaire. Directeur des services professionnels, Cité de la Santé de Laval.

2) Médecin spécialiste en santé communautaire, Cité de la Santé de Laval.

Comité du programme de contrôle de l'hypertension artérielle à la Cité de la Santé de Laval :

Docteur Raymond Carignan, directeur des services professionnels et communautaires (jusqu'à mai 1984).

Madame Isabelle Coutu-Lamontagne, pharmacienne.

Docteur André Forget, vice-président, Association des médecins omnipraticiens de Laval.

Docteur Jean-Guy Harris, chef du département de médecine générale.

Docteur Richard Lessard, chef du département de santé communautaire.

Docteur Alban Perrier, département de médecine générale.

Tirés à part :

Docteur Michel Duval, département de santé communautaire, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Vimont, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *21.11.83*
Acceptation définitive le : *9.12.83*

Laval. La population de Laval en 1981 était de 266 437 habitants et l'âge moyen était 29,3 ans. Les groupes de 30 à 44 ans, 45 à 59 ans et 60 à 69 ans représentaient respectivement 22,9%, 16,4% et 6,0% de la population.

Ce territoire comprend un seul centre hospitalier de soins de courte durée soit la Cité de la Santé de Laval. "L'orientation fondamentale de Cité de la Santé de Laval est axée sur la poursuite et l'atteinte de deux objectifs, soit : a) promouvoir la santé communautaire à Laval ; b) assumer le programme de résidence en médecine familiale et en santé communautaire ; ... pour réaliser l'objectif de promotion de la santé communautaire, Cité de la Santé préconise l'approche globale du bénéficiaire par une intégration des soins préventifs, curatifs et de réadaptation, par la mise en place de mécanismes assurant la continuité et la personnalisation des soins, par la promotion du travail multidisciplinaire et par le rôle prépondérant du médecin de famille en tant que coordonnateur des soins globaux du bénéficiaire".[4]

Le département de médecine générale de la Cité de la Santé regroupe environ 100 médecins omnipraticiens, soit 66% de tous les médecins omnipraticiens de Laval. Ce département a découpé l'île de Laval en quatre secteurs administratifs et les représentants de ces secteurs siègent à un comité-conseil au chef du département. L'unité syndicale des médecins omnipraticiens de Laval, soit l'Association des médecins omnipraticiens de Laval, compte 126 membres actifs. Quatre C.L.S.C. se partagent ce même territoire.

Intervention

Le Département de santé communautaire, concerné par l'amélioration de l'état de santé de sa population, a donc préparé un programme visant le contrôle de l'hypertension artérielle.

Ce document a été soumis aux personnes et/ou organismes impliqués dans le milieu soit : la Direction des services professionnels du centre hospitalier, le Conseil des médecins et dentistes, le département de médecine générale, l'Association des médecins omnipraticiens de Laval, le service de pharmacie du centre hospitalier, les directeurs généraux des C.L.S.C.

À la suite de ces consultations, le Département de santé communautaire a finalisé le projet qui a été accueilli favorablement par le milieu. Le point critique de ce programme est la création d'un comité-directeur avec la collaboration et la participation des professionnels du milieu ; le comité prend naissance en décembre 1982.

Le comité se compose de sept membres du C.H.-D.S.C. soit :

- le directeur des services professionnels et communautaires ;
- deux représentants du département de médecine générale ;
- un représentant du service de pharmacie ;
- un médecin délégué du Conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier ;
- un représentant de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval ;
- un médecin du Département de santé communautaire assisté d'un résident du centre hospitalier.

Le comité est mandaté pour parrainer et gérer les phases d'organisation et d'évaluation du programme. Le Département de santé communautaire assure, pour sa part, la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en application du programme.

Ce programme vise essentiellement la diminution de la morbidité et de la mortalité par maladies cardiovasculaires en agissant sur un facteur de risque très important soit l'hypertension artérielle. Pour ce faire, nous croyons réaliste la stratégie préconisée par le Conseil de la santé de l'Ontario[5] d'effectuer le dépistage* par les médecins de première ligne puisque 70-80% des Canadiens visitent un médecin annuellement.

Les moyens utilisés pour atteindre l'objectif se divisent en trois volets :

1) La création d'un registre pour les hypertendus à Laval :

a) l'objectif de dépistage est l'inscription au registre en 1986 de 80% des personnes âgées de 30 à 69 ans ayant une tension artérielle $\geq$ 140/90 ;
b) l'objectif de contrôle est une tension artérielle $\leq$ 140/90 chez 60% des hypertendus inscrits ayant au départ une tension artérielle $\geq$ 140/95.

Ce registre permettra au comité de connaître l'ampleur du problème sur son territoire et de vérifier si les objectifs du programme sont atteints. Ce registre respectera la confidentialité des dossiers et préservera la relation médecin-patient.

2) Programme d'information auprès des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières, etc.).

Ce programme vise à renseigner les professionnels de la santé sur ce projet de dépistage et à les inciter à y contribuer.

3) Programme de sensibilisation du public face aux problèmes de l'hypertension artérielle.

Cette intervention vise à informer le public des conséquences néfastes de l'hypertension artérielle, à l'inciter à faire prendre sa tension artérielle et à se faire traiter adéquatement.

Cette activité prendra place lorsque le projet sera bien amorcé et fonctionnel.

Conclusion

Un grand nombre de problèmes de santé requièrent la participation de l'ensemble des intervenants du milieu, autant ceux du secteur dont l'approche fondamentale est préventive que ceux du secteur curatif. Le programme de contrôle de l'hypertension artérielle a été planifié par le Département de santé communautaire et il sera organisé et évalué par un comité formé majoritairement d'intervenants du secteur curatif. Donc, l'organisation et surtout le contrôle du programme seront la responsabilité de pairs, respectant ainsi l'autonomie professionnelle.

La complémentarité des secteurs préventif et curatif, basée sur un respect des rôles respectifs, s'impose pour plusieurs problèmes de santé. Elle permet ainsi une meilleure utilisation des ressources disponibles et une plus grande réalisation des objectifs poursuivis par notre système de santé.

Summary

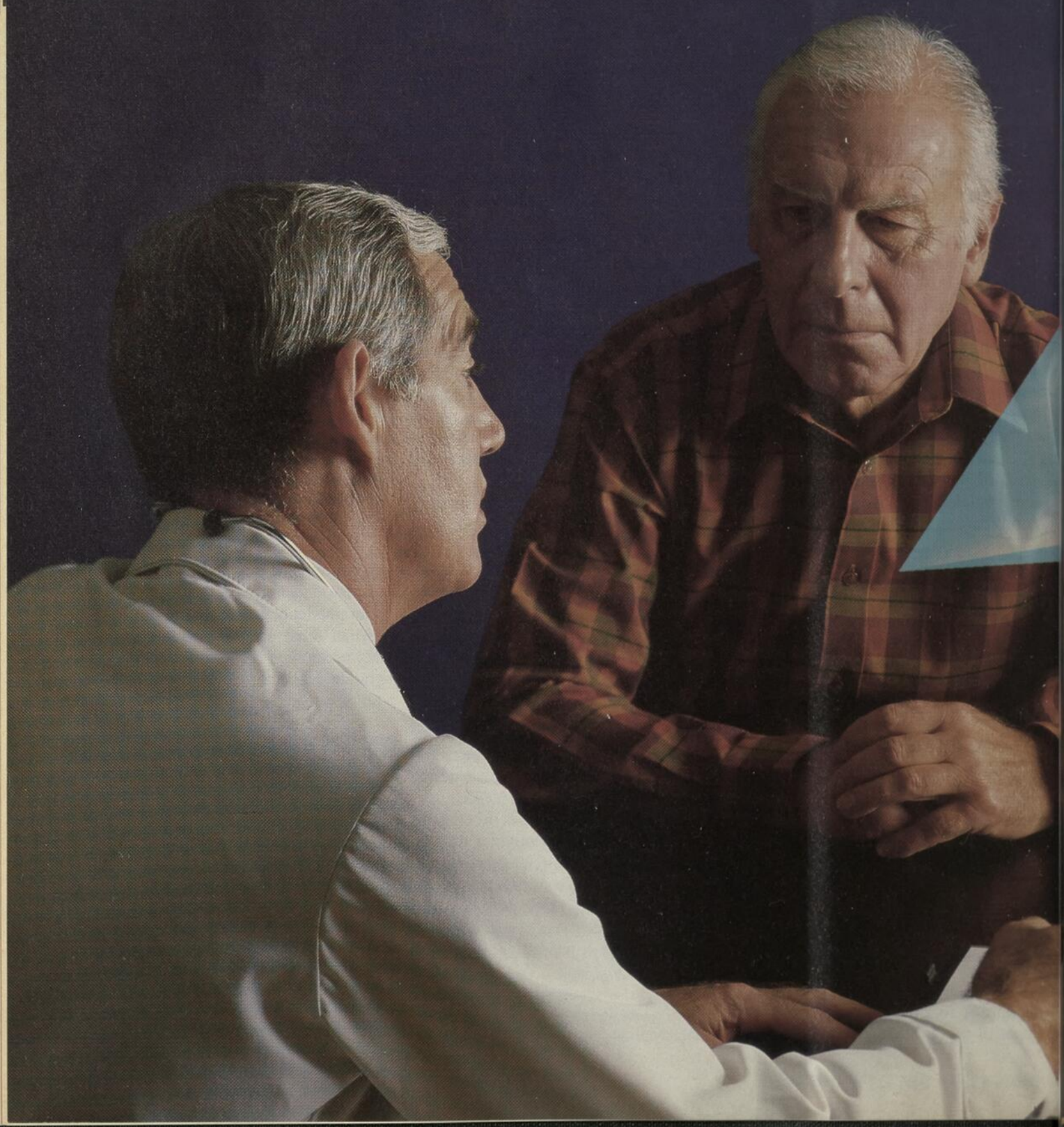
A program to control high blood pressure is being implemented in Laval. The program was first conceived by the Community Health Department. The organisation and control of the program were entrusted to the first line physicians through a committee ; technical support is provided by the Community Health Department. The conclusion emphasizes the complementarity between the curative and preventive sectors as applied to many health problems.

▶ page 775

* Prise systématique de la tension artérielle lors de la visite au médecin (case-finding) et non pas dépistage de masse.

Protection d'envergure contre la menace d'une thrombose...

Asasantine*, un choix judicieux pour traiter vos coronariens



«Une activité plaquettaire accrue peut jouer un rôle déterminant dans l'incidence des vasospasmes et des altérations de l'intima»[1]

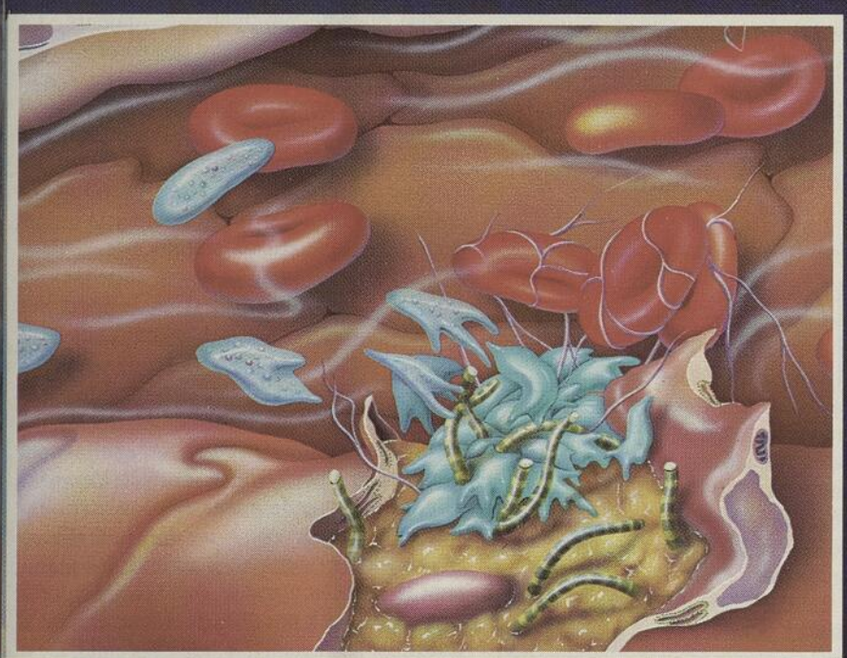
«Quel que soit le déroulement précis de la cascade des réactions intravasculaires, la formation d'agrégats plaquettaires dans les coronaires diminue l'apport normal de sang au myocarde et de ce fait, peut entraîner un accident ischémique ou une détérioration plus marquée du débit sanguin.»[2]

Asasantine* normalise la réactivité plaquettaire

Chaque capsule Asasantine* contient 75 mg de Persantine* (dipyridamole) et 330 mg d'AAS. Selon diverses études cliniques, cette association permet de restreindre de façon efficace l'adhésion et l'agrégation plaquettaires ainsi que la formation subséquente du thrombus oblitérant. Afin de prévenir une rechute de l'infarctus du myocarde, le choix de la thérapie Asasantine* revêt une importance capitale.

Asasantine* diminue la fréquence des accidents coronariens

• une capsule t.i.d. • des effets secondaires minimes • aucune contre-indication d'ordre cardio-vasculaire



Asasantine®

Boehringer Ingelheim

PAAB CCPP

Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd. / Ltée
977 Century Drive, Burlington, Ontario L7L 5J8

Renseignements thérapeutiques page 785

*Marques déposées

Suicidaire ou pseudo-suicidaire ?
Dilemme à l'urgence

Jean-François Denis[1]

Résumé

Les états suicidaires sont décrits dans leurs différentes présentations et degrés d'intensité. Plusieurs approches complémentaires sont possibles pour l'évaluation des patients, la plus importante demeurant l'appréciation de la trame suicidaire au cours d'une entrevue directe et franche. Plusieurs caractéristiques permettent de distinguer les suicidaires des pseudo-suicidaires et la conduite qui s'en suit. Des attitudes sont suggérées et des précautions contre certaines impasses sont signalées.

Le syndrome suicidaire est ici abordé dans ses différentes présentations et dans son évaluation aux points de vue théorique et surtout pratique. Parmi les patients suicidaires et pseudo-suicidaires, beaucoup se distinguent les uns des autres sur la base de la clinique, avec un degré raisonnable de confiance. La conduite à suivre diffère pour chacun des deux groupes mais l'entrevue d'évaluation constitue toujours l'instrument primordial dont dispose le clinicien. Des facteurs plus périphériques peuvent aussi lui venir en aide dans ses décisions, de telle sorte qu'il est à la portée de tout médecin de se former une opinion assez juste sur ces patients et d'adopter la conduite appropriée, en autant qu'il respecte les attitudes à prendre et qu'il évite certaines impasses.

Le syndrome suicidaire

L'état suicidaire est d'abord un syndrome parce qu'il constitue une manifestation symptomatique fréquente secondaire à des causes bien différentes. Le diagnostic psychiatrique n'éclaire qu'une facette du problème et plusieurs autres facteurs pratiques entrent en ligne de compte pour l'évaluation du patient suicidaire à l'urgence. Par exemple, un risque suicidaire ne se détermine pas par la seule présence, absence ou intensité d'un affect dépressif. Y voir une corrélation directe systématique est une simplification que se doit de dépasser le clinicien attentif. Le problème suicidaire peut accompagner n'importe quel diagnostic psychiatrique ou même se présenter en l'absence d'un tel diagnostic. Personne n'est à l'abri des idées suicidaires.

À l'urgence, la majorité des patients dits "suicidaires" ne souffrent pas d'une maladie psychiatrique majeure. Le plus souvent, ils ont des problèmes situationnels, des conflits conjugaux, ils vivent une peine d'amour, un échec professionnel ou financier. Plusieurs sont décrits, pas toujours à tort, comme manipulateurs. Dans ce dernier groupe, on remarquera fréquemment des troubles de personnalité. D'autres sont plus sévèrement atteints ; le schizophrène dont les voix lui disent de se tuer, le paranoïde qui veut fuir dans la mort ses persécuteurs, le déprimé majeur qui veut expier une culpabilité sans fond.

De nos jours, les expressions "patient suicidaire" et "état suicidaire" signifient peu ou beaucoup de choses et elles sont employées libéralement. Parfois l'expression ne sert que de prétexte à une consultation en psychiatrie ou à une demande d'hospitalisation exigée par le patient. En précisant le problème par le vocabulaire approprié, il est déjà possible de mieux cerner la question (tableau I). L'idée suicidaire est très fréquente et a probablement effleuré l'esprit de la plupart des gens, le temps d'un instant. À un certain moment, le patient pense qu'il pourrait s'enlever la vie, mais souvent il n'a pas de plan précis. Heureusement de nombreux patients ne dépassent pas ce stade qui n'est pas si inquiétant, en autant que cette idéation ne progresse pas plus loin. Elle devient rumination suicidaire quand elle se fait récurrente et insistante. Il y a une intention suicidaire lorsque le patient a pris la décision d'attenter à ses jours. Non seulement a-t-il alors pensé au suicide et au moyen qu'il prendra, mais il veut passer à l'acte et peut avoir pris des dispositions en ce sens. Le geste suicidaire décrit un acte auto-destructeur incomplet, soit par blessure seulement superficielle ou encore par appel à l'aide avant de sombrer dans l'intoxication médicamenteuse. La tentative suicidaire proprement dite présente une plus grande gravité surtout si le moyen risquait d'être efficace. Le patient a alors complété un geste et n'a pu être sauvé que par hasard ou par erreur de calcul tout à fait involontaire. Le raptus suicidaire survient de façon subite, sous une impulsion irrésis-

1) M.D., L.C.M.C., C.S.P.Q., F.R.C.P. (C). Psychiatre, service d'urgence, Cité de la Santé de Laval. Chargé de clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal.

Cet article a été préparé à la suite d'un cours donné au congrès de la F.M.O.Q. sur les urgences psychiatriques, les 23 et 24 avril 1981.

Tirés à part :
Docteur Jean-François Denis, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Laval (Québec) H7M 3L9

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *27.10.83*
Acceptation définitive le : *21.11.83*

Tableau I

Niveaux d'états suicidaires par ordre croissant
Idée suicidaire
Rumination suicidaire
Intention suicidaire
Geste suicidaire
Tentative suicidaire
Raptus suicidaire

tible, chez les psychotiques ou les déprimés graves. Il n'est pas toujours prévisible mais souvent fatal. Le patient répond à une bouffée d'angoisse morbide et intolérable, ou encore à des hallucinations auditives qui lui ordonnent de passer à l'acte.

Par ailleurs, il faut entendre par comportement suicidaire un style de vie amenant le patient à courir certains dangers, sans nécessairement avoir une intention formelle et immédiate de trépasser. Par exemple, il ne suit pas ses traitements médicaux pour une maladie sérieuse, il a souvent des accidents d'auto secondaires à une conduite dangereuse, ou il se détruit à petit feu par la drogue ou l'alcool. La menace suicidaire est plus complexe. Le patient fait part d'une intention suicidaire conditionnelle, de façon plus ou moins manifeste, au comportement de son entourage. Tel amoureux éconduit affirme qu'il se suicidera si sa bien-aimée ne lui revient pas. Un conjoint tente ainsi de retenir l'autre qui veut divorcer. Dans le pseudo-suicide, le geste posé paraît à prime abord suicidaire, mais les conditions sont telles que le risque de perdre la vie se révèle très minime et qu'elles atténuent pratiquement tout désir de mourir, s'il y en avait le moindrement un au départ. Le contexte dénote l'attente d'une réaction de l'entourage ; c'est la menace suicidaire agie. Il est alors évident que le but recherché est autre chose que la mort, souvent un appel à l'aide plus ou moins coercitif. Telle personne ingurgite des médicaments, à une dose qui n'est pas potentiellement mortelle, laisse bien les bouteilles en évidence et procède tout juste avant le retour de son conjoint à la maison. Ce dernier ne peut manquer de remarquer ce qui se passe, en tirer rapidement des conclusions et prendre des mesures qui sauveront la vie si elle était en danger. Parler de tentative suicidaire serait ici un abus de langage. Le parasuicide est un terme général descriptif qui, par opposition au suicide, réunit les conditions qui n'ont pas abouti à la mort, que ce soit par geste, tentative ou pseudo-suicide.

La notion la plus importante sur le plan pronostique est celle de risque. Il y a deux risques : le médical et le psychologique, lesquels peuvent être indépendants l'un de l'autre. Le risque médical est relié à la léthalité (capacité de provoquer la mort) du moyen envisagé ou employé, tandis que le risque psychologique indique l'idée que se fait le patient de cette léthalité et l'intensité de son intention de mourir. En pratique, le risque n'est jamais absolument nul et il est rarement total et sans réserve. C'est pourquoi le clinicien se doit d'être bien attentif et capable de noter des nuances pour évaluer un risque suicidaire. Le comportement humain et les aléas de la vie demeurent difficiles à prévoir, mais il existe plusieurs indices qui permettent de réaliser une évaluation paraissant ardue au départ à un intervenant non averti.

Tableau II

Évaluation du risque suicidaire[3]

	Dangereux + +		Dangereux + @ ±
1) L'âge :	> 40 ans		< 40 ans
2) Le sexe :	Mâle		Femelle
3) L'origine ethnique :	Noir-immigré		Blanc-natif
4) La religion :	Aucune > protestant > juif > catholique		
5) Le statut :	Divorcé > célibataire > marié		
6) L'emploi régulier :	Chômeur > travailleur occasionnel > travailleur régulier		
7) Les amis :	aucun	>	quelques
8) La famille :	aucune	>	bons liens avec la famille
9) La vie sociale :	aucune	>	bien remplie
10) Les tentatives antérieures :	une ou plusieurs	>	aucune
11) La rumination :	présente	>	absente
12) L'élaboration d'un plan :	oui	>	non
13) La lettre d'adieu :	oui	>	non
14) L'alcoolisme :	oui	>	non
15) La ou les maladies sous-jacentes :	oui	>	non
16) L'état d'esprit :	morbide cynique ralenti taciturne	>	vivace expressif
17) L'état affectif :	dépressif plat	>	triste ou autre

Les instruments d'évaluation

Mais quels sont ces moyens ? En avril 1982, le Comité de la santé mentale du Québec a rendu public un rapport sur le suicide dont les données alarmantes ont été reprises par plusieurs journaux[1]. La sensibilisation du public, des administrateurs de services de santé et des médecins constitue un premier pas nécessaire, mais le bagage du clinicien doit comporter plus que des statistiques et l'identification des groupes à plus haut risque dans la société. Les statistiques ont surtout une valeur épidémiologique et sont de peu d'utilité à l'urgence. Sur cette base, il est toujours difficile, voire impossible, de situer de façon prospective le patient qu'on a en face de soi[2].

Certaines données classiques et souvent reprises demeurent générales mais favorisent une meilleure perspective (tableau II)[3]. Par exemple, les personnes seules, sans emploi ni vie sociale présentent un risque plus élevé. Cependant ces critères relèvent surtout des coordonnées de base du patient et ils ne sont sûrement pas à employer avec trop de rigidité, ce qui pourrait susciter de faux sentiments de sécurité dans certains cas et porter à dramatiser dans d'autres. Leur limite est qu'ils laissent encore, pour la plupart, l'évaluateur à distance du patient. C'est le problème également des échelles d'évaluation.

Comme on veut justement éviter les pièges de la conclusion rapide sur des critères généraux, il n'est pas étonnant que des mythes sur le suicide aient été officiellement reconnus (tableau III)[3]. La précaution qu'ils suggèrent indirectement est celle de toujours vérifier la situation au-dela des apparences. Si certains de ces mythes risquent de faire minimiser un danger suicidaire ou la psychopathologie associée, d'autres, moins reconnus et insidieux, peuvent influencer dans le sens contraire. Trop souvent, le seul fait d'une intoxication médicamenteuse amène à la conclusion qu'il y a automatiquement une intention suicidaire, ou cette dernière est interprétée comme la signature pathognomonique d'une dépression. Dans ce cas, la consultation en psychiatrie ne

Tableau III

Mythes sur le suicide[3]

1. Ceux qui en parlent ne le font pas.
2. Il survient sans avertissement.
3. Ils veulent vraiment mourir.
4. Une fois suicidaire, toujours suicidaire.
5. Pas de risque si amélioration rapide.
6. Cela est plus fréquent chez les pauvres ou les riches.
7. C'est "héréditaire".
8. Les suicidaires sont nécessairement des malades mentaux.
9. Le risque dépend du moyen employé.

devrait pas être systématique mais plutôt basée sur des caractéristiques cliniques du patient[4].

On n'a qu'à se rappeler toutes les variantes de présentation du phénomène suicidaire. Il arrive souvent que la famille et les proches du patient rapportent que "c'est un grand déprimé". Comme le mot "suicidaire", le mot "dépression" est employé libéralement, même par les médecins. Quelquefois, tous sont victimes d'un tableau de dramatisation monté de toute pièce par le patient. Parmi tous les "suicidaires", les déprimés au sens diagnostique du terme sont en minorité. Certains souffrent de psychose, beaucoup de troubles de personnalité et d'adaptation. La fréquence relativement élevée de la dynamique suicidaire dans la dépression n'implique pas l'inverse.

Tous les moyens mentionnés jusqu'à maintenant ont une utilité relative et inférieure aux informations que l'on obtient par un contact direct et franc avec le patient. On ne provoque pas de suicide en questionnant les patients activement sur ce point, c'est l'omission de ce questionnaire qui est une erreur. Au moindre soupçon de problématique suicidaire, toutes les questions nécessaires doivent être posées et les jeux de cache-cache évités. Au même titre que l'examen d'un abdomen aigu douloureux, la révision des aspects douloureux de la vie d'un suicidaire s'impose. Un tableau suicidaire résiste rarement à une mise en évidence par une bonne investigation et il est d'autant plus rare que l'on ne puisse se faire une opinion valable pour un patient donné[5].

Mais comment soupeser des intangibles ? Faut-il sonder les profondeurs de l'inconscient ? La psychiatrie n'a pas de recette magique et les psychiatres ne sont pas plus devins que n'importe qui. Il s'agit d'écouter le patient, de lui parler, de s'enquérir de ses préoccupations concrètes du moment. L'état suicidaire a son histoire et sa mécanique et il est souvent déconcertant de voir avec quelle facilité tous les éléments tombent en place. C'est la trame qui sous-tend l'état suicidaire qu'il faut élucider, le contexte psychologique et interpersonnel du patient, les facteurs déclenchants, le but recherché, les répétitions des mêmes situations.

Le dilemme suicidaire

Les interrogations suivantes surgissent fréquemment : Désire-t-il vraiment mettre fin à ses jours ? Joue-t-il la comédie ? Est-il manipulateur ? Le patient le plus coopératif ne saurait pas toujours répondre lui-même à ces questions. Trois caractéristiques psychologiques principales se retrouvent chez les suicidaires[6]. L'ambivalence amène le patient à prendre plutôt un certain risque en laissant un rôle à la chance ou à la destinée[7]. Il pense au suicide mais il hésite et sa décision n'est pas définitive dans la majorité des cas. Rarement est-elle irrévocable. L'état suicidaire est également transitoire. Une intention suicidaire ferme ne dure habituellement que quelques heures ou au maximum une journée ou deux. C'est une crise épisodique bien qu'elle puisse être récurrente, ou laisser toujours une certaine menace en arrière-fond chez des patients chroniquement morbides. Le suicide et ses variantes constituent un phénomène beaucoup plus social que solitaire. Inévitablement, sont remis en question un couple, une famille, un groupe, la société. Souvent une personne est visée, parfois de façon très évidente, par exemple un conjoint jugé inadéquat ou incompréhensif par le patient. Si le suicide réussit, quelqu'un souffrira des conséquences ou se sentira puni, le suicidé laisse un message accusateur en héritage. C'est l'aspect dyadique. Souvent un geste, une menace ou un pseudo-suicide suffit pour ainsi dire et amène une modification relationnelle qui fait reculer le risque.

Faut-il se fier aux dires du patient ? D'abord il y a rarement de faux-négatifs. On entend par là des patients qui seraient réellement suicidaires et qui ne le révèleraient pas, d'une façon ou d'une autre, lors d'une évaluation active de cet aspect[8]. Si une entrevue semble donner peu de faux-négatifs, la méthode épidémiologique en fait ressortir plusieurs[2]. Il se peut que le suicidaire convaincu et irrémédiable ne se rende même pas à l'urgence. Peut-être qu'il ne manque tout simplement pas son coup. La perturbation émotionnelle reliée à l'intention suicidaire passe difficilement inaperçue. Peu de patients refuseront la chance, peut-être la dernière, de confier leur souffrance psychique.

Mais il y a beaucoup de faux-positifs, détectés autant par les méthodes épidémiologiques[2] que par de simples entrevues. De nombreux patients s'affichent comme suicidaires tout en ne l'étant pas ou que très partiellement. C'est la voie qu'ils ont choisie pour faire une demande d'aide ou pour obtenir certains gains secondaires. Ils répondront d'abord positivement au questionnaire, comme tous ceux ou presque qui sont réellement suicidaires.

Il importe de bien départager les deux groupes pour diverses raisons : initiation d'un traitement immédiat et approprié à chacun des groupes, ressources restreintes en lits d'hôpitaux, attention spéciale au suicidaire grave, non renforcement du chantage chez les autres. Il est matériellement impossible d'hospitaliser tous ces gens et de consacrer systématiquement du personnel à un rôle de surveillance étroite pour la moindre velléité suicidaire. Hospitaliser un suicidaire à haut risque, c'est probablement lui sauver la vie et les médecins font des efforts sérieux pour identifier ces patients. Le problème est moins clair et plus difficile avec les suicidaires à risque faible qu'on ne peut tous garder en milieu protégé, qui cherchent des gains secondaires ou qui présentent un degré de manipulation. De plus, le chantage satisfait est porté à se renouveler[8].

Il ne faut pas comprendre la manipulation comme provenant nécessairement d'une mauvaise volonté du patient ou étant une simulation délibérée. Elle cache habituellement une souffrance autant que tout autre symptôme. Certains sont manipulateurs sans trop s'en rendre compte, parce qu'ils ont toujours fonctionné selon ce mode dans leurs relations interpersonnelles. Malgré son côté peu sympathique ce symptôme doit être considéré de façon objective comme un élément parmi d'autres. Il ne signifie pas que le patient n'a pas de problème et qu'il n'a besoin d'aucun soin, du moins dans l'immédiat[7]. C'est que ces soins ne seront pas du tout les mêmes que ceux du vrai suicidaire.

Le suicidaire et le pseudo-suicidaire

Deux profils de patients se dessinent : le suicidaire et le pseudo-suicidaire. Leur distinction est délicate, intéressante et d'intérêt quotidien à l'urgence. Nous décrirons les deux pôles d'un continuum sur lequel se situent les patients (tableau IV). Il n'est pas exclus qu'ils se déplacent dans le temps le long de ce continuum, bien qu'ils paraissent garder plutôt le même pattern en clinique. On rapporte toujours beaucoup plus de tentatives ou de parasuicides que de suicides[9]. Il y a probablement là un indice du plus grand nombre des pseudo-suicidaires, ce qui semble le cas en clinique. Ou ils sont tous maladroits, ou il est heureux que plusieurs aient l'adresse de survivre. Mais une tentative qui a échoué ne fait pas nécessairement du sujet un pseudo-suicidaire, ce sont les conditions dans lesquelles l'action suicidaire a été posée et non les résultats qui servent de déterminant.

Un patient sera d'autant plus suicidaire s'il choisit un moyen rapide et efficace, s'il agit en solitaire et s'il est sauvé in extremis par pure chance. Le pseudo-suicidaire prend un moyen lent, réputé peu efficace et qui donne le temps à des mesures de secours d'être entreprises, par exemple une intoxication avec des tranquillisants mineurs. Le geste est voué à l'échec au

Tableau IV

Les deux pôles

	Suicidaire	Pseudo-suicidaire
Moyen	rapide et efficace	lent et inefficace
Risque	élevé, "sauvé par pure chance"	faible, "erreur flagrante dans le scénario"
Contexte	en solitaire	besoin de "spectateur", dramatique
Rôle	victime de lui-même "a peur de lui-même"	agresseur de lui-même "se prend en otage"
Attitude	inquiet et traqué	assuré et contrôlant
Fin envisagée	inéluctable	conditionnelle
Dyade	moins évidente : personnage internalisé	Plus claire : personnage de la vie courante
But	solution à un problème chronique et personnel	appel à l'aide, réactionnel
Pronostic	risque de suicide direct et immédiat	risque de récidive, de tentatives pseudo-suicidaires ou de suicide réussi par erreur
Diagnostic	+ psychose, dépression majeure	+ troubles caractériels, de personnalité
Contre-transfert évoqué	positif	négatif

départ parce qu'il y a une "erreur flagrante dans le scénario", de toute évidence délibérément voulue. Le pseudo-suicidaire agit souvent dans un contexte dramatisé, en présence de spectateurs qui, du fait de cette présence immédiate et des informations reçues du sujet lui-même, se trouvent implicitement en position d'annuler toute velléité de suicide. Le suicidaire est une personne inquiète et traquée, qui a peur d'elle-même, qui sera sa propre victime et qui envisage la mort comme une fin inéluctable. Le pseudo-suicidaire peut être assuré, même souriant, satisfait de la crainte qu'il inspire chez ses proches, par des menaces vouées à la recherche de gains secondaires. Il prend le contrôle en jouant le rôle de son propre agresseur et peut même se comporter comme un terroriste dont il est le propre otage. Il vise nettement par son chantage, plus ou moins évident et cousu de fil blanc, un personnage de sa vie courante. Les plus morbides ou passifs-agressifs peuvent persister longtemps dans une telle attitude à l'endroit de leurs proches, de tous les intervenants, presque de l'univers entier, comme dans une tentative vaine et stérile d'assujettir un objet diffus, fantomatique et insaisissable. Le personnage dyadique du suicidaire est plus difficile à identifier, est internalisé ou encore absent depuis longtemps ; son agression apparaît plus franchement dirigée contre lui-même. Il entrevoit la mort comme la solution inéluctable à un problème chronique ou à un sentiment aigu d'indignité personnelle insurmontable, alors que le pseudo-suicidaire réagit plutôt par un appel à l'aide mal formulé à un problème récent ou à un manquement attribué à autrui. Il risque peu de se suicider à moins qu'il ne réussisse par erreur ou par un hasard malencontreux indépendant de sa volonté. Il risque cependant de récidiver et de répéter des gestes pseudo-suicidaires, au gré des ennuis ou frustrations qu'il rencontrera dans sa vie. Son risque de mourir est indirect et éventuel ; celui du suicidaire est direct et immédiat. En général, les pseudo-suicidaires se recrutent plus chez les patients présentant des troubles de personnalité et d'adaptation tandis que les suicidaires souffrent plus de psychose et de dépression[10]. Finalement le contre-transfert évoqué apporte un dernier indice que le clinicien a intérêt à reconnaître, car il vaut mieux être au courant de son influence. Le médecin se sentira mieux disposé face au suicidaire qu'il veut naturellement aider et il trouvera moins sympathique le pseudo-suicidaire chez qui il pressent des éléments factices, déplaisants ou manipulateurs. On s'efforcera cependant de ne pas baser l'évaluation sur ce seul aspect.

Ces différents critères tracent de grandes lignes et leur emploi demande du discernement et de la nuance. En pratique, les patients présentent des éléments de l'un et de l'autre des deux pôles avec une prédominance sur un côté. Le recours à plusieurs de ces critères assure une fiabilité raisonnable, une perspective globale du patient étant toujours plus importante qu'un détail. Cette méthode a l'avantage d'être individualisée et basée sur le contexte psychique du patient.

La conduite à suivre

La conduite à suivre doit aussi être adaptée. Le suicidaire a besoin de refuge, de soulagement et de protection. On le prend en charge et on le protège contre lui-même. Dans les cas graves, l'hospitalisation s'impose, alors qu'elle est élective[7] ou même à éviter avec le pseudo-suicidaire. Elle viendrait ajouter comme gain secondaire un autre élément dramatique à la mise en scène du patient. Souvent, dans un contexte de difficulté conjugale, le risque chute beaucoup au moment où le patient sait que le conjoint visé a été mis au courant du geste, ou quand il est à même de constater la réaction de ce dernier. Le but est alors atteint, le message est passé. C'est la "complétion de la boucle". Si le patient maintient des arguments qui tiennent du chantage, on lui transmettra le message qu'il est le premier responsable de ses actes et qu'il doit se prendre en charge. Paniquer ne sert à rien surtout si le pseudo-suicidaire vise à mettre son interlocuteur dans une situation pénible, en se déchargeant sur lui de toute responsabilité tout en maintenant des menaces. À certaines occasions, le médecin affronte véritablement une prise d'otage. Le patient joue à la fois le rôle de terroriste et d'otage et il cherche à obtenir de façon magique quelque chose des médecins, de ses proches, de la vie. Il doit comprendre que l'on est prêt à l'aider mais que les menaces ont leur limite. Cette situation d'affrontement se désamorce en refusant le chantage du patient tout en lui tendant la perche de l'alliance thérapeutique, une entreprise certes ambitieuse mais nécessaire. Même le plus manipulateur a sa souffrance et il est grandement thérapeutique de lui faire saisir qu'on a compris cette souffrance, au-delà de la barrière de la manipulation. Plusieurs patients modifieront leur attitude au cours de l'entrevue et deviendront plus collaborants, en autant qu'on réussisse à s'en faire des alliés plutôt que des adversaires. À défaut de quoi, il arrive qu'il faille en apparence céder au chantage et hospitaliser, par exemple un patient manipulateur, quand on juge qu'il est suffisamment impulsif et inadéquat à un moment précis, pour pousser la manipulation jusqu'à des gestes pseudo-suicidaires répétitifs et erratiques. Le but est alors de rompre le cycle des visites fréquentes à l'urgence et de faire prendre conscience au patient de ses comportements. Ces hospitalisations sont habituellement courtes, soit en raison d'une modification rapide du tableau ou d'un refus de traitement.

▶

Les facteurs périphériques

En plus du degré d'alliance thérapeutique finalement créé, des facteurs plus "périphériques" orientent le clinicien dans ses décisions immédiates. Un diagnostic psychiatrique plus lourd et l'absence de réseau de soutien familial ou social inciteront à des mesures plus prudentes et conservatrices. D'autre part, la présence d'instincts de vie et d'un bon tonus psychologique sont des indices rassurants. Les instincts de vie représentent le désir de vivre et l'attachement aux éléments positifs de la vie. Par exemple, un tel a des idées suicidaires mais tient aussi à un projet de vacances ou pense à des modifications à son travail. Le tonus psychologique consiste dans la capacité de se resaisir, de se prendre en main, de surmonter la régression et de s'adapter tant bien que mal aux problèmes actuels. Le patient peut conserver une capacité d'organisation ou se trouver dans un état de déconfiture totale. Il s'agit en somme de décanter l'espoir du désespoir.

Les attitudes suggérées

Pour le médecin, la meilleure attitude à prendre est calme, concrète, basée sur le "here and now". Il est contre-indiqué de philosopher avec le patient sur la mort, le sens de la vie, le droit au suicide. La discussion pourrait être longue, les gens ont souvent des arguments truffés de sophismes et cherchent alors à provoquer des remises en question chez le médecin. Il est impossible de procéder à l'évaluation de patients "suicidaires" à l'urgence si l'on ne sait pas prendre une dose inhérente de risque. Prédire le comportement humain est difficile et il y a aura toujours d'éventuels suicidés parmi les "suicidaires". Ici comme ailleurs, l'obligation du médecin en est une de moyen et non de résultat. Face à ces patients, rester médecin permet de maintenir le degré optimum de distance, par ses deux dimensions : un aspect technique plus objectif et une forme de relation d'aide. Le médecin ne peut rester froid et désintéressé mais il ne peut non plus jouer le rôle de l'ami salvateur qui prend tout sur ses épaules. Enfin, un certain esprit de détective permettra d'aller chercher les informations manquantes ou dissimulées, d'analyser les faits et de résoudre les problèmes complexes.

Les impasses

Plusieurs impasses sont à éviter. La crainte d'être manipulé ou d'avoir un suicide sur la conscience vont à l'encontre de l'objectivité propice aux décisions lucides. La culpabilité dont on veut charger le patient dérangeant ou que l'on s'administre à soi-même par anticipation se situe au même registre. On rapporte souvent que la majorité des patients qui se sont donné la mort ont vu un médecin dans les semaines précédentes. Cela est encore plus vrai pour les patients cancéreux bien que l'on ne se soit jamais étonné de leur taux de consultation. Plus un médecin verra de suicidaires, plus il risque d'en voir certains se donner la mort. L'état suicidaire chronique est un cancer qui ronge le patient et risque de l'emporter. Le suicide en est la complication majeure et le risque existe déjà avant toute intervention médicale. Il ne sert à rien d'essayer de sensibiliser les médecins en les culpabilisant. Les généralisations et les préjugés faciles à entretenir sur ces patients aboutissent à leur rejet prématuré alors qu'ils peuvent être aidés, ne serait-ce que de façon ponctuelle, par une élucidation de leur contexte suicidaire. Finalement le médecin qui reconnaîtra l'agressivité que peuvent générer ces patients pourra plus aisément la mettre de côté.

Conclusion

Les "suicidaires" suscitent des émotions chez leurs interlocuteurs et la perspective de les évaluer laisse souvent une appréhension de difficulté. Pourtant la majorité des cas sont relativement simples. Il se produira parfois des situations complexes qui demanderont réflexion ; mais on y voit plus clair par une bonne évaluation dont le secret réside plus dans l'échange verbal direct avec le patient que dans des techniques spécialisées. Il n'y a pas de cas insolubles, il n'y a que ceux sur lesquels on ne s'est pas penché suffisamment, ce dernier terme décrivant beaucoup plus une attitude qu'une simple question de temps.

En faisant le procès de la vie, les suicidaires et les pseudo-suicidaires font aussi le nôtre[3]. Il n'est pas facile de leur rendre le goût de vivre. Ils sont des passagers récalcitrants dans le train de la vie, qu'il faut aider à voyager le mieux et le plus loin possible. Cependant, avec le problème suicidaire, le dernier mot appartiendra toujours au patient.

Summary

Suicidal states have been described in their different presentations and degrees of intensity. Several complementary approaches are possible in the evaluation of the patients, the most important one being the appreciation of the suicidal plot in a direct and a frank interview. Several characteristics allow to distinguish the suicidals from the pseudo-suicidals and to adopt the conduct that follows. Attitudes are suggested and precautions against certain quandaries are pointed out.

Bibliographie

1. Comité de la santé mentale du Québec. Rapport sur le suicide au Québec, avril 1982.

2. Pokorny A.D. : Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch. Gen. Psychiatry, 1983 ; 40 : 249-257.

3. Monday J. : Les urgences psychiatriques. Psychiatrie clinique : Approche contemporaine. Lalonde et Grunberg éds., 1980 ; 465-487.

4. Bordeleau J.M. : À propos des intoxications médicamenteuses. La Vie médicale au Canada français, 1981 ; 10 : 704-706.

5. Shein H.M., Stone A. : Psychotherapy designed to detect and treat suicidal potential. Am.J. Psychiatry, 1969 ; 125 : 1247-1251.

6. Shneidman E.S. : Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Freedman, Kaplan and Sadock eds., 2e éd., 1975 : 1774-1785.

7. Plante N. : Évaluation et traitement du patient suicidaire. Union méd., Can., 1973 ; 102 : 2292-2298.

8. Emanuel E. : Le suicide. Can. Fam. Physician, 1980 ; 26 : 1272-1273.

9. Eastwood M.R., Brill L., Brown J.H. : Suicide and prevention centres. Can. Psychiatric Assoc. J., 1976 ; 21 : 571-575.

10. Roy A. : Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch. Gen. Psychiatry, 1982 ; 39 : 1089-1095.

suite de la page 754

3. Lalonde M. : Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens. Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.

4. Evans R. : A retrospective on the "New Perspective". J. Hlth Policies, Policy and Law, 1982 ; 7 : 325-344.

5. La périnatalité : Une politique du ministère des Affaires sociales. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1973.

6. Une politique québécoise en matière de nutrition. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1977.

7. Politique de santé dentaire au Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1981

8. Le ministère des affaires sociales et les personnes âgées. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1977.

9. Pour mieux vieillir au Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1980.

10. Béland F. : Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergements de trois échantillons de personnes âgées au Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1982.

11. Health for All by the Year 2000 : Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies. Pan American Health Organization, Official document no 179, Washington, 1982.

12. Promoting Health, Preventing Disease : Objectives for the Nation. U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington, 1980.

13. Robbins A. : Can Reagan be indicted for betraying public Health ? AM. J. Pub. Hlth., 1983 ; 73 : 12-13.

14. Blanchet M., Levasseur M. : Périnatalité : bilan et prospective. Carrefour des Aff. Soc., 1980 ; 2 : 10-28.

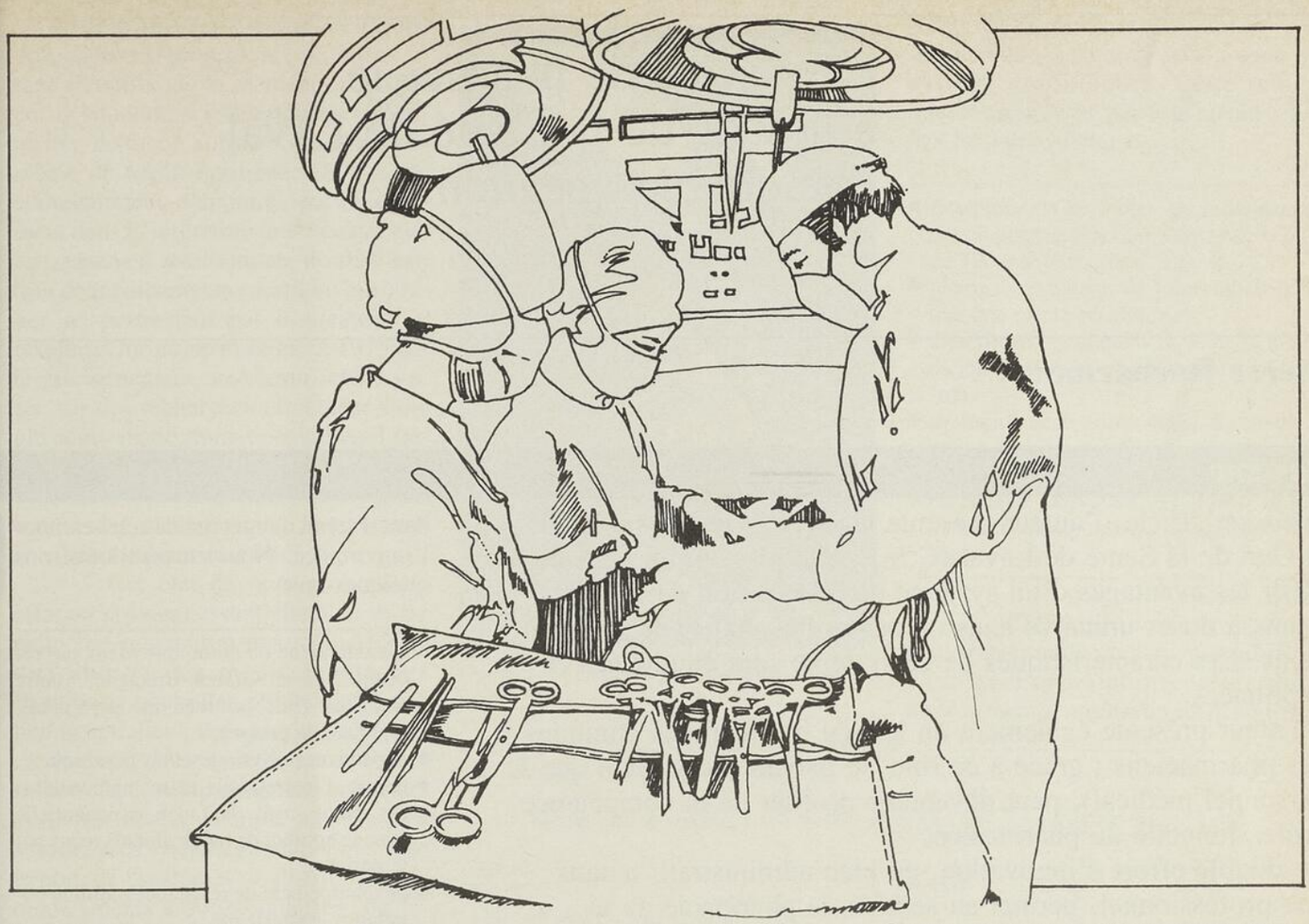
15. Mortalité, morbidité et facteurs de risque reliés aux maladies du système circulatoire au Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1978.

16. Tendances de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies du coeur. Mal. Chron. au Can., 1981 ; 2 : 9-12.

17. Monnier J. et coll. : Santé Publique : Santé de la Communauté. SIMEP, Villeurbane, France, 1981 : 434-438.

18. Rodwin V.G. : Health Planning in International Perspective. Dans : Planning for Health, Henrik L. Blum, Human Sciences Press, New-York, 1981 ; 396-444.

19. Bennett J.E., Krasny J. : Health Care in Canada. Dans : Health and Canadian Society, D. Coburn et coll. (eds), Fitzhenry et Whileside, 1981 : 40-66.



Les Forces canadiennes vous offrent l'occasion d'amorcer ou de poursuivre une carrière enrichissante dans le cadre de son Service médical. En tant que médecin, vous bénéficiez du statut d'officier et profitez d'avantages marqués tels que:

- pratique établie
- équipement moderne
- personnel auxiliaire qualifié
- revenus immédiats
- avantages sociaux

Si vous êtes médecin, cette offre vous intéresse.

Si vous décidez de faire carrière dans les Forces canadiennes, vous serez en mesure de bénéficier de plusieurs autres avantages, incluant la possibilité de poursuivre des études post universitaires.

Pour plus de renseignements, visitez le centre de recrutement le plus proche de chez vous, ou téléphonez à frais virés. Vous nous trouverez dans les pages jaunes, sous la rubrique Recrutement ou postez ce coupon.

IMBATTABLE...
la vie dans les Forces

LES FORCES ARMEES CANADIENNES

AU: Directeur du Recrutement et de la Sélection, Quartier général de la Défense nationale, Ottawa, Ontario K1A 0K2

Une carrière dans les Forces armées canadiennes m'intéresse, j'aimerais recevoir plus de renseignements à ce sujet.

Nom

Adresse

Téléphone

Université Faculté

Spécialité

Le service de pharmacie à la Cité de la Santé de Laval : *une double vocation*

Pierre Ducharme[1]

Résumé

Dans cet article, l'auteur présente le service de pharmacie de la Cité de la Santé de Laval (C.S.L.), le premier au Québec à offrir les avantages d'un système de distribution de médicaments à doses unitaires dans un centre hospitalier de soins aigus. Les caractéristiques de ce système sont énumérées et expliquées.

L'auteur présente également un aperçu des activités cliniques des pharmaciens ; grâce à ce rôle, le patient (aussi bien que le personnel médical), peut davantage profiter de la compétence professionnelle du pharmacien.

Ce double effort d'innovation, au plan administratif autant que professionnel, permet au service de pharmacie de la C.S.L. de répondre avec efficacité au défi posé par la puissance de la pharmacothérapie moderne.

Il ne fait aucun doute que la pharmacothérapie a subi au cours des quelques trente dernières années une évolution considérable, telle que peu de secteurs de l'activité humaine n'en ont connue. De fait, l'immense majorité des médicaments actuellement utilisés n'avait pas atteint le stade de la commercialisation en 1950 et, bien souvent, ils appartiennent à des classes pharmacologiques dont on ne soupçonnait même pas l'existence à cette époque.

Remplaçant des substances au mode d'emploi empirique et à l'effet (plus souvent qu'autrement) strictement palliatif, ces nouveaux produits plus efficaces, plus spécifiques, plus puissants, forment aujourd'hui un arsenal précieux pour le thérapeute. La médication se révèle ainsi un des principaux outils du médecin, à un point tel qu'un patient ne recevant aucune pharmacothérapie durant une hospitalisation constitue une exception rarissime.

En contrepartie cependant, cette efficacité nouvelle, cette spécificité et cette puissance accrue des médicaments entraînent des inconvénients dont il serait dangereux de sous-estimer l'importance. Nous en mentionnerons quelques-uns:

- toxicité aiguë ou chronique (deux cas récents, l'un en Grande-Bretagne, l'autre aux États-Unis, ont reçu une large publicité dans la presse);
- dépendance physique et/ou psychique;
- risque d'interactions entre médicaments (le risque croît de façon exponentielle avec le nombre de médicaments reçus par le patient);
- développement de résistance parmi la population bactérienne.

Consciente de ces dangers, consciente aussi des responsabilités qui lui incombent, l'équipe de pharmaciens de la C.S.L. a cherché à adapter sa pratique professionnelle aux exigences de la pharmacothérapie moderne, de façon à offrir une qualité de service que le personnel médical, autant que le patient, est en droit d'exiger et d'obtenir. C'est ainsi qu'ont été précisés, pour le service de pharmacie, deux objectifs fondamentaux dont l'atteinte permet d'espérer une qualité accrue de la pharmacothérapie. Ce sont:

1 ° Implantation d'un système de distribution des médicaments en doses unitaires.

2° Participation des pharmaciens à des activités à caractère clinique.

Nous verrons maintenant de façon plus détaillée de quelle façon se sont actualisés ces objectifs.

Distribution des médicaments en doses unitaires

Pour qu'un traitement soit efficace, il ne suffit évidemment pas

1) Pharmacien, chef du service de pharmacie de la Cité de la Santé de Laval. Secrétaire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.

Tirés à part :
Service de pharmacie, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *1.11.83*
Acceptation définitive le : *15.12.83*

qu'un diagnostic ait été posé et qu'une ordonnance appropriée ait été émise ; il faut en outre que la médication exigée par la situation soit distribuée et administrée de façon correcte, nous dirions même de façon optimale. Or il a été abondamment démontré, particulièrement dans la littérature américaine, que les systèmes traditionnels de distribution de médicaments en milieu hospitalier ne permettent pas d'atteindre ce résultat. Une étude publiée en 1975 par le gouvernement américain, étude basée sur des recherches effectuées dans plusieurs institutions hospitalières faisait état de taux d'erreurs allant jusqu'à 26% dans la distribution et l'administration des médicaments, la moyenne se situant autour de 15%[1].

Cet état de faits proprement effarant provient essentiellement d'une mauvaise adaptation des méthodes de distribution des médicaments aux conditions nouvelles prévalant en milieu hospitalier ; il a entraîné la remise en question de ces méthodes et en corollaire, le développement de nouveaux systèmes mieux adaptés aux besoins actuels. Ces systèmes sont connus sous le nom de "systèmes de distribution de médicaments à doses unitaires" ou familièrement appelés "systèmes unidoses".

Malgré l'emphase placée sur le concept de doses unitaires, ces techniques représentent bien plus que le simple recours à l'emballage individualisé des médicaments. Il s'agit de fait de systèmes dans lesquels le service de pharmacie assume davantage de responsabilités et de contrôle vis-à-vis la médication et ce, à partir du moment de la rédaction de l'ordonnance par le médecin jusqu'au moment de l'administration du médicament au malade par le personnel infirmier[2]. Trois caractéristiques principales en constituent le fondement[1,3].

- Les pharmaciens interprètent toutes les ordonnances et fournissent, outre les médicaments, toutes les informations et tous les documents requis par l'infirmière pour l'administration et l'enregistrement.
- Le personnel du service de pharmacie prépare et sert les médicaments sous conditionnement unitaire, limitant ainsi au maximum les manipulations au niveau de l'unité de soins (figure 1).
- Le personnel du service de pharmacie expédie quotidiennement (et même plus souvent dans certains cas), à chaque unité de soins, la médication des 24 heures suivantes pour les patients de cette unité.

Figure 1 — Exemple de conditionnement unitaire.

Aux États-Unis, la majorité des institutions hospitalières (plus de 76% en fait)[4] font bénéficier leurs patients des avantages apportés par ces méthodes. Au Québec, la Cité de la Santé a été le premier hôpital de soins de courte durée à les offrir et ce, dès l'ouverture en 1978. Brièvement, soulignons que ces avantages se situent à trois niveaux:

1. Sécurité : Le système unidose s'avère d'emblée le plus sécuritaire des moyens de distribution de médicaments. La plupart des études mentionnent une diminution allant jusqu'à 80%[13] du taux d'erreurs relatives à la médication, par comparaison avec un système traditionnel. Cette remarquable sécurité est due à un ou plusieurs des facteurs suivants:

- interprétation de toutes les ordonnances par un pharmacien (une moyenne de plus de 700 par jour à la C.S.L.) ;
- pharmacovigilance de l'ensemble de la thérapie par le pharmacien;
- identification complète de toute la médication jusqu'à l'administration au malade;
- limitation de la disponibilité des médicaments, au niveau des unités de soins, aux ordonnances en vigueur;
- emballage individuel des doses, éliminant les manipulations et assurant l'asepsie.

2. Efficacité : La répartition plus rationnelle des responsabilités entre le personnel infirmier et le service de pharmacie entraîne une efficacité accrue de part et d'autre. Pour l'infirmière, cela se traduit notamment par une diminution du temps consacré à la préparation, à la distribution et à l'enregistrement de la médication.

En outre, le service de pharmacie de la C.S.L. a aussi été le premier au Québec à informatiser complètement son système de distribution des médicaments, ce qui contribue puissamment à l'efficacité des opérations qui y sont relatives. C'est ainsi que sont produits rapidement, sur demande, des documents de travail, tels les profils pharmacologiques (figure 2), utilisés

LE 24/ 5/83 10:19 AM PAGE 1

PROFIL DES ORDONNANCES EN VIGUEUR POUR LE 24/ 5/83 À 20:00 HRE
JUSQU'AU 25/ 5/83 À 20:00 HRE

nom naiss. :
nom marital :

dossier	naissance	sexe	chambre
127450	15/12/21	F	411.2

diag.:ARTHRITE& INF.PULMON ALL:
pds.: kg T: cm S.C: m2 com:

no. ref / voie adm. / horaire d'administration	médicament / commentaire 1	forme	dosage/format	dose / commentaire 2	qte / début / fin
1-FLEET LAVEMENT Au besoin	AU COMMUN	SOL.REC	130 ML	130ML	0 8/ 4 17/ 6
2-NAPROSYN P.O. 08	AVEC LAIT OU ALIMENT	CO.	250 MG	500MG=2 COMPRIMES 18	4 17/ 5 17/ 6
3-VIVOL(EQ.VALIUM) P.O. 08 12 18		CO.	5 MG	1 COMPRIME	3 8/ 4 8/ 6
4-ACIDE FOLIQUE P.O. 08		CO.	5 MG	1 COMPRIME	1 8/ 4 8/ 6
5-HUILE MINERALE P.O. 22	BOIRE BEAUCOUP DURANT LE JOUR	LIQ.	30 ML AU COMMUN 10	30ML	0 8/ 4 8/ 6

Figure 2

INFORMATIONS-MEDICAMENTS

Nom scientifique: Bromocriptine No R_x:
Nom commercial: Parlodel
Posologie:

Horaire d'administration recommandé																							
0	1	2	3	4	5	6	7	(8)	9	10	11	12	13	14	15	16	17	(18)	19	20	21	22	23

Ce médicament vous est prescrit pour prévenir la montée de lait.
Le traitement complet est de 14 jours, y compris les jours où vous avez pris le médicament à l'hôpital.
Prenez votre médicament régulièrement au déjeuner et au souper.
Les patientes soumises à la bromocriptine devraient être informées de la possibilité d'un retour de la conception plus précoce lors du post-partum (rétablissement plus rapide des fonctions ovariennes).
Des étourdissements, vertiges peuvent survenir. Dans ce cas, évitez de conduire un véhicule ou d'effectuer un travail dangereux.

Figure 3

aussi bien à l'unité de soins qu'à la pharmacie, les étiquettes, les avis de represcription à l'intention du personnel médical, le formulaire thérapeutique, etc. Le développement se poursuit d'ailleurs dans ce domaine, et il s'étend également aux aspects cliniques ainsi que nous le verrons plus loin. Par exemple, un système de détection informatisée des intéractions entre médicaments sera implanté sos peu.

3. ***Économie :*** En ces temps de contraintes budgétaires, il n'est pas inutile de souligner que la distribution à doses unitaires présente également des avantages économiques importants. Sans même comptabiliser la sécurité accrue et l'utilisation plus rationnelle du personnel, nous pouvons compter sur des économies à quatre niveaux:

- diminution radicale des pertes de médicaments dues au vol, à la négligence et autres causes analogues;
- possibilité de récupérer toutes les doses non utilisées, puisqu'elles sont correctement identifiées et non contaminées;
- diminution considérable du volume de médication au commun;
- diminution spectaculaire du volume de médication en circulation pour chaque patient, puisque la médication est servie pour un maximum de 24 heures à la fois.

Soulignons avant de clore ce chapitre que l'implantation d'un système de distribution de médicaments à doses unitaires ne requiert pas de changements pour le personnel médical. Ni la réglementation relative à la prescription de médicaments, ni la façon de l'appliquer (limites de validité des ordonnances, formules, etc.) ne sont modifiées.

Activités cliniques des pharmaciens

L'efficacité du service de pharmacie serait bien incomplète si elle se limitait à l'organisation et au maintien, jour après jour, d'un système adéquat de distribution de médicaments. Nous avons, en plus, cherché à permettre l'utilisation la plus rationnelle possible des compétences professionnelles du pharmacien.

C'est pourquoi, encouragés par un milieu qui favorise l'approche multidisciplinaire, nous avons mis sur pied des programmes que nous qualifions de cliniques car ils mettent le pharmacien directement en contact avec le malade et/ou l'équipe médicale qui en a la charge.

Une telle activité des pharmaciens est encore relativement peu répandue dans les hôpitaux du Québec, et nulle part autant qu'à la C.S.L. Cependant, le concept est largement développé chez nos voisins du sud. Il provient également de la complexité croissante de la pharmacothérapie qui entraîne la nécessité de recourir à toutes les ressources disponibles pour en assurer l'utilisation la plus rationnelle possible. Par sa formation spécialisée en ce domaine, le pharmacien se place de toutes évidences au premier rang de ces ressources.

Les besoins sont nombreux et les ressources humaines limitées. Il a été cependant possible, au prix d'efforts constants, de développer un certain nombre d'activités parmi lesquelles nous mentionnerons:

- ***L'information pharmacologique :*** Répondant à un besoin pressant et souvent exprimé d'informations objectives et précises sur les médicaments, les pharmaciens de la C.S.L. se sont astreints à la constitution et au maintien d'une banque d'informations qui comprend à l'heure actuelle plus de 5 000 articles et documents en provenance des meilleures revues médicales et pharmaceutiques du monde.

Complètement informatisée, cette banque d'informations permet de classer et de retrouver rapidement tout document appartenant à l'une des cinq cent catégories (pharmacologiques et thérapeutiques) qui la composent. C'est ainsi, par exemple, qu'un article portant sur la toxicité de l'acétaminophène chez la personne âgée pourra être retrouvé par une recherche sur les codes correspondant à "toxicité", "acétaminophène" ou "gériatrie", ou par deux ou trois de ces codes.

La disponibilité de cette documentation permet de répondre le plus rapidement et le plus complètement possible à toute demande de renseignement sur les médicaments. Plusieurs dizaines de ces demandes nous parviennent ainsi chaque semaine, aussi bien du personnel médical que des autres professionnels de la santé de l'hôpital, et également de l'extérieur. Ces demandes sont extrêmement variées : elles portent tout aussi bien sur la possibilité d'interaction entre deux médicaments, sur la stabilité d'un produit, l'éventualité de son passage dans le lait maternel, etc.

Toujours dans le domaine de l'information pharmacologique, le service de pharmacie assure la publication, pour une cinquième année, du bulletin "Information-Pharmacie" qui présente des articles sur des sujets d'intérêt courant dans le domaine de la pharmacothérapie et également le résultat des travaux et des recherches des pharmaciens et des résidents en pharmacie. Plusieurs textes importants, tels le "Programme de détection et d'évaluation des interactions entre médicaments" ont également été publiés par le service de pharmacie et diffusé dans tout le réseau.

- ***Le programme "Conseils au départ" :*** Le problème de la non-fidélité du patient au régime thérapeutique prescrit par le médecin est connu depuis longtemps[5-7]. Il a comme cause, la plupart du temps, la compréhension imparfaite par le patient de la nature de ce traitement et de ses modalités, et comme conséquence évidente l'insuccès de la thérapie.

Le patient qui quitte l'institution hospitalière est particulièrement vulnérable sur ce point. Il a reçu, en

cours d'hospitalisation, de nouveaux médicaments dont il n'a peut-être pas compris la raison d'être, et qui lui sont administrés de façon correcte sans qu'il ait à y penser. Au moment de son départ, on lui transmet une foule d'informations (diète, rendez-vous ultérieurs, etc.) qui relèguent souvent au second plan dans son esprit l'information verbale reçue sur sa médication.

Le programme "Conseils au départ" a été conçu pour répondre à ce besoin. Chaque patient qui quitte l'hôpital reçoit la visite d'un pharmacien dans les quelques heures qui précèdent son départ. Ayant préalablement pris connaissance de l'ordonnance du médecin et consulté le dossier du bénéficiaire, le pharmacien transmet au patient des *informations écrites* sur les médicaments qu'il devra prendre. Présentée sous forme de carte facile à conserver (figure 3 : carte "informations-médicaments"), cette information est brève et rédigée dans un langage accessible. À ce jour, plus de 250 cartes "informations-médicaments" ont été rédigées sur autant de médicaments ou de classes de médicaments. Le pharmacien complétera l'information par des renseignements additionnels, par exemple en déterminant avec le patient l'horaire de prise de médicament le plus adapté à son régime de vie, compte tenu, bien sûr, de la nature du médicament en question.

Au besoin, le pharmacien fournira une information plus spécifique et transmettra une documentation additionnelle sur certains sujets nécessitant un supplément d'information : utilisation des aérosols-doseurs, administration de l'insuline, etc. Ce faisant, il aura assumé ses responsabilités en conformité avec l'article 17 de la Loi de pharmacie du Québec qui précise que : "L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments."

Au niveau du post-partum, les entrevues individuelles de départ sont remplacées par des rencontres collectives qui ont lieu trois fois par semaine et impliquent également une diététiste de la Cité de la Santé.

- ***La participation aux équipes multidisciplinaires :*** Plusieurs équipes multidisciplinaires ont été mises sur pied à la C.S.L. ; un pharmacien participe à plusieurs d'entre elles sur une base régulière et active : citons en particulier l'équipe d'alimentation parentérale totale (A.P.T.), l'équipe de réadaptation post-infarctus, l'équipe d'évaluation et de réadaptation (E.E.R.). Dans tous les cas, il s'agit d'équipes activement engagées dans le suivi du bénéficiaire, et non de comités. Au niveau de l'équipe d'A.P.T. par exemple, le rôle du pharmacien est complexe et implique un suivi quasi quotidien de chaque patient recevant cette forme de thérapie.

La participation des pharmaciens aux équipes sera traitée dans des articles distincts de cette publication.

- ***Autres activités :*** Les activités professionnelles des pharmaciens ne se limitent cependant pas à celles-là. De nouveaux programmes sont constamment développés et implantés. Sans en faire une liste exhaustive, notons en particulier :

- Participation au programme de contrôle de l'hypertension sur le territoire de Laval;
- mise sur pied d'un service de pharmacocinétique informatisé;
- cours pour le personnel infirmier;

Sans parler de nombreux comités où siègent également des pharmaciens (comité de pharmacologie, comité de la recherche, comité des bénéficiaires chroniques, etc.).

Le service de pharmacie participe également de façon active à la formation de la relève en pharmacie. Agréé par la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal depuis juin 1979 (soit à peine un an après l'ouverture de la C.S.L.) comme un des neuf hôpitaux de résidence en pharmacie hospitalière, notre service reçoit ainsi chaque année 2 ou 3 résidents pour une période d'un an à temps complet. En outre, depuis cette année, la C.S.L. est devenue le cinquième hôpital accepté par la Faculté de pharmacie pour son programme d'enseignement clinique de premier cycle. Tout en faisant profiter leurs confrères de leurs connaissances et de leurs expériences, les pharmaciens de la C.S.L. ont ainsi l'avantage de demeurer en contact avec le milieu universitaire. Ajouté à un programme permanent de formation continue, ceci permet une constante remise à jour de la compétence individuelle des pharmaciens.

Conclusion

Il ne fait aucun doute qu'en cinq courtes années, le service de pharmacie de la C.S.L. a réussi à atteindre, en bonne partie du moins, les objectifs qu'il s'était fixés lors de l'inauguration de l'hôpital.

Cette constatation ne peut cependant nous faire oublier que nous pouvons faire encore beaucoup pour améliorer la qualité des services que nous offrons. Nous entendons y arriver par une amélioration de nos méthodes de distribution de médicaments autant que par des activités cliniques mieux structurées et plus efficaces.

Summary

In this short paper is presented the Pharmacy Service of the Cité de la Santé de Laval, the first in Québec to introduce unit-dose drug distribution in an acute care short-stay hospital. The characteristics and advantages of this system are detailed. The author also gives an insight of the clinical activities of the pharmacists of Cité de la Santé, which puts them in contact more closely with the patient and the medical team. Both involvements help the pharmacist to cope effectively with the rapid progress of drug therapy.

Bibliographie

1.Comptroller General of the United States : Compilations of Innovations in Hospitals and Life-Cycle Analysis of Selected Innovations, 1975.

2.American Society of Hospital Pharmacists : Statement on Unit-Dose Drug Distribution, août 1981.

3.Martin E.W. : Hazard of Medication, 2e édition : 93 J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

4.Lilly Hospital Pharmacy Survey, 1981, 14.

5.Davis M.S. : Variations in Patient's Compliance with Doctor's Advice : an empirical analysis of patterns of Communicagtions Am. J. Public Health, 1968 ; 58 : 274-280.

6.Rosenstock I.M. : Patients Compliance with Health Regimens, J.A.M.A., 1975 ; 234 : 402.

7.Crichton E.F., Smith D.L., Dernanuele F. : Patient Recall of Medication Information. Drug Intell. and Clinical Pharmacy, 1978 ; 12 : 591-599.

suite de la page 763

Bibliographie

1.La Santé des Canadiens : Rapport de l'enquête Santé Canada ; Ministère Bien-être Social et de la Santé, juin 1981.

2.Haynes R.B., Mattson M.E., Chobanian A.V. et coll. : Management of Patient Compliance in the Treatment of Hypertension. Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Working Group. Hypertension, 1982 ; 4 : 415-423.

3.Lessard R., Duval M. : Hypertension artérielle : Problème de santé communautaire. Médecin du Québec, 1983 ; 18 : 63-73.

4.Tiré d'un extrait du procès-verbal de l'assemblée du Conseil d'administration de la Cité de la santé de Laval, tenue le 2 novembre 1982.

5.Hypertension. Rapport du Conseil de la santé de l'Ontario, Conseil de la santé de l'Ontario, 1977.

CAPOTEN
(captopril)

COMPRIMÉS de 25, 50 et 100 mg

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE

Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

EFFETS

Le mécanisme d'action de CAPOTEN (captopril) n'a pas encore été complètement élucidé. Il semble diminuer la tension artérielle et avoir un rôle adjuvant dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, principalement par la suppression du système rénine-angiotensine-aldostérone; toutefois il ne semble pas y avoir de relation cohérente entre les niveaux de rénine et la réaction au médicament. La rénine, enzyme synthétisée par les reins, est libérée dans la circulation où elle agit sur un substrat de globuline plasmatique, pour produire l'angiotensine I, décapeptide relativement inerte. L'angiotensine I est ensuite convertie par l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) en angiotensine II, vasoconstricteur endogène puissant. L'angiotensine II stimule également la sécrétion d'aldostérone du cortex surrénalien, contribuant ainsi à la rétention de sodium et de liquide.

CAPOTEN empêche la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II, en inhibant l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un peptidyldipeptide de carboxyhydrolase.

L'ECA est identique à la "bradykininase" et CAPOTEN peut également intervenir dans la dégradation du peptide vasodépresseur, la bradykinine. Toutefois, l'efficacité du captopril aux doses thérapeutiques semble sans rapport avec la potentialisation des effets de la bradykinine.

L'inhibition de l'ECA entraîne une diminution de la concentration d'angiotensine II plasmatique et une augmentation de l'activité de la rénine plasmatique (ARP), cette dernière résultant d'une perte de rétro-action négative sur la libération de rénine, due à une réduction de concentration d'angiotensine II. La réduction de concentration d'angiotensine II entraîne une diminution de la sécrétion d'aldostérone et, par conséquent, de légères augmentations des niveaux de potassium sérique.

Les effets antihypertensifs persistent pendant une période plus longue que la période démontrable d'inhibition de l'ECA en circulation. On ignore si l'ECA présente dans l'endothélium vasculaire est inhibée plus longtemps que l'ECA en circulation dans le sang.

L'administration de CAPOTEN entraîne une réduction de la résistance périphérique artérielle chez les hypertendus, sans aucune modification ou avec une augmentation du débit cardiaque. On note une augmentation du flot sanguin rénal à la suite de l'administration de CAPOTEN et le taux de filtration glomérulaire est habituellement inchangé.

La diminution de la tension artérielle est souvent maximale 60 à 90 minutes après l'administration orale d'une dose unique de CAPOTEN. La durée de l'effet semble reliée à la dose. La diminution de la tension artérielle peut être progressive. Ainsi, pour obtenir le maximum d'effets thérapeutiques, il peut être nécessaire de poursuivre le traitement pendant plusieurs semaines. Les effets du captopril et des diurétiques du type thiazide sur la diminution de la tension artérielle semblent additifs. Par contre, le captopril et les bêta-bloquants provoquent ensemble des effets moindres que les effets additifs des deux produits.

La tension artérielle est diminuée presque d'autant en position debout et en supination. Les effets orthostatiques et la tachycardie sont rares, mais peuvent se produire chez les malades dont le volume sanguin est diminué. La cessation brusque de l'administration de CAPOTEN ne s'est pas accompagnée d'une augmentation rapide de la tension artérielle.

Chez les malades souffrant d'insuffisance cardiaque, CAPOTEN a diminué de façon significative la résistance vasculaire générale (post-charge), la pression pulmonaire au niveau des capillaires (précharge) et la résistance vasculaire pulmonaire; par ailleurs, il a augmenté le débit cardiaque (index de battement) et la durée de tolérance à l'effort. On a observé une amélioration clinique dans le cas de certains malades chez qui les effets hémodynamiques aigus étaient minimaux.

Chez les rats et les chats, les études indiquent que CAPOTEN ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique de façon significative.

Pharmacocinétique: Après l'administration orale de doses thérapeutiques de CAPOTEN, il se produit une absorption rapide, les pics sériques étant atteints après environ une heure. La présence d'aliments dans le tractus gastro-intestinal réduit l'absorption d'environ 30 à 40 p. cent. Après avoir marqué le produit au carbone-14, on a noté que l'absorption minimale moyenne était d'environ 75 p. cent. Au cours d'une période de 24 heures, plus de 95 p. cent de la dose absorbée est éliminée dans l'urine dont 40 à 50 p. cent sous forme inchangée. Il semblerait toutefois que ce chiffre peut être inférieur chez les malades souffrant d'insuffisance cardiaque. La majeure partie de ce qui reste est un dimère disulfide de captopril et du disulfide de captopril-cystéine.

Environ 25 à 30 p. cent du médicament en circulation est lié aux protéines plasmatiques. La demi-vie apparente d'élimination de la radioactivité totale dans le sang est probablement inférieure à 3 heures. Il n'est pas possible en ce moment de déterminer de façon précise la demi-vie du captopril sous forme inchangée; toutefois, elle est probablement inférieure à 2 heures.

Chez les malades dont la fonction rénale est normale, l'absorption et la répartition d'une dose marquée ne sont pas altérées après sept jours d'administration du captopril. Chez les malades souffrant d'insuffisance rénale toutefois, il se produit une rétention de captopril (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

INDICATIONS

Étant donné qu'on a signalé des effets secondaires graves (voir MISE EN GARDE), CAPOTEN (captopril) est indiqué pour le traitement des hypertendus qui, ayant suivi des traitements à base de polythérapie médicamenteuse, n'ont pas obtenu des résultats satisfaisants ou ont subi des effets nocifs inacceptables.

En général, les traitements à base de polythérapie médicamenteuse comportent des combinaisons d'un diurétique, d'un agent qui agit sur le système nerveux sympathique (tel qu'un bêta-bloquant) et d'un vasodilatateur.

CAPOTEN est efficace seul mais, chez les sujets décrits plus haut, il doit généralement être utilisé en combinaison avec un diurétique du type thiazide. Les effets du captopril et des thiazides sur la diminution de la tension artérielle semblent additifs.

CAPOTEN est indiqué chez les malades souffrant d'insuffisance cardiaque qui n'ont pas réagi de façon appropriée au traitement classique à base de diurétique et de digitaline ou chez ceux dont la maladie ne peut être jugulée par un tel traitement. CAPOTEN doit être utilisé en combinaison avec des diurétiques et de la digitaline.

CONTRE-INDICATIONS

CAPOTEN (captopril) est contre-indiqué chez les malades qui ont des antécédents d'hypersensibilité à ce médicament.

MISE EN GARDE

Protéinurie: Une protéinurie totale supérieure à 1 g par jour a été signalée chez 1,2 p. cent des malades recevant le captopril; un syndrome néphrotique s'est produit chez environ un quart de ceux-ci. L'existence d'une maladie rénale antérieure a augmenté la probabilité d'apparition de protéinurie. Environ 60 p. cent des malades touchés présentaient des signes de maladie rénale antérieure. Les autres n'avaient aucun trouble rénal connu. Dans la plupart des cas, la protéinurie a diminué ou disparu en six mois, indépendamment de l'interruption du traitement au captopril, mais elle a persisté chez certains malades. Les paramètres de la fonction rénale, tels que le taux d'azote uréique sanguin et de créatinine, ont rarement été altérés chez les malades atteints de protéinurie.

On a trouvé chez presque tous les malades atteints de protéinurie, qui recevaient du captopril et qui ont [illegible] une biopsie, une glomérulopathie membraneuse, qui pourrait être reliée au médicament. Ce fait n'[illegible] toutefois pas sûr, car ces malades n'ont pas subi de biopsie avant le traitement et la glomérulopa[illegible] membraneuse pourrait être en relation avec l'hypertension en l'absence du traitement au captopril.

Comme la plupart des cas de protéinurie sont survenus au huitième mois de traitement avec captopril [illegible] malades qui prennent ce médicament devraient se soumettre à des déterminations des protéines urina[illegible] (détermination avec bâtonnet indicateur dans l'urine du matin ou détermination quantitative pendant [illegible] période de 24 heures) avant le traitement; environ tous les mois, pendant les neuf premiers mois et de fa[illegible] périodique par après. Lorsque la protéinurie persiste ou lorsqu'elle est faible, des déterminations quanti[illegible] ves, pendant une période de 24 heures, permettent d'obtenir des renseignements plus précis. Chez [illegible] malades qui présentent une protéinurie supérieure à 1 g par jour, ou une protéinurie croissante, les bénéf[illegible] et les risques du traitement au captopril devraient être évalués.

Neutropénie/Agranulocytose: La neutropénie (< 300/mm³), accompagnée d'hypoplasie myéloïde [illegible] (probablement liée au médicament), a été observée chez environ 0,3 p. cent des malades traités avec [illegible] captopril. Environ la moitié des malades atteints de neutropénie ont manifesté des infections de la cavité [illegible] ou des infections généralisées, ou encore d'autres symptômes du syndrome d'agranulocytose. La plu[illegible] des malades atteints de neutropénie présentaient une hypertension grave et une diminution de la fonc[illegible] rénale. Environ la moitié d'entre eux souffraient de lupus érythémateux disséminé, ou d'une autre ma[illegible] autoimmune ou du collagène. On avait souvent utilisé un traitement à base d'une combinaison de méd[illegible] ments, y compris une thérapie immunosuppressive dans certains cas. Les doses quotidiennes de capt[illegible] chez les malades souffrant de leucopénie étaient relativement élevées, surtout au regard de leur insuffis[illegible] rénale.

La neutropénie est apparue 3 à 12 semaines après le début du traitement au captopril et elle s'est dévelo[illegible] relativement lentement, le nombre de leucocytes atteignant son point minimum en 10 à 30 jours. Le nor[illegible] de neutrophiles est redevenu normal en l'espace d'environ deux semaines (sauf chez deux malades qui [illegible] morts d'un état septique).

Le captopril doit être utilisé avec prudence chez les malades atteints d'insuffisance rénale, d'une ma[illegible] autoimmune grave (en particulier le lupus érythémateux disséminé), ou qui prennent d'autres médicam[illegible] dont on connaît l'effet d'altération des leucocytes ou des réactions immunes.

Chez les malades particulièrement prédisposés (tel qu'indiqué ci-dessus), une numération des leucocyt[illegible] une numération différentielle devraient être faites avant le début du traitement, à intervalles d'environ [illegible] semaines durant les trois premiers mois du traitement et, ensuite, de façon périodique.

Le risque de neutropénie chez les sujets qui sont moins gravement malades, ou qui reçoivent de plus fa[illegible] doses, semble moins important. Chez ces malades il est donc suffisant de pratiquer la numération [illegible] leucocytes toutes les deux semaines, pendant les trois premiers mois de traitement, et de façon périod[illegible] par la suite. La numération différentielle devrait être pratiquée lorsque les leucocytes sont < 4000/mm [illegible] lorsque le nombre de leucocytes avant traitement est réduit de moitié.

Il faut avertir tous les malades traités avec le captopril de signaler tout signe d'infection, par exemple ma[illegible] gorge, fièvre. Si on soupçonne la présence d'une infection, il faut immédiatement procéder à une numér[illegible] sanguine.

Comme l'interruption du traitement au captopril et aux autres médicaments provoque généralement un r[illegible] rapide à la normale du nombre de leucocytes, si la neutropénie est confirmée (nombre de neutrop[illegible] < 1000/mm³) le médecin devrait cesser l'administration de captopril et surveiller étroitement l'éta[illegible] malade.

Hypotension: On a signalé une hypotension excessive chez certains malades hypertendus. Cet état [illegible] conséquence possible de l'utilisation du captopril chez les malades présentant une forte déplétion de vo[illegible] ou de sodium, comme ceux traités avec des diurétiques d'une façon intensive, tels que les malades sou[illegible] d'insuffisance cardiaque grave (voir PRÉCAUTIONS [Interactions médicamenteuses]).

Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, lorsque la tension artérielle était normale ou faible, on a noté, ch[illegible] moitié des malades environ, une diminution transitoire de la tension artérielle moyenne supérieu[illegible] 20 p. cent. Cette hypotension passagère peut se manifester après n'importe laquelle des doses initiales [illegible] ne produit aucun symptôme ou un léger étourdissement de courte durée, même si, dans de rares cas, [illegible] été associée avec de l'arythmie ou des troubles de conduction.

L'hypotension a nécessité l'interruption du traitement avec le médicament chez 3,6 p. cent des ma[illegible] souffrant d'insuffisance cardiaque.

À CAUSE DE LA CHUTE POTENTIELLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE CHEZ CES MALADES, IL [illegible] INSTITUER LE TRAITEMENT SOUS UNE ÉTROITE SURVEILLANCE MÉDICALE. Une dose initiale faible [illegible] minimiser l'effet hypotenseur (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION). Il faut suivre les malades de[illegible] pendant les deux premières semaines de traitement et chaque fois qu'on augmente la dose de CAPOTE[illegible] du diurétique. L'hypotension ne constitue pas en soi une raison pour interrompre le traitement au CAPO[illegible] Si les symptômes associés sont gênants ou persistants, on peut habituellement les soulager en redu[illegible] ou bien la dose de CAPOTEN ou bien celle du diurétique.

PRÉCAUTIONS

Insuffisance rénale:

Hypertension: Certains malades souffrant de maladie rénale, en particulier ceux qui sont atteints [illegible] sténose grave de l'artère rénale, ont accusé des augmentations du taux d'azote uréique sanguin [illegible] créatinine sérique après la diminution de la tension artérielle provoquée par le captopril. Une diminution [illegible] dose de captopril et/ou l'interruption de l'administration du diurétique peuvent être nécessaires. [illegible] certains de ces malades, il peut être impossible de rendre la tension artérielle normale et de maintenir [illegible] perfusion rénale appropriée.

Insuffisance cardiaque: Environ 20 p. cent des malades présentent des élévations stables d'azote ur[illegible] sanguin et de créatinine sérique supérieures de 20 p. cent à la normale ou à la ligne de base lors [illegible] traitement prolongé au captopril. L'état de moins de 5 p. cent des malades, qui souffraient en général [illegible] grave maladie rénale préexistante, a exigé l'interruption du traitement à cause de niveaux de créa[illegible] qui augmentaient progressivement; l'amélioration subséquente dépend probablement de la gravité [illegible] maladie rénale sous-jacente. (voir EFFETS, POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, EFFETS NOCIFS [Rés[illegible] anormaux des épreuves de laboratoire]).

Sténose valvulaire: D'après certaines données théoriques, on se préoccupe du fait que les ma[illegible] souffrant de sténose aortique peuvent présenter un risque particulier de diffusion coronarienne dim[illegible] lors du traitement avec des vasodilatateurs, étant donné que la diminution de la post-charge est r[illegible] prononcée chez eux.

Chirurgie/Anesthésie: Chez les malades devant subir une opération majeure ou au cours d'une anest[illegible] à l'aide d'agents qui entraînent l'hypotension, le captopril bloquera la formation d'angiotensine II secor[illegible] à la libération compensatrice de rénine. Si l'on pense que l'hypotension est entraînée par ce mécanisme [illegible] peut être corrigée par une expansion de volume.

Interactions médicamenteuses:

Malades qui prennent des diurétiques: Les malades qui prennent des diurétiques, et particulière[illegible] ceux qui en prennent depuis peu, de même que les sujets soumis à un régime alimentaire hyposodé ou [illegible] dialysé, pourront présenter, à l'occasion, une réduction soudaine de la tension artérielle, au cours des [illegible] premières heures qui suivent l'administration de la dose initiale de captopril (voir MISE EN GARDE).

La possibilité de production d'effets hypotensifs peut être réduite, soit par l'interruption de l'administ[illegible] de diurétiques, soit par l'augmentation de l'apport sodique, environ une semaine avant le début du traite[illegible] au CAPOTEN (captopril). Sinon, il faut assurer une surveillance médicale pendant au moins trois h[illegible] après l'administration de la dose initiale. Si l'hypotension survient, le malade doit être placé en supinati[illegible] au besoin, il doit recevoir une perfusion intraveineuse de soluté physiologique. Cette hypotension trans[illegible] n'est pas une contre-indication à l'administration des doses suivantes, qui seront administrées sans diff[illegible] lorsque la tension artérielle aura augmenté après l'expansion du volume.

ots qui ont une action de vasodilatation: On ne dispose pas de données sur les effets d'une ation concomitante d'autres vasodilatateurs chez les malades souffrant d'insuffisance cardiaque et qui ent CAPOTEN. C'est pourquoi, il faudrait, dans la mesure du possible, interrompre avant le traitement APOTEN, l'administration de la nitroglycerine et d'autres nitrates (comme ceux utilisés pour le traitement ngine) ou d'autres médicaments ayant une action vasodilatatrice. Si on reprend le traitement avec ces caments pendant le traitement avec CAPOTEN, cette administration doit se faire avec prudence et, uellement, à des doses moins élevées.

ots qui causent la libération de rénine: Les effets du captopril seront augmentés par les agents ypertenseurs qui entraînent la libération de rénine.

ots qui agissent sur l'activité sympathique: Le rôle du système nerveux sympathique peut être culièrement important pour maintenir la tension artérielle chez les malades recevant du captopril seul ou mpagné de diurétiques. Par conséquent, les substances qui agissent sur l'activité sympathique -à-dire les agents qui bloquent les neurones ganglionnaires ou adrénergiques), doivent être utilisées prudence. Les médicaments qui bloquent les récepteurs bêta-adrénergiques ajoutent un certain effet ypertenseur au captopril, mais l'effet global est moindre que l'effet additif des deux produits.

l'insuffisance cardiaque, il faut exercer une extrême prudence étant donné que la stimulation du pathique est une action vitale qui maintient la fonction circulatoire et l'inhibition par un bêta-bloquant porte toujours le danger potentiel de diminuer davantage la contractilité du myocarde.

ots qui augmentent le taux de potassium sérique: Comme le captopril diminue la production ostérone, une élévation du taux de potassium sérique peut se produire. Les diurétiques conservateurs tassium comme la spironolactone, le triamtérène ou l'amiloride, ou les suppléments de potassium, ne ent être administrés qu'en cas d'hypokaliémie certaine, et dans ce cas-là avec prudence car ils peuvent ndrer une augmentation significative des niveaux de potassium sérique.

actions des épreuves de laboratoire avec le médicament: Le captopril peut entraîner de faux tats positifs au test d'urine pour la détermination des niveaux d'acétone.

sesse: Le captopril s'est révélé embryocide chez les lapines lorsqu'il a été administré à des doses à 70 fois (en mg/kg) la dose maximale recommandée chez l'humain. Les effets embryocides marqués les lapines étaient probablement dus à une diminution particulièrement marquée de la tension artérielle inée par le médicament chez cette espèce.

ptopril s'est également prouvé embryocide chez la brebis, à des doses similaires à celles administrées l'humain.

doses de captopril équivalant à 400 fois la dose recommandée chez l'humain, administrées à des rates ntes au cours de la gestation et de la lactation, ont entraîné une réduction du taux de survie des reau-nés.

n effet tératogène (malformations) n'a été observé après l'administration de fortes doses de captopril les hamsters, les rates et les lapines.

ne étude appropriée et bien contrôlée n'a été menée chez les femmes enceintes. Le captopril ne devrait être utilisé durant la grossesse que si les bénéfices éventuels justifient les risques pour le foetus.

ement: Les concentrations de captopril dans le lait humain sont d'environ 1 p. cent de celles qu'on uve dans le sang maternel. L'effet des faibles concentrations de captopril sur le nourrisson allaité au sein as été déterminé. Il faut administrer le captopril avec prudence aux femmes qui allaitent et, en général, ce cas, l'allaitement devrait être interrompu.

ation chez l'enfant: L'innocuité et l'efficacité du produit chez les enfants n'ont pas été établies. fois, on possède un nombre limité de données sur l'utilisation du captopril chez des enfants de 2 mois ans, atteints d'hypertension secondaire et d'insuffisance rénale de divers degrés. La posologie, basée poids, était comparable à celle qui était administrée aux adultes. CAPOTEN ne devrait être utilisé les enfants que si d'autres mesures antihypertensives se sont révélées inefficaces.

seignements aux malades: Il faut avertir les malades de signaler rapidement toute indication ction (par exemple, maux de gorge, fièvre) qui pourrait être signe de neutropénie ou d'oedème évolutif à son tour, serait relié à la protéinurie et au syndrome néphrotique.

oit prévenir tous les malades qu'une transpiration excessive et une déshydratation peuvent entraîner une excessive de la tension artérielle à cause de la réduction du volume de liquide. Les autres causes de ution de volume, telles que les vomissements et les diarrhées, peuvent aussi entraîner une chute de on. Dans ces cas, les malades devraient être avisés de consulter leur médecin.

t avertir les malades de ne pas interrompre momentanément ou définitivement la médication antihyper- ve sans l'avis de leur médecin.

t prévenir les malades traités pour l'insuffisance cardiaque grave qu'ils doivent augmenter leurs activités iques lentement.

t avertir les malades qu'ils doivent prendre CAPOTEN une heure avant les repas (voir POSOLOGIE ET INISTRATION).

MPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

qu'aucun cas de surdosage n'ait été signalé jusqu'à maintenant, son traitement, le cas échéant, devrait symptomatique.

orrection de l'hypotension doit être le premier souci. L'expansion du volume à l'aide d'une perfusion veineuse de soluté physiologique est le traitement de choix pour rétablir la tension artérielle.

aptopril peut être retiré de la circulation générale par hémodialyse.

ETS NOCIFS

s rénaux: Un ou deux malades sur cent ont manifesté une protéinurie (voir MISE EN GARDE).

un des symptômes suivants a été signalé chez environ 1 ou 2 malades sur 1 000; leur relation avec inistration du médicament n'est pas certaine. Il s'agit d'insuffisance rénale, polyurie, oligurie et on fréquente.

s hématologiques: La neutropénie et l'agranulocytose, étant probablement reliées à l'administration édicament, se sont produites chez environ 0,3 p. cent des malades traités avec le captopril (voir MISE GARDE). Deux de ces malades sont morts à la suite d'un état septique.

s dermatologiques: Des éruptions souvent accompagnées de prurit, et parfois de fièvre et d'éosino- e, se sont produites chez environ 10 sur 100 des malades, généralement au cours des quatre premières aines du traitement. Elles étaient habituellement de type maculopapulaire, et rarement du type de caire. L'éruption est généralement légère et disparaît en quelques jours après une réduction de la dose, raitement à court terme à l'aide d'antihistaminiques et/ou l'arrêt de la thérapie; une rémission peut enir, même si le traitement au captopril est poursuivi. Le prurit, sans éruption, s'est produit chez on 2 malades sur 100. Entre 7 et 10 p. cent des malades souffrant d'éruptions cutanées présentaient ement une éosinophilie et/ou des concentrations significatives d'anticorps antinucléaires. On a aussi la présence de lésion de type pemphigoïde réversible et une photosensibilité.

dème angioneurotique du visage, des membranes muqueuses de la bouche ou des extrémités a été rvé chez environ 1 p. cent des malades et est réversible lors de l'arrêt du traitement au captopril. On a alé un cas d'oedème laryngien.

ougissement ou la pâleur ont été signalés chez 2 à 5 malades sur 1 000.

s cardiovasculaires: L'hypotension est survenue chez environ 2 malades sur 100 souffrant d'hyper- ion et environ un malade sur 5 souffrant d'insuffisance cardiaque. Voir MISE EN GARDE ET PRECAU- NS (Interactions médicamenteuses) en ce qui a trait à l'hypotension lors du début du traitement au opril.

achycardie, les douleurs sternales et les palpitations ont été observées chez environ 1 malade sur 100.

gine de poitrine, l'infarctus du myocarde, le syndrome de Raynaud et l'insuffisance cardiaque se sont uits chez 2 ou 3 malades sur 1 000.

Altération du goût: Environ 7 malades sur 100 ont accusé une diminution ou une perte de la gustation. L'altération du goût est réversible et disparaît généralement en 2 à 3 mois même avec la continuation de l'administration du médicament. La perte de poids pourrait être entraînée par la perte du goût.

Effets gastro-intestinaux: Irritation gastrique, douleurs abdominales, nausées, vomissement, diarrhée, anorexie et constipation. On a signalé des cas de stomatose, évoquant les ulcères aphteux.

Autres: Paresthésie des mains, maladie du sérum, toux, dyspnée, bronchospasme, sécheresse de la bouche, insomnie, fatigue, malaises, étourdissements, impuissance, perte de la libido, troubles de la vue, prurit et/ou sécheresse des yeux.

Résultats anormaux des épreuves de laboratoire: On a noté chez quelques malades des élévations du taux d'enzymes hépatiques, mais aucune relation causale n'a été établie entre ces symptômes et l'utilisation du captopril. De rares cas d'ictère cholostatique et de lésion hépatocellulaire, accompagnée de cholestase secondaire, ont été signalés en association avec l'administration de captopril.

Une élévation transitoire du taux d'azote uréique sanguin et de créatinine sérique peut se produire, surtout chez les malades dont le volume de liquide est diminué ou qui souffrent d'hypertension rénovasculaire. En cas de réduction rapide de la tension artérielle sérieusement élevée ou de longue durée, le taux de filtration glomérulaire peut diminuer de façon transitoire (voir PRECAUTIONS).

De légères augmentations des concentrations de potassium sérique se produisent souvent, particulièrement en cas d'insuffisance rénale (voir PRECAUTIONS).

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

CAPOTEN (captopril) doit être administré une heure avant les repas. Les doses doivent être ajustées selon les individus.

Hypertension: Avant de commencer le traitement, il faut prendre en considération le traitement récent à l'aide de médicaments antihypertensifs, le degré d'élévation de la tension artérielle, la restriction de sel et les autres circonstances cliniques. Si c est possible, une semaine avant le début du traitement avec CAPOTEN, il faut interrompre chez le malade le traitement antihypertensif précédent.

La dose initiale de CAPOTEN est de 25 mg, trois fois par jour. Si on n'a pas obtenu une réduction satisfaisante de la tension artérielle après une ou deux semaines, on peut augmenter la dose à 50 mg, trois fois par jour.

Si après une à deux autres semaines, on n'a pas encore obtenu une réduction satisfaisante, on peut ajouter une faible dose d'un diurétique du type thiazide (par exemple, l'hydrochlorothiazide, à 25 mg par jour). La dose de diurétique peut être augmentée à des intervalles d'une à deux semaines jusqu'à ce que l'on atteigne la dose antihypertensive maximale habituelle.

S'il faut obtenir une plus grande réduction de la tension artérielle, on peut encore augmenter la dose de CAPOTEN à 100 mg, trois fois par jour et ensuite, si c'est nécessaire, à 150 mg, trois fois par jour (en continuant d'administrer le diurétique). La dose habituelle varie entre 25 et 150 mg, trois fois par jour. Il ne faut pas dépasser une dose maximale quotidienne de 450 mg de CAPOTEN.

Chez le malade atteint d'hypertension d'évolution rapide ou maligne, lorsqu'on ne peut interrompre le traitement courant aux antihypertenseurs ou lorsque l'on doit ramener la tension artérielle rapidement à des niveaux normaux, on peut cesser la médication antihypertensive déjà commencée et initier rapidement le traitement au CAPOTEN à raison de 25 mg trois fois par jour, sous une étroite surveillance médicale. La dose quotidienne de CAPOTEN peut être augmentée toutes les 24 heures jusqu'à ce que l'on obtienne une diminution satisfaisante de la tension artérielle ou jusqu'à ce que l'on atteigne la dose maximale de CAPOTEN. Dans ce type de traitement, on peut ajouter un diurétique puissant, comme par exemple, le furosémide.

On peut également utiliser les bêta-bloquants de façon concomitante au traitement avec CAPOTEN (voir PRECAUTIONS [Interactions médicamenteuses]), mais les effets des deux médicaments sont moindres que les effets additifs des deux produits.

Insuffisance cardiaque: Avant de commencer le traitement, il faut prendre en considération le traitement récent à l'aide de diurétiques et la possibilité d'une forte déplétion sel/volume. Chez les malades ayant une tension artérielle normale ou faible qui ont subi un traitement énergique avec des diurétiques et qui peuvent présenter une hyponatrémie et/ou une hypovolémie, l'administration d'une dose minimale de 6,25 ou de 12,5 mg, trois fois par jour, peut minimiser l'ampleur ou la durée de l'effet hypotenseur (voir MISE EN GARDE, [Hypotension]). Chez ces malades, on peut augmenter la posologie jusqu'à l'obtention de la dose quotidienne habituelle dans les quelques jours qui suivent.

Pour la plupart des malades, la dose quotidienne initiale, est habituellement de 25 mg, trois fois par jour. Après avoir atteint une dose de 50 mg, trois fois par jour, il faudrait retarder, si possible, de nouvelles augmentations pendant au moins deux semaines, afin de pouvoir déterminer si une réaction satisfaisante se produit. La plupart des malades à l'étude ont présenté une amélioration clinique satisfaisante à des doses de 50 ou de 100 mg, trois fois par jour. Il ne faut pas excéder une dose maximale quotidienne de 450 mg de CAPOTEN (captopril).

CAPOTEN doit être utilisé en combinaison avec un diurétique et de la digitale. Il faut instituer le traitement au CAPOTEN sous une étroite surveillance médicale.

Ajustement de la dose en cas de trouble rénal: Comme CAPOTEN est excrété principalement par les reins, les taux d'excrétion sont réduits chez les malades qui souffrent de troubles rénaux. Chez ceux-ci, les niveaux de captopril se stabiliseront plus tard et s'élèveront davantage pour une certaine dose quotidienne que chez les malades dont la fonction rénale est normale. Par conséquent, ces malades peuvent réagir à des doses plus petites ou moins fréquentes.

De la même façon, chez les malades atteints de troubles rénaux importants, la dose initiale quotidienne de CAPOTEN doit être réduite et, pour les ajustements, les augmentations de doses doivent être plus petites et faites lentement (à des intervalles d'une à deux semaines). Après l'obtention de l'effet thérapeutique désiré, il faut diminuer lentement la dose pour déterminer la dose minimale efficace. Lorsque le traitement concomitant au diurétique est nécessaire, un diurétique de l'anse (par exemple le furosémide), plutôt qu'un diurétique du type thiazide, sera préférable chez les malades souffrant de troubles rénaux graves.

Le tableau ci-contre, basé sur des considérations théoriques, peut être utile en tant que guide pour minimiser l'accumulation de médicament.

Clearance de la créatinine (mL/min/1,73 m^2)	*Intervalle posologique (heures)*
>75	8
75-35	12-24
34-20	24-48
19-8	48-72
7-5	72-108
	(3 à 4,5 jours)

Le captopril est hémodialysable.

PRÉSENTATION

CAPOTEN (captopril) est présenté en comprimés dont les teneurs sont les suivantes:

25 mg de captopril — blanc, carré, d'un côté sécable en quatre, et de l'autre, portant l'inscription CAPOTEN 25.

50 mg de captopril — blanc, ovale, biconvexe, sécable avec une rainure interrompue, portant l'inscription SQUIBB d'un côté et CAPOTEN 50 de l'autre.

100 mg de captopril — blanc, ovale, biconvexe, sécable avec une rainure interrompue, portant l'inscription SQUIBB d'un côté et CAPOTEN 100 de l'autre.

Entreposage: Conserver à la température ambiante et à l'abri de l'humidité. Garder le flacon hermétiquement clos.

Monographie du produit disponible sur demande

Squibb Canada Inc., 2365, Côte-de-Liesse, Montréal (Québec) H4N 2M7

SQUIBB

L'évolution des centres audio-scripto-visuels en milieu hospitalier

Jean Garneau[1] et Pierre Duchesneau[2]

Résumé

Les services audio-visuels et de documentation des hôpitaux se sont rapidement développés depuis le début du siècle. La technologie éducative y a joué un grand rôle. Aujourd'hui, la technologie est omniprésente mais comment l'utilise-t-on ? Les auteurs nous présentent la philosophie et les concepts qui les animent à la Cité de la Santé de Laval dans la poursuite de leur objectif commun : participer véritablement à la fonction pédagogique d'un centre hospitalier.

Les années 1904 à 1923 verront l'émergence de services audio-visuels dans le système scolaire américain[1]. À cette époque, dans la foulée du mouvement audio-visualiste, quelques écoles se dotent de moyens issus de la technologie et propres à soutenir l'acte pédagogique. Sous l'impulsion de comités régionaux, des musées voient le jour. Ces musées offrent à une clientèle de plus en plus variée de multiples moyens techniques d'enseignement dont l'exhibit, les films, les images stéréoscopiques, les diapositives et les planches murales. Le musée devient alors une plaque tournante dans la distribution de "software" ouvrant ainsi la voie à ce qu'aujourd'hui nous appelons, centre de ressources didactiques. Il est important ici de se rappeler que ce développement n'a été rendu possible qu'avec l'introduction de technologies nouvelles vers le début du siècle. L'invention de la photographie et la commercialisation d'appareils simples de prise de vue, le phonographe, le cinéma sont autant d'innovations technologiques qui ont, à des degrés divers, marqué le monde de l'enseignement et ceci presque toujours dans le sens d'une technologie éducative d'appoint. La Deuxième Guerre mondiale, avec ses milliers de combattants à former, dans un temps relativement bref, allait faire appel et développer une foule d'appareils plus utiles les uns que les autres. Les moyens de communication de masse font aussi leur apparition. La radio et plus particulièrement la télévision deviennent le nec plus ultra des moyens de communication.

Enfin 1983, et qui n'a pas entendu parler d'enseignement assisté par ordinateur. Si toutes ces technologies ont apporté beaucoup à la science, il nous est toutefois permis de douter que l'acte pédagogique en ait tout autant profité. Marc Scholer corrobore cette pensée en ces termes : "Les solutions technologiques sont plus souvent "des solutions" qui se situent à la périphérie du problème éducatif central."[2]

Photographie médicale

L'influence du mouvement audio-visualiste américain a donc tôt fait de traverser les frontières vers les années 1930 à 1935 et de s'orienter vers l'utilisation de la photographie et de l'illustration médicale. Les hôpitaux d'enseignement, fidèles à la lignée et suivant le rythme développé par les technologies naissantes, se sont dotés en quelques décennies, de laboratoires de photographie médicale. Ces derniers, tout en rendant des services immenses à la science médicale, ont dû, bon gré mal gré, s'adapter aux changements technologiques, le spectre des moyens allant cette fois-ci de la photographie à la télévision. Et, comme il se doit pour être à la fine pointe du développement, nous devons ajouter à notre panoplie, l'ordinateur.

Conséquemment à plusieurs années d'expertise dans ce champ d'action, il nous apparaît évident, et plusieurs en accepteront le fait, que le moment est plus que venu de nous tourner résolument vers une re-définition et une praxis de l'audio-scripto-visuel tel que décrit par Scholer : "Nous croyons sin-

1) Chef du service audio-scripto-visuel, Cité de la Santé de Laval.
2) Bibliothécaire du centre de documentation, Cité de la Santé de Laval.
Tirés à part :
Pierre Duchesneau, bibliothécaire, centre de documentation, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Vimont, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *2.11.83*
Acceptation définitive le : *8.12.83*

èrement qu'avant de vouloir moderniier les activités éducatives par l'introluction de technologies modernes, 'est toute notre conception de la pédagogie qui doit être revue. Plutôt que la echnologie en éducation, c'est la techiologie de l'éducation qu'il convient l'introduire."[3]

Technologie de l'éducation

Sans trop insister sur l'aspect istorique, qu'il suffise de dire que l'évolution de la technologie de l'éducaion découle de travaux issus de la psychologie expérimentale dont celui de Skinner "The Science of Learning and he Art of Teaching (1954)"[4] et des héories dans le domaine de l'apprentissage dont celle de la taxonomie cognitive de Bloom[5].

Définition opérationnelle

Au niveau du concept, deux définitions retiennent particulièrement notre attention, soit celle de Lachance, Lapointe et Marton : "La technologie éducative est une approche systémique intégrant les diverses fonctions du processus éducatif. Elle vise, d'une part, à analyser des problèmes reliés à l'enseignement et/ou à l'apprentissage et, d'autre part, à élaborer, implanter et évaluer des solutions à ces problèmes par le développement et l'exploitation des ressources éducatives."[6] Cette définition rejoint bien ce que devraient être nos préoccupations soit celles de l'enseignement et de l'apprentissage d'une part, et, d'autre part, les notions de ressources et de processus.

Enfin Mitchell ajoute, peut-être d'une manière plus explicite, un élément important soit la gestion des ressources monétaires. "La technologie éducative est un champ d'étude et de pratique qui se préoccupe de tous les aspects de l'organisation de systèmes et de sous-systèmes éducatifs à travers lesquels des ressources humaines, matérielles, électro-mécaniques, monétaires, sont allouées pour atteindre des résultats pédagogiques spécifiés et potentiellement reproduisibles."[7]

À la Cité de la Santé de Laval

Le service audio-visuel et de documentation à la Cité de la Santé, dans le cadre de sa structure organisationnelle (fig. 1, organigramme), dans le choix des compétences et dans son

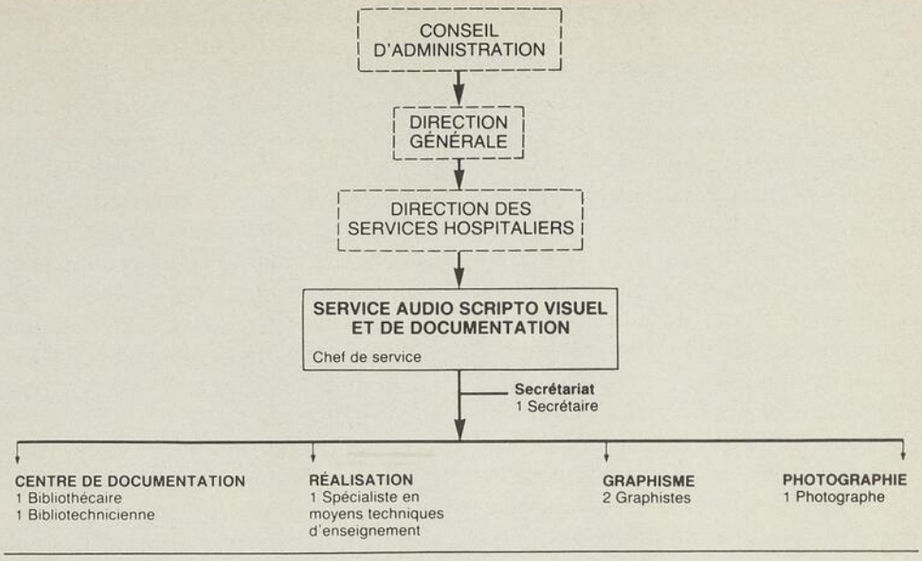


Figure 1 — Structure organisationnelle.

Figure 2 — "Carelles" d'enseignement au centre de documentation.

élaboration physique (fig. 2), a voulu, dès le départ, s'intégrer pleinement à ce concept de technologie éducative.

Le contenu et la forme de nos documents, intégrés dans des démarches pédagogiques toujours mieux adaptées aux divers besoins de formation et d'enseignement, nous font espérer que, à la C.S.L., l'audio-scripto-visuel est en voie de prospérer dans un sens plus prometteur que celui d'une technologie d'appoint.

Communications humaines et sociales

Par delà les préoccupations d'ordre pédagogique, notre service s'est, petit à petit, porté volontaire dans bon nombre d'actions impliquant à la fois des concepts et une pratique de la communication.

À l'interne, qu'il suffise de mentionner le journal Citéphile dont nous sommes à la fois, l'éditeur, le concepteur et le diffuseur. À l'extérieur, nous sommes à préparer une série d'émissions télévisées télédiffusées sur le réseau de la télévision communautaire et portant sur les services dispensés par la Cité de la Santé à la population lavalloise. La participation active des membres de l'équipe à l'élaboration et à la mise sur pied d'un réseau régional de communication avec le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain démontre bien la vitalité de notre action.

Centre de documentation

Espoir bien légitime, la fusion du service audio-scripto-visuel avec le centre de documentation permettra d'intégrer notre action dans une approche systémique au profit de la fonction pédagogique.

Pour plusieurs, le rôle d'un centre de documentation se limite à choisir, évaluer, acquérir, traiter, conserver et diffuser des documents d'information afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de ses usagers. Pourtant, celui-ci s'étend bien plus loin, et ce, peu importe la spécificité du centre. Ainsi la bibliothèque doit constituer un centre-ressource dynamique où les gens iront s'adresser pour tout type d'information. C'est son rôle également de susciter l'intérêt et la participation de la clientèle au monde de l'information et de la documentation. Finalement, le centre doit faire office d'outil de développement et de perfectionnement de la personne. Pour nous, en tant que partie intégrante d'un centre hospitalier d'enseignement, nous nous devons de participer au développement et à la mise en oeuvre des divers moyens d'enseignement et d'animation pédagogique.

Pour accomplir efficacement ce rôle, plusieurs moyens sont disponibles. Sans négliger les moyens traditionnels d'une bibliothèque (prêt, prêt-entre-bibliothèques, référence, etc.), il faut savoir s'adapter et profiter de ceux que la technologie éducative nous propose.

L'apport le plus évident, et d'ailleurs le plus généralement accepté de cette technologie, se traduit par l'introduction des documents audio-visuels dans la collection de nos bibliothèques. Ce type de documentation donne une nouvelle dimension à l'information et permet souvent de rejoindre des besoins encore non satisfaits de notre clientèle. La communication qui s'établit alors entre le document et l'utilisateur est plus directe, plus "cool", comme le dirait MacLuhan.

Le document audio-visuel, qui allie qualité du contenu et qualité de la présentation, exerce une certaine fascination chez son auditeur. On peut alors utiliser efficacement cette "fascination" à des fins éducatives. On connait déjà les vertus du document audio-visuel en ce qui a trait au travail en groupe, notamment pour favoriser la discussion et l'animation pédagogiques, mais celles qui concernent l'enseignement individualisé restent souvent dans l'ombre. Pourtant, le document audio-visuel est aussi utile que l'imprimé pour répondre à des besoins de formation ou d'information. La communication reste aussi directe à une personne qu'à plusieurs, l'information est la même mais le lieu d'écoute ou de visionnement, lui, doit changer. Accepterait-on d'être assis, seul, dans une salle pour visionner un vidéo sur l'échographie obstétricale ? On n'y penserait même pas !

Il devient donc important d'offrir aux usagers des centres de documentation non seulement la documentation audio-visuelle, mais aussi les appareils et les endroits pour la consulter. L'équipement audio-visuel devrait permettre de consulter les documents de type vidéo, diaporama, film 16 mm, film fixe, microfiche, diapositive, etc. L'idéal serait de pouvoir inclure cet équipement à l'intérieur même du centre afin de mettre sur un pied d'égalité la documentation audio-visuelle et la documentation imprimée dans l'esprit des utilisateurs. À cette fin, l'emploi des carrelles multi-média est, sans nul doute, une solution à privilégier (voir figure 2).

Un autre type d'appareillage, enfant de la technologie, fait son apparition de plus en plus dans les bibliothèques. Il s'agit des terminaux d'ordinateurs qui donnent accès à des banques de données soient internes ou externes. Ces terminaux ont un grand impact sur la recherche (rapidité, exhaustivité) et conséquemment sur l'enseignement. Là aussi, si l'on veut continuer à remplir adéquatement notre rôle, il faudra dans la mesure du possible (contraintes budgétaires ou autres) offrir et préparer notre clientèle à utiliser ces nouvelles ressources.

Il est souhaitable d'introduire de nouvelles technologies dans un centre de documentation mais on doit prendre bien soin que celles-ci s'intègrent harmonieusement dans l'ensemble des services déjà offerts. Il faut bien initier les usagers à cette technologie, les familiariser et même les faire participer au développement de celle-ci. C'est ainsi que nous prendrons vraiment une part active au processus de développement de l'enseignement dans notre institution.

En tant que service de première ligne dans le domaine de l'information, le centre-ressource occupe une position stratégique. Il est idéalement situé pour identifier les besoins. Il peut alors servir d'intrant (input) au niveau de l'orientation de la production audio-visuelle ou autre. Il assure une certaine gestion et une évaluation de l'intégration et du développement tant de la production que de la technologie éducative. Il peut recueillir assez facilement la rétroaction (feed-back) de ses usagers et ainsi ré-identifier les besoins et ré-orienter la production. C'est là un champ d'action que la bibliothèque doit couvrir.

L'animation et la diffusion constituent deux autres aspects de notre rôle qu'il ne faut pas négliger. La limite étant souvent celle de l'imagination dans ce domaine, il s'agit de multiplier les activités afin que tous reconnaissent le dynamisme du centre de documentation. Que l'on pense à des expositions multi-média, une diffusion personnalisée d'information sur des sujets prédéterminés, des foires du livre, des semaines de cinéma, des rallyes, etc. Il faut que le centre de documentation participe véritablement à la mission pédagogique d'un centre hospitalier d'enseignement.

De multiples avenues s'ouvrent devant un centre audio-scripto-visuel afin de l'amener à mieux participer à l'action d'un centre hospitalier universitaire. La technologie éducative constitue un outil privilégié de développement de l'enseignement qu'il soit individualisé ou collectif. Mais c'est aussi un esprit, une façon de voir et un dynamisme qu'il faudra partager avec les gens qui nous entourent et plus particulièrement dans notre milieu de travail.

Il faut donc continuer, exactement comme en médecine, à repousser nos frontières.

Summary

Audio-visual departments and library services in hospitals have been rapidly expanding since the turn of the century. Technological education is part of this evolution and today more than ever it is omnipresent in all phases of audio-visual production. Are we making good use of it ? The authors present the philosophy and the concept being put into practice at La Cité de la Santé de Laval. The main goal is to promote the excellence of the teaching process in an hospital.

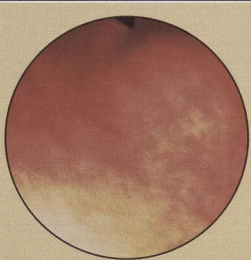
▶ page 785

De la première étude endoscopique du KCl solide chez les humains[1]

LA PLUS FORTE ÉVIDENCE À DATE POUR MICRO-K

Avec une forme potassique à matrice de cire

'...nos résultats endoscopiques indiquent que l'atteinte aiguë à la muqueuse oesophagienne gastrique et duodenale est considérablement plus répandue que l'on croyait antérieurement.'



Avec la libération micro-encapsulée unique de Micro-K

'Apparamment, la large dispersion et la libération lente caractéristiques des cristaux de KCl micro-encapsulés minimisent le contact physique...[avec] le revêtement sensible de la muqueuse.'

es caractéristiques de dispersion du KCl micro-encapsulé diffèrent
: celles des préparations à matrice de cire qui ne se dispersent pas.
es études cliniques ont démontré clairement la propension des pré-
arations à matrice de cire à endommager la muqueuse gastrique,
articulièrement quand la motilité gastro-intestinale est diminuée. Dans
s mêmes études cliniques, la fréquence et la gravité des lésions gas-
iques étaient plus faibles avec le Micro-K.
De la section d'actions de la monographie approuvée de Micro-K.

[1]*McMahon FG, Ryan JR, Akdamar K, Ertan A. Upper gastrointes-
nal lesions after potassium chloride supplements: a controlled clinical trial.
ancet 1982; ii:1059-61.*

MICRO-K®
(Chlorure de Potassium)

Extencaps® à libération prolongée, 600 mg (8 mEq)

A·H ROBINS A. H. ROBINS CANADA INC.
MISSISSAUGA, ONTARIO – MONTREAL, QUEBEC

PAAB
CCPP

Renseignements thérapeutiques page suivante

MICRO-K®

(Chlorure de Potassium)

Extencaps* à libération prolongée, 600 mg (8 mEq)

Supplément potassique

ACTION: Les ions potassiques participent à un certain nombre de mécanismes physiologiques comprenant le maintien de la tonicité osmotique intracellulaire, la transmission des influx nerveux, la contraction des muscles cardiaques, striés et lisses, et le maintien d'une fonction rénale normale. Une carence peut survenir lorsque la déperdition du potassium par excrétion rénale et/ou par perte dans les voies digestives dépasse l'apport potassique.

Les Micro-K Extencaps sont des capsules de gélatine dures qui renferment 600 mg chacune de fines particules cristallines dispersables de chlorure de potassium (soit l'équivalent de 8 mEq de potassium). Chaque particule est micro-encapsulée dans un enrobage polymérique qui permet la libération contrôlée des ions chlore et potassium. La dispersion des microcapsules et la libération contrôlée des ions ont pour objectif de minimiser la probabilité de rencontrer de fortes concentrations localisées de chlorure de potassium et à réduire l'ulcération de la muqueuse digestive qui en résulte. L'enrobage polymérique des microcapsules agit comme une membrane perméable à l'eau. Les liquides diffusent à travers la membrane et dissolvent progressivement le chlorure de potassium. De cette façon, une libération lente et prolongée du chlorure de potassium s'effectue des particules enrobées vers les voies digestives, pendant une période de 4 à 8 heures.

Les caractéristiques de dispersion du KCl micro-encapsulé diffèrent de celles des préparations à matrice de cire qui ne se dispersent pas. Des études cliniques ont démontré clairement la propension des préparations à matrice de cire à endommager la muqueuse gastrique, particulièrement quand la motilité gastro-intestinale est diminuée. Dans ces mêmes études cliniques, la fréquence et la gravité des lésions gastriques étaient plus faibles avec le Micro-K.

INDICATIONS: Les Micro-K Extencaps sont indiquées dans le traitement des carences potassiques chez les malades souffrant d'hypokaliémie et d'alcalose métabolique, ainsi que dans le traitement de l'intoxication digitalique.

Les Micro-K Extencaps sont aussi indiquées pour la prévention des carences potassiques quand l'apport alimentaire en potassium est insuffisant: chez les malades recevant de la digitale et des diurétiques pour le traitement de l'insuffisance cardiaque congestive, et en présence d'une cirrhose ascitique du foie. Les Micro-K Extencaps peuvent être indiquées dans des cas choisis d'hypertension sous traitement diurétique au long cours, d'hyperaldostéronisme avec fonction rénale normale, de néphropathie avec déperdition potassique et de certains états diarrhéiques.

CONTRE-INDICATIONS: Les Micro-K Extencaps sont contre-indiquées:

1. Les suppléments potassiques sont contre-indiqués chez les patients présentant une hyperkaliémie car une augmentation supplémentaire du potassium sérique peut provoquer chez ces malades un arrêt cardiaque. L'hyperkaliémie peut aggraver l'une ou l'autre des affections suivantes: insuffisance rénale chronique, acidose générale telle que dans l'acidose diabétique, déshydratation aiguë, perte tissulaire importante telle que dans les brûlures graves, insuffisance surrénale.
2. Chez les patients souffrant d'insuffisance rénale avec oligurie et azotémie.
3. Chez les malades pouvant avoir une sensibilité accrue à l'administration de potassium, cf. dans la paramyotonie congénitale, ou l'adynamie épisodique héréditaire.
4. Tous les suppléments potassiques sous forme solide sont contre-indiqués chez les malades ayant une affection capable de causer l'arrêt ou le ralentissement du transit du comprimé dans les voies digestives. Dans ces cas, on doit utiliser une présentation liquide. Les préparations de chlorure de potassium à longue durée d'action ont provoqué une ulcération œsophagienne chez certains patients cardiaques ayant une compression de l'oesophage due à une dilatation de l'oreillette gauche. Les Micro-K Extencaps sont donc contre-indiquées chez ces malades, de même que chez ceux qui souffrent de dysphagie.
5. L'administration concomitante de Micro-K Extencaps et de diurétiques produisant un effet d'épargne sur le potassium, cf. spironolactone ou triamtérène, est contre-indiquée car une hyperkaliémie peut en résulter.

MISES EN GARDE: Chez les patients dont les mécanismes d'excrétion du potassium sont altérés, l'administration de sels de potassium peut provoquer une hyperkaliémie et un arrêt cardiaque. Ceci survient le plus souvent chez les malades recevant du potassium par voie intraveineuse mais peut aussi arriver chez les patients à qui on donne du potassium par voie orale. Une hyperkaliémie possiblement fatale peut apparaître rapidement tout en étant asymptomatique. L'emploi des sels de potassium chez les malades souffrant de maladie rénale chronique, ou de toute autre affection réduisant l'excrétion du potassium, exige une surveillance particulièrement minutieuse de la concentration sérique en potassium et les ajustements posologiques appropriés.

Chez les malades ayant une acidose métabolique, l'hypokaliémie doit être traitée avec un sel de potassium alcalinisant tel que l'acétate de potassium, le bicarbonate de potassium ou le citrate de potassium.

Les comprimés de chlorure de potassium ont provoqué des sténoses et/ou des ulcères du petit intestin, et des décès. Ces lésions sont dues à une forte concentration locale d'ions potassium dans la région où le comprimé se dissout rapidement, qui blesse la paroi intestinale et qui produit de la sorte, une obstruction, une hémorragie ou une perforation. Les Micro-K Extencaps sont formulées à partir de particules cristallines micro-encapsulées de chlorure de potassium. La libération prolongée de chlorure de potassium à partir des microcapsules a pour objectif de réduire la possibilité de fortes concentrations locales d'ions potassium à proximité de la paroi intestinale. En présence de vomissements sévères, de douleurs abdominales, de distension ou de saignements gastro-intestinaux, on doit interrompre immédiatement l'administration des Micro-K Extencaps et envisager la possibilité d'une obstruction ou d'une perforation intestinales.

PRECAUTIONS: Le traitement des carences potassiques, surtout en présence d'une maladie cardiaque ou rénale ou d'une acidose, nécessite une attention particulière à l'équilibre acido-basique et une surveillance appropriée des électrolytes sériques, de l'électrocardiogramme et de l'état clinique du patient.

Les suppléments potassiques doivent être administrés avec précaution dans les maladies associées à un bloc cardiaque car l'augmentation du potassium sérique peut aggraver l'intensité du bloc.

REACTIONS INDESIRABLES: Les réactions indésirables les plus fréquentes sont la nausée, les vomissements, la diarrhée et les malaises abdominaux. Ces symptômes sont causés par une irritation des voies digestives et peuvent être améliorés, quand cela est possible, par une augmentation de l'apport liquidien, la prise du médicament au moment des repas ou une réduction de la dose. Un des effets secondaires le plus sérieux est l'hyperkaliémie. De rares éruptions cutanées ont été notées. Des saignements, ulcérations, perforations et sténoses intestinaux ont été signalés chez des patients traités avec des préparations sous forme solide de sels de potassium; il semble que de tels incidents risquent moins de se produire avec les Micro-K Extencaps.

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE: Chez les personnes possédant des mécanismes d'excrétion du potassium normaux, l'administration de sels potassiques par voie orale est rarement la cause d'une hyperkaliémie sérieuse. Toutefois, si les mécanismes d'élimination sont altérés ou si du potassium est administré trop rapidement par voie intraveineuse, une hyperkaliémie possiblement fatale peut survenir (voir les CONTRE-INDICATIONS et les MISES EN GARDE). Il est important de reconnaître que l'hyperkaliémie est habituellement asymptomatique et que ses seules manifestations peuvent consister en une augmentation du potassium sérique et des changements caractéristiques du tracé électrocardiographique (augmentation de l'amplitude et de la hauteur de pointe des ondes T, disparition de l'onde P, dépression du segment S-T, et prolongation de l'intervalle Q-T). Interrompre immédiatement l'administration des Micro-K Extencaps à l'apparition de l'une ou l'autre de ces manifestations. Les manifestations tardives incluent une paralysie musculaire et une collapsus cardiovasculaire consécutif à un arrêt cardiaque.

Les mesures de traitement de l'hyperkaliémie sont les suivantes:

1. Eliminer les aliments et les médicaments renfermant du potassium et arrêter les diurétiques à effet d'épargne sur le potassium.
2. Administrer par voie intraveineuse 300 à 500 mL/h d'une solution de dextrose à 10% contenant 10-20 unités d'insuline cristalline par 1000 mL.
3. Corriger l'acidose s'il y a lieu avec du bicarbonate de sodium par voie intraveineuse.
4. Utiliser les résines échangeuses d'ions, l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

Lors du traitement de l'hyperkaliémie, on doit se rappeler que, chez les patients qui ont été stabilisés à la digitale, une diminution trop brutale du potassium sérique peut engendrer une intoxication digitalique.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION: Chez un adulte moyen, l'apport alimentaire habituel en potassium est de 40 à 80 mEq par jour. Une déperdition potassique suffisante pour causer une hypokaliémie nécessite habituellement la perte de 200 mEq ou plus de potassium des réserves corporelles totales.

La posologie doit être adaptée aux besoins de chaque patient.

Prévention de l'hypokaliémie: Dose type, environ 3 Extencaps (24 mEq) par jour.

Traitement des carences: Dose type, environ 5 Extencaps (40 mEq), jusqu'à un maximum de 12 Extencaps (96 mEq) par jour.

En général, une dose quotidienne supérieure à 8 Extencaps (64 mEq) ne devrait pas être requise. La dose quotidienne devrait être administrée en deux ou trois prises séparées, après les repas.

Les capsules ne doivent être ni brisées ni mâchées; elles doivent être prises intactes et avec de l'eau.

La nécessité de poursuivre l'administration d'une supplément potassique ou d'en ajuster la dose devrait être dictée par l'histoire du malade et son état clinique, complémentés par des mesures du potassium sérique.

PRESENTATION: Chaque Micro-K Extencap® renferme 600 mg de KCl (8 mEq K^+) dans une capsule de gélatine dure, ayant un corps orange pâle et opaque et une tête orange pâle et opaque, monogramée respectivement "AHR 5720" et "Micro-K" en encre noire.

DESCRIPTION CHIMIQUE: *Formule Moléculaire:* KCl *Poids Moléculaire:* 74.55
Description: Le chlorure de potassium est une poudre anhydre, blanche, inodore et de goût salé. Chaque gramme représente 13.41 mEq de potassium.

PHARMACOLOGIE: Le potassium est d'une importance fondamentale pour les échanges ioniques du métabolisme cellulaire. C'est le cation prédominant du liquide intracellulaire dans lequel il est présent à la concentration de 155 mEq/L. Le plasma renferme environ 3.8 à 5 mEq/L.

Une carence en potassium peut entraîner vomissements, distension abdominale, iléus paralytique, faiblesse musculaire aigue, paralysie, paresthésie, polydipsie et incapacité de concentrer l'urine, hypotension, arythmie cardiaque et coma. L'hypokaliémie peut aussi augmenter la toxicité de la digitale et des autres glucosides cardiotoniques.

Le chlorure de potassium est facilement absorbé par les voies gastro-intestinales. L'excrétion se fait surtout dans l'urine et elle suit de près l'apport potassique.

ETUDES CLINIQUES: Du Micro-K ou un comprimé de chlorure de potassium à matrice de cire ont été administrés à des volontaires sains de sexe masculin à une posologie de 96 mEq K par jour pendant sept jours, seuls ou associés à une anticholinergique destiné à simuler le retard de la motilité gastrique fréquemment relié à la maladie, au vieillissement ou à l'administration de divers médicaments. Des lésions oesophagiennes, gastriques et/ou duodénales, mises en évidence à l'endoscopie, se sont développées chez les six sujets qui recevaient la préparation à matrice de cire et l'anticholinergique, alors qu'aucun des six sujets qui recevaient le Micro-K et l'anticholinergique n'ont eu de telles lésions. Sans administration concomitante d'anticholinergique, sept des douze sujets qui recevaient la préparation à matrice de cire contre deux des douze sujets qui prenaient du Micro-K ont manifesté une atteinte des voies digestives supérieures. La gravité des lésions était beaucoup plus importante chez les sujets qui recevaient la préparation à matrice de cire. Un seul sujet montrait des symptômes et un seul avait du sang occulte dans les selles. Micro-K semble plus sûr que le produit à matrice de cire sous les conditions de cette expérience.

TOXICOLOGIE ANIMALE: Le pouvoir ulcérogène du KCl micro-encapsulé a été étudié chez le chat anesthésié, par application directe sur la muqueuse gastrique mise à jour. Les microcapsules se sont révélées non ulcérogènes et significativement moins irritantes que les comprimés à matrice de cire et qu'une solution de KCl à 20%.

Des groupes de singes Rhésus ont reçu une substance témoin (des capsules de gélatine vides) et l'une de quatre formules différentes de chlorure de potassium à des doses quotidiennes équivalentes (2400 mg de KCl) pendant quatre jours et demie. A la fin de l'étude on a effectué un examen macro- et microscopique des voies digestives, évalué l'intensité de la réaction d'irritation, et calculé un "Index d'Irritation Gastro-Intestinale" tenant compte de l'intensité de l'irritation et du nombre d'animaux atteints.

Les Indices d'Irritation Gastro-Intestinale ont été les suivants:

Groupe No	Présentation Testée	Index d'Irritation Gastro-Intestinale Macroscopique	Microscopique
I	Capsules vides	1.50	1.75
II	Comprimés à délitement entérique	8.00	8.00
III	Comprimés à matrice de cire	5.25	5.00
IV	Solution de KCl à 10%	2.00	1.75
V	Micro-K Extencaps	2.50	2.75

*Les valeurs élevées indiquent un plus grand pouvoir irritant.

L'occlusion partielle de l'oesophage de l'opossum et l'administration subséquente d'une préparation de chlorure de potassium à matrice de cire ont mené à de l'érythème étendu et grave, des érosions, des ulcérations et des saignements chez les six animaux soumis à l'épreuve. Par contraste, dans des conditions identiques, le chlorure de potassium micro-encapsulé (Micro-K) a produit peu d'érosions, de petites zones hémorragiques et certaines petites zones d'hyperémie.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Kassirer, J.P. et J.T. Harrington: Diuretics and potassium metabolism: a reassessment of the need, effectiveness and safety of potassium therapy. Kidney International 11:505-51 1977.
2. Kosman, E.E.: Management of Potassium Problems During Long-Term Diuretic Therap JAMA 230:743-748, 1974.
3. Rowles, B. et R.P. Knott: Potassium Therapy. Pharmindex 21:7-16, 1979.
4. Jellett, L.B.: Potassium Therapy: When Is It Indicated? Drugs 16:88-94, 1979.
5. McMahon, F. Gilbert, Jerome R. Ryan, Kemal Akdamar et Atilla Ertan: Upper Gastrointestinal Lesions After Potassium Chloride Supplements; A Controlled Clinical Trial. Lancet ii, 1059-1061, November 13, 1982.

Monographie du produit fournie sur demande.

A·H·ROBINS A. H. ROBINS CANADA INC.
MISSISSAUGA, ONTARIO – MONTREAL, QUEBEC

Le choc et l'administration de naloxone

Marie Jolivet[1] et Marcel Laurion[2]

Résumé

La réponse dramatique d'une patiente en choc réfractaire à l'administration de naloxone nous amène à discuter de l'importance de la beta-endorphine dans la pathophysiologie du choc et de l'emploi d'un antagoniste des opiacés comme traitement de divers états de choc.

L'effet hypotenseur des opiacés exogènes, en particulier celui de la morphine, est reconnu depuis longtemps. L'identification, en 1973, de récepteurs spécifiques d'opiacés[1] et l'isolement subséquent d'opiacés endogènes, notamment celui de la beta-endorphine[2], revêtaient une importance toute particulière en regard de l'implication possible de cette dernière dans la pathophysiologie du choc.

Tout état de stress entraîne la production d'une quantité accrue d'ACTH à partir de l'hypophyse. Or, l'ACTH et la beta-endorphine proviennent toutes deux de la même molécule précurseur (pro-priomelanocortine) et sont libérées concomittament de leurs vésicules de storage.

L'injection expérimentale de beta-endorphine provoque chez l'animal une hypotension rapide et significative. Cette hypotension est rapidement renversée par l'administration de naloxone, un antagoniste spécifique des opiacés. Cette observation a été confirmée par Faden et Holaday[3] qui notaient, en 1980, l'effet bénéfique du naloxone sur les paramètres hémodynamiques et métaboliques d'animaux soumis à un choc endotoxique, hypovolémique ou spinal.

Depuis, environ vingt cas d'emploi avec succès du naloxone dans les états de choc chez l'humain ont paru dans la littérature médicale sous la forme de rapport préliminaire d'étude ou de lettre au rédacteur. Nous désirons rapporter les résultats obtenus avec le naloxone dans un cas de choc réfractaire.

Observation

Mme M.L., 24 ans, sans antécédent particulier, est amenée à l'hôpital le 16 septembre 1982 pour un tableau abdominal évoluant depuis 8 jours.

Au questionnaire, on retient une douleur abdominale d'installation rapide, d'abord sus-ombilicale puis généralisée à tout l'abdomen. Des nausées et des vomissements, au départ alimentaires puis nettement fécaloïdes avec arrêt des matières et des gaz, apparaissent dans les 72 heures précédant l'admission. L'état de conscience de la patiente s'altère peu avant son arrivée à l'hôpital.

L'examen révèle une patiente obèse (110 kg), obnubilée et hypotensive (TA systolique <80mm Hg), avec un pouls filant à 140/min. La température corporelle est normale. L'abdomen est distendu, tympanique, sensible de façon diffuse à la palpation et totalement silencieux. La tension artérielle est ramenée à des valeurs acceptables à la suite de l'administration de crystalloïdes (lactate Ringer 6-7 litres) et s'y maintient pour quelques heures malgré un pouls toujours rapide de l'ordre de 120-130/min.

Le bilan fait à l'admission est le suivant : Hb 16,5g, Ht 50,2%, plaquettes 402 000, leucocytes 22 000 avec 47 neutrophiles, 12 stabs, 22 lymphocytes et 12 monocytes ; SGOT 18 UI/1 (N = 7 à 26), SGPT 15 UI/1 (N = 0 à 21), CPK 23 UI/1 (N= 2 à 51), SLDH 211 UI/1 (N = 52 à 150), amylase 135 UI/1 (N = 50 à 220), créatine 3,1 mg/d1 (N = 0,5 à 1,4), BUN 39 mg/d1 (N = 10 à 20). Un gaz artériel montre une alcalose respiratoire. La plaque simple de l'abdomen est non

1) M.D., service de microbiologie, Cité de la Santé de Laval.
2) M.D., département de chirurgie, Cité de la Santé de Laval.

Tirés à part :
Marie Jolivet, m.d., service de microbiologie, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Laval (Québec) H7M 3L9.

Article reçu le : ***23.9.83***
Avis du comité de lecture le : ***23.11.83***
Acceptation définitive le : ***20.12.83***

spécifique ; on y note une dilatation gastrique, un niveau liquidien en décubitus latéral et l'absence d'air libre. Une ponction abdominale ramène un liquide sanguinolant inodore.

L'apparition d'une hyperthermie à 39C, le peu d'amélioration de l'état de conscience, la non stabilisation des paramètres hémodynamiques malgré un traitement aggressif et l'évidence d'un drame intra-abdominal évolutif incitent le chirurgien à pratiquer une laparotomie d'urgence 12 heures après l'admission. Du Cefoxitin à raison de 2g iv q 6 heures est administré peu de temps avant l'intervention. On constate, à la laparotomie, une thrombose mésentérique veineuse, avec nécrose d'un segment de jejunum datant de plusieurs jours et d'un segment d'iléon d'installation plus récente. On procède à une résection des segments nécrotiques et à une double réanastomose. Les signes vitaux demeurent stables en période post-opératoire immédiate. Aucun narcotique n'est administré à la patiente.

Quatre heures plus tard, la tension artérielle chute brusquement à des valeurs inférieures à 80mm Hg, le pouls s'accélère à 160/min et la patiente sombre dans l'inconscience. Elle est diaphorétique et présente des extrémités pâles et froides. L'expansion du volume intra-vasculaire, l'infusion de dopamine et l'administration d'antibiotiques modifient très peu le tableau. Le débit urinaire n'excède pas 20cc/hre et l'inconscience persiste. Trois ampoules de naloxone sont alors administrées par voie intra-veineuse, chacune à 3 minutes d'intervalle. Dans la minute suivant l'injection de la troisième ampoule, la tension artérielle s'élève à 130mm Hg et s'y maintient pour une durée de 60 minutes. Une nouvelle injection de 0,4mg de naloxone suffit à remonter la tension artérielle au-dessus de 100mm Hg et ce, pour 45 minutes. L'opération est ainsi répétée 4 fois à des intervalles variant de 30 à 45 minutes. Par la suite, la tension artérielle demeure suffisamment stable pour qu'aucune injection supplémentaire de naloxone ne soit nécessaire et que la dopamine soit cessée. La dexamethasone est ajoutée à raison de 3mg/kg aux 6 heures et 6 doses sont données. On assiste, dans les heures suivantes, à l'éveil progressif de la patiente ainsi qu'à une baisse de la température, la reprise de la diurèse et la normalisation des gaz sanguins.

L'évolution se complique, dans les semaines suivantes, d'une extension du processus thrombotique mésentérique nécessitant deux autres résections extensives du grêle. La patiente quitte l'hôpital au 78e jour en bon état général.

Commentaires

Il est indéniable que la beta-endorphine est impliquée plus ou moins directement dans la pathophysiologie du choc. D'une part, l'injection intracysternale ou intra-veineuse de beta-endorphine chez l'animal provoque une hypotension subite et significative[4] laquelle est rapidement renversée par l'administration d'un antagoniste des opiacés[3]. D'autre part, Weissglass, Hinchey et Chiu, utilisant pour ce faire un nécessaire à radio-immuno-essai commercial, ont documenté chez l'humain en état de choc des taux de beta-endorphine circulante jusqu'à 5 fois supérieurs à ceux obtenus chez des témoins normaux[5].

Reste à savoir pourquoi un système perfectionné comme celui des endorphines contribue au décès d'un animal en état de choc. Il est probable que la nature y voyait un moyen de passer paisiblement de vie à trépas lorsque survenait un état de stress aigu tel qu'une hémorrhagie sévère ou une septicémie. Malheureusement, dans le contexte médical actuel, ce système a moins sa raison d'être et ses effets hémodynamiques doivent être rapidement neutralisés.

L'effet antagoniste du naloxone sur les opiacés exogènes étant un fait établi, il ne restait qu'un pas à franchir pour démontrer son aptitude à entrer en compétition directe avec la beta-endorphine aux niveaux de ses récepteurs nerveux et périphériques.

Holaday et Faden prouvent l'effet bénéfique du naloxone, en utilisant pour ce faire des modèles expérimentaux de choc endotoxique et hypovolémique[3]. Chez l'humain, l'expérience clinique se limite actuellement au choc septique d'abord et, à un degré moindre, au choc cardiogénique. Les résultats préliminaires, quoique restreints, sont extrêmement intéressants. Tous rapportent une élévation rapide de la tension artérielle à la suite de l'injection intra-veineuse de naloxone, en bolus ou en infusion, à des doses totales variant de 0,4mg à 5mg[6-11].

La demi-vie du naloxone est courte ; son effet sur la tension artérielle dure environ 45 à 60 minutes. L'injection doit donc être répétée, habituellement à dose moindre que la dose initiale, afin de maintenir la tension artérielle au-dessus de 100mm Hg et ce jusqu'à stabilisation de celle-ci, stabilisation qui coïncide théoriquement avec la neutralisation complète de la beta-endorphine circulante.

Le naloxone est administré depuis fort longtemps aux patients souffrant de dépression respiratoire ou de coma induits par des narcotiques. Il est à toutes fins pratiques exempt de toxicité et ce, à des doses quotidiennes atteignant 10mg i.v. Le seul inconvénient réside peut-être dans son antagonisme de l'effet analgésique des opiacés.

Peters et Friedman mentionnent, dans leur communication préliminaire, l'absence de réponse au naloxone chez les patients recevant déjà des doses élevées de corticostéroïdes[6]. Leur observation a été reprise récemment par Vargish et Reynolds dans une étude portant sur l'interaction des corticostéroïdes et du naloxone dans le choc hypovolémique chez le chien[12]. Plusieurs hypothèses ont, jusqu'à maintenant, été avancées pour expliquer ce phénomène. Mentionnons le bloquage des récepteurs opiacés centraux par les corticostéroïdes qui empêcherait l'effet anti-hypotenseur plus important du naloxone ; l'interférence avec la fonction des récepteurs opiacés en modifiant la membrane cellulaire et empêchant ainsi le naloxone d'exercer son effet bloqueur ; et enfin, l'induction des systèmes enzymatiques responsables du métabolisme des opiacés, entraînant une élimination accélérée de la beta-endorphine et la rendant de ce fait moins importante dans la genèse du choc.

Il ne faut cependant pas conclure à l'inutilité des corticostéroïdes dans le traitement du choc. Weissglass et Hunchen[5], utilisant un modèle de choc septique chez le porc, ont noté l'effet synergistique de l'association methylprednisolone-naloxone avec une amélioration significative des paramètres hémodynamiques et biochimiques ; les corticostéroïdes avaient été administrés en même temps que le naloxone. L'effet bloqueur du naloxone au niveau des récepteurs opiacés s'ajoute à l'inhibition de la sécrétion de beta-endorphine (et d'ACTH) au niveau hypothalamo-hypophysaire par les corticostéroïdes via un mécanisme de rétroaction négative.

Actuellement, le naloxone fait partie intégrante du protocole de traitement des états de choc septique, hypovolémique et cardiogénique à la Cité de la Santé de Laval et les résultats obtenus jusqu'à maintenant, bien que fragmentaires, sont des plus prometteurs.

Summary

We report a case where shock was reversed by naloxone. The contribution of beta-endorphine to the hypotension of shock and the therapeutic value of an opiate antagonist in the treatment of shock states are revised.

Bibliographie

1.Pert C.B., Snyder S.H. : Opiate receptor : demonstration in nervous tissue. Science, 1973 ; 179 : 1011-1014.

2.Cox B.M., Goldstein A., Li C.H. : Opiod activity of a peptide, Beta-lipotropin-(61-91), derived from beta-lipotropin. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1976 ; 73 : 1821-1823.

3.Faden A.I., Holaday J.W. : Expedrimental endotoxin shock : the pathophysiologic function of endorphins and treatment with opiate antagonists. J. Inf. Dis., 1980 ; 142 : 229-238.

4.Laubie M., Schmitt H., Vincent M. et coll. : Central cardiovascular effects of morphinomimetic peptides in dogs. Eur. J. Pharmacol., 1977 ; 46 : 67-71.

5.Weissglass I., Hinchey E.J., Chiu R.C.J. : Naloxone and methylprednisolone in the treatment of experimental septic shock. J. Surg. Res., 1982 ; 33 : 131-135.

6.Peters W.P., Friedman P.A., Johnson M.W. et coll. : Pressor effect of naloxone in septic shock. Lancet, 1981 ; 1 : 529-532.

7.Wright D.J.M., Philips M., Weller M.P.I. : Naloxone in shock, Lancet, 1980 ; 2 : 1360-1361.

8.Higgins T.L., Sivak E.T. : Reversal of hypotension with naloxone. Clev. Clin. Quat., 1981 ; 48 : 283-288.

9.Tiengo M. : Naloxone in irreversible shock. Lancet, 1980 ; 2 : 690.

10.Swinburn W.R., Phelan P. : Response to naloxone in septic shock. Lancet, 1982 ; 1 : 167.

11.Higgins T.L., Sivak E.D., O'Neil D.M. et coll. : Reversal of hypotension by continuous naloxone infusion in a ventilator-dependent patient. Ann. Int. Med., 1983 ; 98 : 47-48.

12.Vargish T., Reynolds D.G., Gurll N. et coll. : The interaction of corticosteroids and naloxone in canine hemorrhagic shock. J. Surg. Res., 1982 ; 32 : 289-295.

suite de la page 780

Bibliographie

1.Saettler Paul.: Conceptual legacy of audio visual communication. Review, 1955; 3: 274-282.

2.3.4.7.Scholer Marc: La Technologie de l'Éducation. Concept, Bases et Application. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1983; 172; 174; 85; 102.

5.Bloom B.S.: Taxonomy of Educational Objectives; Handbook I; The Cognitive Domain. New York, David McKay Co., 1956.

6.Lachance B., Lapointe, D., Marton, Bh.: Le Domaine de la Technologie Éducative. Québec, Université Laval, Département de technologie de l'enseignement, 1978.

Asasantine®

GUIDE THÉRAPEUTIQUE

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE OU PHARMACOLOGIQUE

Inhibiteur de l'adhésion et de l'agrégation plaquettaires.

INDICATIONS ET EMPLOI CLINIQUE

L'association dipyridamole et AAS (Asasantine) est indiquée pour le traitement des malades ayant subi un infarctus du myocarde. Cette thérapie permet de réduire sensiblement le taux de rechute.

CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité aux salicylates et ulcère gastro-duodénal en évolution.

MISE EN GARDE

Le médecin traitant doit aviser ses malades de la possibilité d'effets toxiques supplémentaires de l'AAS au cas où ceux-ci ingéreraient simultanément d'autres médicaments vendus directement au public et contenant de l'AAS, dont les antitussifs et les médicaments contre le rhume.

PRÉCAUTIONS

Dans la mesure où des doses excessives de dipyridamole peuvent provoquer une vasodilatation périphérique, ce médicament doit être administré avec prudence aux malades atteints d'hypotension.

L'AAS doit être administré avec prudence aux malades atteints d'asthme ou d'autres affections allergiques, ayant des antécédents d'ulcérations gastro-intestinales, des tendances au saignement, à l'anémie ou à l'hypoprothrombinémie.

Les malades recevant de 2 à 3 g d'AAS par jour courent le risque accru de souffrir de saignement gastro-intestinal à la suite de l'ingestion d'alcool.

Puisque les salicylates retardent la coagulation du sang chez la mère et le foetus et prolongent la période de gestation et de parturition, on ne doit les administrer pendant le dernier trimestre de la grossesse que si les effets bénéfiques l'emportent sur les risques possibles.

La prudence s'impose également lorsque des anticoagulants et des salicylates sont prescrits en même temps car ceux-ci peuvent faire baisser la concentration de prothrombine dans le plasma.

Les malades recevant à la fois des salicylates et des hypoglycémiants doivent être surveillés étroitement car une réduction de la posologie de l'hypoglycémiant peut s'imposer. Les salicylates à fortes doses étant des uricosuriques, des quantités moindres peuvent ralentir l'élimination d'acide urique et ainsi réduire les effets uricosuriques du probénécide, de la sulfinpyrazone, de l'oxyphenbutazone, et de la phénylbutazone.

La prudence est également de rigueur lors de l'administration concomitante des corticostéroïdes et des salicylates.

De rares cas d'hépatite aiguë ont été relevés chez des malades atteints de lupus erythémateux systémique et de polyarthrite rhumatoïde juvénile et ayant des teneurs plasmatiques en salicylate de plus de 25 mg/100 mL. Les malades s'en sont remis dès l'interruption du traitement.

Par ailleurs, l'ingestion du salicylate doit être limitée chez des malades traités à l'indométhacine (et éventuellement à d'autres analgésiques non narcotiques) en raison d'affections telles que la polyarthrite rhumatoïde. De plus, les salicylates peuvent modifier les résultats des épreuves de la fonction thyroïdienne.

L'administration de salicylates peut diminuer l'excrétion de sodium provoquée par le spironolactone.

L'ingestion comcomitante de salicylates et d'acide aminosalicylique ou d'acide aminobenzoïque à doses normales peut en accroître la toxicité et provoquer le salicylisme.

Par ailleurs, les salicylates délongeraient les sulfonylurées, les pénicillines ainsi que le méthotrexate de leurs liaisons aux protéines plasmatiques. Enfin, les salicylates retardent l'élimination par le rein du méthotrexate.

RÉACTIONS ADVERSES

Une étude de 2 026 malades relevant d'un infarctus du myocarde a révélé qu'à l'exception des céphalées, les réactions adverses rapportées le plus fréquemment étaient associées à l'ingestion de l'AAS; les voici par ordre de fréquence: douleurs gastriques, céphalées, brûlure gastrique, étourdissements, constipation, hématémèse, selles tachées de sang, méléna, nausées et vomissements.

Dans les groupes en traitement actif, des augmentations dans le sérum de l'azote uréique, de l'acide urique et de la créatinine étaient nombreuses tandis que chez les sujets individuels, elles étaient peu importantes et non associées aux problèmes cliniques. De plus, dans les groupes en traitement actif, une fréquence légèrement accrue de l'hypertension artérielle systolique a été observée.

Lorsque la dipyridamole a été administrée seule, des céphalées, des étourdissements, des nausées, des bouffées de chaleur, une syncope ou de la faiblesse et des éruptions cutanées se sont manifestés au début du traitement. Cependant, dans la plupart des cas, ces effets indésirables sont minimes et transitoires. Une dose élevée du médicament peut parfois causer de l'irritation gastrique, des vomissements et des crampes abdominales.

De rares cas de ce qui semble une aggravation de l'angine de poitrine ont été observés, habituellement au début du traitement. Dans les rares cas où les réactions adverses ont persisté ou ont été intolérables pour le malade, l'arrêt du traitement a été suivi immédiatement de la disparition des symptômes indésirables.

Lorsque l'AAS est administré seul, les effets secondaires suivants ont été relevés:

système gastro-intestinal: nausées, diarrhée, saignement ou ulcération;

oreilles: tinnitus, vertige, perte de l'ouïe;

hématologie; leucopénie, thrombocytopénie, purpura;

dermatologie et hypersensibilité: urticaire, oedème angioneurotique, prurit, éruptions cutanées, asthme, anaphylaxie;

divers: hépatotoxicité, confusion mentale, somnolence, diaphorèse, soif.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

L'hypotension, si elle se manifeste, est en général de courte durée; le cas échéant, des médicaments vasopresseurs peuvent être administrés. Parmi les symptômes du surdosage aux salicylates peuvent figurer la respiration rapide et profonde, les nausées, les vomissements, le vertige, le tinnitus, les bouffées de chaleur, la diaphorèse, la soif et enfin la tachycardie. Dans les intoxications, graves des troubles de l'équilibre acido-basique peuvent survenir, dont l'alcalose respiratoire et l'acidose métabolique; les cas de surdosages plus graves peuvent se manifester par la fièvre, l'hémorragie, l'agitation, la confusion mentale, des convulsions, un coma et une insuffisance respiratoire.

Le traitement du surdosage aux salicylates consiste en premier lieu dans la prévention et la thérapie des troubles de l'équilibre acido-basique, ceux des liquides et des électrolytes. On doit accélérer l'élimination rénale par une augmentation du débit urinaire et par la diurèse alcaline; cependant, on doit veiller à ne pas aggraver l'acidose métabolique et l'hypokaliémie. On doit empêcher l'acidémie par l'administration d'une quantité suffisante de liquides contenant du sodium et du bicarbonate de sodium.

L'hypoglycémie se manifeste parfois dans le cas de salicylisme et peut être rectifiée grâce à des solutions de glucose. Si une diathèse hémorragique se manifeste, administrer de la vitamine K. L'hémodialyse peut être utile lors de troubles compliqués de l'équilibre acido-basique, en particulier s'il y a dysfonction rénale.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La dose recommandée par voie orale est de 1 capsule d'Asasantine®, 3 fois par jour, administrée aux malades relevant d'un infarctus du myocarde.

PRÉSENTATION

Chaque capsule opaque, de couleur orange et jaune, contient 75 mg de Persantine et 330 mg d'AAS.
Emballages thermoformés de 100 capsules.
Monographie remise sur demande.

BIBLIOGRAPHIE:

[1] Myocardial ischemia in man: abnormal platelet aggregation and prostaglandine generation. Mehta, J. and Mehta, P. In: Platelets and Prostaglandins in Cardiovascular Disease. Editors: Mehta, J. and Mehta, P. Futura Publishing Co., New York, 345–358, 1981.

[2] Mehta, J. Platelets and Prostaglandins in Coronary Artery Disease–Rationale for use of platelet suppressive drugs. J.A.M.A. 1983; 249: 2818–2823.

[3] Pumphrey, C. W., Chesebro, J. H. et al. In Vivo Quantitation of Platelet Deposition on Human Peripheral Arterial Bypass Grafts Using Indium — 111-labelled Platelets — Effect of Dipyridamole and Aspirin. The American Journal of Cardiology, 1983; 51: 796-801.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd. / Ltée
977 Century Drive, Burlington, Ontario L7L 5J8

B-027F-84

L'ampullome : étude de 6 nouveaux cas

Pierre Meunier[1] **et Yvon Giroux**[1]

Résumé

Sur 720 ERCP pratiquées au cours des trois dernières années, nous avons trouvé 6 nouveaux cas d'ampullomes primaires. 5 étaient malins et 1 était bénin. Leurs symptômes d'appel, leur approche diagnostique et thérapeutique de même que leur devenir sont révisés. Les 5 formes malignes ont été traitées par résection radicale et 40% survivent encore après 32 et 33 mois d'évolution. L'ERCP, complétée de la biopsie simultanée perendoscopique de la papille de Vater paraît, à la révision des dossiers, être la méthode diagnostique de choix de cette condition.

L'ampullome ou tumeur de l'ampoule de Vater, encore appelé tumeur oddienne, est une tumeur relativement rare. Sa fréquence, dans les séries autopsiques, varie de 0,02% à 0,09%[1,2]. Elle est plus fréquente chez les hommes (rapport 3:1) particullièrement avant l'âge de 50 ans et on n'en connaît pas encore de facteur étiologique.

Son taux de malignité est d'environ 97%. Cette tumeur est généralement du type glandulaire. De rares cas de tumeur carcinoïde y sont décrits[3] et les formes bénignes y sont exceptionnelles.

L'anatomie de l'ampoule de Vater est complexe et comporte trois sections intriquées soit, la terminaison cholédocienne, la terminaison du canal de Wirsung et la portion intraduodénale du sphincter d'Oddi. Cette complexité anastomotique rend difficile la séparation des ampullomes primaires (40%) des envahissements secondaires (60%) de la papille de Vater, soit à partir de cancers de la tête du pancréas (40%), soit à partir de tumeurs primairement cholédociennes (10%) ou de tumeurs duodénales primaires (10%)[4-8]. La distinction entre ces formes primaires et secondaires revêt son importance principalement quant au pronostic, meilleur dans les formes primaires.

Ces tumeurs sont également classifiées selon leur degré d'invasion[4] :

Le stade I :	La tumeur sans infiltration du plan sous-jacent.
Le stade II :	La tumeur avec envahissement des parois du sphincter d'Oddi ou des voies biliaires ou de la sous-muqueuse du duodénum.
Le stade III :	La tumeur infiltre la musculeuse duodénale.
Le stade IV :	La tumeur s'accompagnant de métastases loco-régionales ou à distance.

Le taux de survie à 5 ans post-opératoire passe de 80% pour les stades I à 11% pour les stades IV.

Les symptômes d'appel de ces tumeurs sont généralement l'ictère, la douleur, l'amaigrissement, le prurit et le méléna intermittent. La douleur (50%) a en général une localisation épigastrique et mi-dorsale et, comme l'amaigrissement et le prurit, s'apparente étroitement à la symptomatologie du cancer de la tête du pancréas ; le prurit peut précéder l'ictère dans environ 10% des cas[5,6]. L'ictère, retrouvé chez 85 à 90% des patients est généralement progressif et afébrile mais, contrairement à celui retrouvé dans les autres obstructions malignes extra-hépatiques, il peut être de type cholangitique dans 20 à 30% des cas[4] (intermittent et fébrile). Ces tumeurs se distinguent également par leur tendance à saigner (lorsque la croissance tumorale surpasse l'apport vasculaire) et l'anémie ferriprive de même que le méléna intermittent en sont des manifestations communes mais sont rarement présentes de façon isolée[8].

1) M.D., F.R.C.P. (C), service de gastro-entérologie, Cité de la Santé de Laval (Québec).

Tirés à part :
Pierre Meunier, m.d., service de gastro-entérologie, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Laval (Québec) H7M 3L9.

Abréviation :
ERCP : cholangio-pancréatographie rétrograde perendoscopique.

Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture : *3.11.83*
Acceptation définitive le : *8.12.83*

Sur un total de 720 cholangio-ancréatographies rétrogrades perendoscopiques (ERCP) pratiquées à la Cité de la Santé de Laval dans les trois dernières années (1980, 81, 82), nous avons relevé 6 nouveaux cas d'ampullomes primaires, prouvés endoscopiquement et ultérieurement confirmés par l'exploration chirurgicale et à l'étude histologique. Aucun autre cas d'ampullome primaire ne fut rapporté dans notre centre hospitalier.

Nous avons évidemment exclu du présent relevé les autres tumeurs vatériennes trouvées en ERCP mais dont l'étude histologique (sur les spécimens chirurgicaux) en révélait le caractère secondaire (envahissement secondaire de l'ampoule de Vater à partir de néoplasies pancréatiques, cholédociennes ou duodénales).

L'étude rétrospective du mode de présentation, de l'approche diagnostique, du traitement et de l'évolution de ces 6 malades constitue l'objet de la présente communication.

Matériel clinique

I) S. St. P. : Patient de 62 ans admis le 02-09-81 à cause de douleurs récurrentes à l'épigastre et à l'hypochondre droit depuis 21 mois et de pancréatites aiguës documentées biochimiquement dans un autre centre hospitalier 3 mois auparavant et une semaine avant son admission. L'échographie abdominale de même que l'ERCP étaient alors normaux. À l'entrée, l'examen physique, l'hémogramme, l'amylase et le SMA-12 étaient normaux.

L'échographie montrait un pancréas diffusément augmenté de volume avec un Wirsung légèrement dilaté et, à l'ERCP de contrôle, la papille de Vater paraissait augmentée de volume, friable et suspecte d'ampullome ; le Wirsung était dilaté et se vidangeait mal. La biopsie per endoscopique (BPE) de la papille montrait des atypies cellulaires de surface. L'artériographie coeliaque et mésentérique supérieure de même que le repas baryté étaient normaux. Le malade fut opéré le 10-09-81 et l'exploration abdominale ne révéla qu'une papille augmentée de volume, ferme et friable. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adénomyome de l'ampoule de Vater. Une sphinctéroplastie trans-duodénale fut faite. L'évolution post-opératoire fut sans incident et le malade demeure asymptomatique depuis.

II) S.B.L. : Patiente âgée de 44 ans qui s'est présentée le 30-12-1980 pour les symptômes suivants : asthénie, anorexie et perte de 15 livres depuis 6 mois, prurit depuis 3 mois et ictère depuis 2 jours, sans douleur ni fièvre. L'examen physique s'avérait négatif outre l'ictère et une vésicule palpable de Courvoisier. Les données de laboratoire sont consignées dans le tableau II. L'échographie révélait des voies bilaires intra et extra-hépatiques dilatées et ne montrait pas de masse.

L'ERCP démontra la présence d'une tumeur papillaire de 3 cm, friable et ulcérée avec cartonnement de la paroi duodénale rendant le cathétérisme impossible. Les BPE démontrèrent un adénocarcinome bien différencié de l'ampoule de Vater. La duodénographie montrait également la masse papillaire mais cet examen fut pratiqué trans endoscopiquement, per ERCP. L'artériographie coeliaque et mésentérique supérieure fut normale.

La malade fut opérée le 09-01-81 et subit une duodénopancréatectomie céphalique de Whipple avec vagotomie, antrectomie, cholécystectomie et choledochectomie (technique de Whipple). À l'examen anatomo-pathologique, il s'agissait d'un adénocarcinome (3,0 cm) bien différencié de l'ampoule de Vater avec envahissement du pancréas et 2 ganglions métastatiques. L'évolution post-opératoire fut sans incident et l'ictère et le prurit ont rapidement régressés. La patiente eut un gain de 30 livres et durant 6 mois accusa uniquement un syndrome de dumping précoce qui répondit aux mesures thérapeutiques habituelles. En août 1981, elle se détériora rapidement et nous mettions en évidence une hétatalgie métastatique rapidement suivie d'une carcinomatose péritonéale avec ascite néoplasique et, ultérieurement, une obstruction néoplasique de son anastomose gastrojéjunale. Non améliorée par la chimiothérapie avec 5-FU et BCNU, la malade décédait le 04-11-81, soit après 11 mois d'évolution post-opératoire.

III) D.C. : Patient âgé de 54 ans, vu le 08-05-81 à cause d'un ictère, d'un prurit intense et de selles décolorées depuis une semaine avec diarrhées au rythme de 8 à 9 selles par jour depuis 3 jours. L'examen physique révélait, outre l'ictère, des lésions de grattage et une hépatalgie sans hépatomégalie.

L'échographie démontra une dilatation discrète des voies biliaires intra-hépatiques mais importante de la vésicule et du cholédoque jusque dans sa portion tout à fait distale qui se terminait en queue de rat à l'intérieur d'une masse solide de 4,5 cm de diamètre paraissant appartenir à la tête du pancréas. Le Wirsung n'était pas dilaté. L'ERCP démontra une papille de Vater augmentée de volume, ulcérée et impossible à cathétériser, fort suspecte d'ampullome. Les BPE confirmaient la présence d'un adénocarcinome de la papille. Les données de laboratoire sont consignées dans le tableau II. Le 21-05-81, le patient subissait une opération de Whipple. L'examen anatomo-pathologique confirmait l'adénocarcinome (2,6 cm) de l'ampoule de Vater, envahissant le duodénum mais non le pancréas, et la présence d'un ganglion métastatique. En post-opératoire, l'évolution fut sans incident, l'ictère et le prurit disparurent et le patient reçut son congé de l'hôpital 12 jours après l'opération. Il demeura asymptomatique durant 18 mois mais revint en novembre 1982 à cause d'une anorexie, d'une perte pondérale et de douleurs épigastri-

Tableau I

Données démographiques

Patient	I	II	III	IV	V	VI	Moy.
Race	BL	BL	BL	BL	BL	BL	100%
Âge	62	44	54	52	42	62	52,6 A
Sexe	M	F	M	M	M	M	5H:1F
Tabac	(25/j)	(25/j)	(25/j)	(25/j)	(25/j)	nil	83%+
Alcool	1+	—	1+	—	3+	—	50%+
Hist.	—	—	1 CA	—	—	—	16%
Fam.* Hist.	—	—	Pancréas				
Pers.	**	—	—	—	**	***	

* Néoplasie périvatérienne
** Cholécystectomie
*** Herniographie inguinale

Tableau II

Profil d'appel

	I	II	III	IV	V	VI	Moy.
Durée*	**21**	**6**	**0,25**	**8**	**1**	**1**	**6,2**
Ictère	-	+	+	-	+	+	66%
Prurit	-	+	+	-	+	+	66%
Douleurs	+	-	-	+	+	-	50%
Pancréatite**	+	-	+	+	-	+	66%
Perte poids	-	+	-	+	-	+	50%
Fièvre	-	-	-	-	-	-	0%
Analyses***							
Hb	16	6,1	16	15	15	14	Anémie : 16%
Phos.Alc.	N	8N	4N	N	4N	4,5N	
Bilirubine tot.	N	4,7	10	N	11	3,2	Ictère : 66%
Amylase	N	N	2N	N	N	2N	

* Intervalle symptomatique (mois) avant le diagnostic
** Évidence de réaction pancréatique actuelle ou récente
*** Lors de l'ERCP. Hb : GMS%., bilirubine : MGS/d1, phosphatase alc. et amylase : multiples de la normale (N).

ques irradiées à l'hypochondre droit. La radiographie pulmonaire et l'échographie abdominale révélèrent la présence de plusieurs métastases hépatiques et pulmonaires et le patient reçut trois cures de chimiothérapie avec 5 FU, *adriamycine et mythomycine*. Il décéda le 09-04-83, soit 35 mois post opératoires.

IV) R.B. : Patient âgé de 52 ans admis dans un autre centre hospitalier le 06-04-79 à cause d'un épisode de pancréatite aiguë. Une cholangiographie endoveineuse fut alors normale et un repas baryté ne révéla qu'une spasmodicité antrale. Le malade prenait de l'alcool par intermittence et ceci fut retenu comme cause de sa poussée pancréatitique. Le patient continua toutefois de présenter des douleurs épigastriques en barre, irradiant au dos et accompagnées d'une perte pondérale de 8 livres. Huit mois après son premier épisode pancréatitique, il consulta pour réclamer, de son propre chef, une investigation pancréatique. L'examen physique était normal. Les données de laboratoire sont consignées dans le tableau II. L'ERCP mit en évidence une papille légèrement augmentée de volume, friable et irrégulière, suspecte d'ampullome et des voies biliaires normales. Le canal de Wirsung ne fut pas opacifié. Les biopsies perendoscopiques révélèrent la présence d'un épithelioma mal différencié de la papille de Vater. Une échographie abdominale s'avéra négative quant au foie, au pancréas et aux voies biliaires. Le malade fut opéré le 01-02-1980 et subit une opération de Whipple. L'examen anatomo-pathologique démontra un adénocarcinome (1,5 cm) peu différencié de l'ampoule de Vater avec envahissement du duodénum et de la tête pancréatique de même que 2 ganglions métastatiques. Il existait également des signes histologiques de pancréatite chronique sur le spécimen chirurgical. L'évolution post-opératoire fut sans incident mais le patient développa cliniquement de la stéatorrhée et continua de présenter des douleurs épigastriques constantes nécessitant la prise régulière d'analgésiques. Les analyses de laboratoire, le film simple de l'abdomen, l'échographie abdominale de même que le repas et le lavement barytés étaient normaux. Les extraits pancréatiques n'amendèrent pas la stéatorrhée et, en juillet 1980, le patient avait perdu 15 livres de poids. Au début d'octobre 1980 une laparotomie fut faite et mit en évidence une carcinomatose péritonéale de même que des métastases hépatiques. Le patient décédait le 29-10-1980, soit 9 mois après l'intervention chirurgicale.

V) P.L. : Patient âgé de 42 ans, éthylique connu de longue date, admis en centre hospitalier le 20-09-1980 à cause des symptômes suivants : vague douleur épigastrique depuis un mois avec ictère et prurit. Outre l'ictère, des lésions de grattage et quelques râles bronchiques, l'examen physique était normal. Les données de laboratoire sont consignées dans le tableau II. L'échographie abdominale, la cartographie hépato-splénique de même que le repas baryté étaient normaux. L'ERCP mit en évidence une papille légèrement augmentée de volume mais également friable et suspecte d'ampullome. Le canal pancréatique opacifié fut normal mais les voies biliaires ne furent pas colorées. Les biopsies per endoscopiques ne furent pas concluantes et le patient fut opéré le 26-09-1980 sur la foi de la suspicion d'ampullome soulevées à L'ERCP. Il subit une opération de Whipple et l'examen anatomo-pathologique confirma la présence d'un épithelioma glandulaire (2 cm) de l'ampoule de Vater avec envahissement vasculaire et lymphatique du duodénum et un ganglion métastatique. L'évolution post-opératoire fut favorable et le patient quitta l'hôpital 15 jours après l'intervention. Il fut suivi régulièrement à la clinique externe mais continua de prendre des quantités appréciables d'alcool et devint narcomane par surcroît. Il dut être réadmis à l'hôpital le 19-02-1981 pour sub-occlusion par brides adhérencielles qui furent libérées lors d'une laparotomie au cours de laquelle l'absence de récidive tumorale a pu être constatée. Par la suite, ce patient n'a jamais accusé de symptômes digestifs. Les analyses de laboratoire de même qu'une échographie abdominale étaient normales le 11-05-1982. Le malade vit toujours et demeure asymptomatique jusqu'à ce jour : 33 mois après l'opération de Whipple qu'il a subie.

VI) L.D. : Patient âgé de 62 ans qui consulta le 14-10-1980 à cause d'une anorexie, de fatigabilité et de perte pondérale de 25 livres avec prurit depuis 1 mois. L'examen physique démontrait un léger ictère conjonctival de même que des lésions cutanées de grattage. Les données de laboratoire sont consignées dans le tableau II. L'échographie abdominale démontrait une dilatation cholédocho-vésiculaire et suggérait la présence de calculs dans le cholédoque distal. L'ERCP mit en évidence une papille augmentée de volume, friable et suspecte d'ampullome de même qu'une dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques. Les biopsies per endoscopiques de la papille concordaient avec un diagnostic d'ampullome et le malade subit le 16-10-1980 une laparotomie avec technique de Whipple. L'examen anatomo-pathologique démontra la présence d'un adénocarcinome indifférencié de 3,0 sur 1,5 cm localisé à l'ampoule de Vater avec infiltration de la paroi cholédocienne au niveau du duodénum mais sans évidence de métastases ganglionnaires. Le patient eut une évolution post-opératoire sans incident et demeure sans évidence de récidive au moment de la rédaction : 32 mois après l'intervention chirurgicale.

Discussion

De nos 6 patients rapportés, 5 étaient atteints d'ampullomes malins (83,4%) et 1 d'une forme bénigne (16,6%). La prédominance des hommes (5:1) et l'âge moyen au diagnostic (52,6 ans) sont en accord avec les données générales de la littérature. Nous n'avons pas relevé d'éléments significatifs quant à la consommation d'alcool et quant aux antécédents familiaux et personnels mais il est intéressant de constater dans le tableau I que 83% de nos malades étaient des fumeurs et que 80% des formes malignes sont survenues chez de gros fumeurs consommant plus de 25 cigarettes par jour.

66% de nos malades avaient des évidences récentes ou actuelles

Tableau III

Approche diagnostique, traitement, survie

Patient		I	II	III	IV	V	VI	Moy.
ERCP								
DX endosc.	(1)	+	+	+	+	+	+	100%
Biopsie	(2)	Atypies	CA	CA	CA	-	CA	83%
Canal	(3)	W	-	-	VB	W	VB	
Défaut	(4)	VL + VD			N	N	VD	33%
Échographie								
Anormale		+	+	+	-	-	+	66%
Erronée	(5)	+	-	+	+	+	+	83%
Dx suggéré	(6)	Pancr.	Obeh.	CA.Pan.	N	N	C.C.	
Repas baryté		**N**	**+**	**-**	**N**	**N**	**N**	**20%**
Artériographie		**N**	**N**	**N**	**-**	**-**	**-**	**0%**
Chirurgie/Patho								
Taille	(7)	1	3	2,6	1,5	2	3	2,18cm
Stade	(8)	0	IV	IV	IV	IV	III	
RX	(9)	STD	W	W	W	W	W	
Survie	**(10)**	**EV(21)**	**D(11)**	**D(35)**	**D(9)**	**EV(33)**	**EV(32)**	**60% Tot**
								40% Mal

(1) Diagnostic fortement suspecté endoscopiquement (observation PER-ERCP).
(2) Biopsies de la papille PER-ERCP : CA : adénocarcinome, "-" : non diagnostique.
(3) Cathétérisme sélectif obtenu par voie rétrograde : W : Wirsung : VB : voies biliaires.
(4) Anomalie documentée à la suite du cathétérisme rétrograde ; VL : vidange lente, N : normal, VD : voies dilatées.
(5) Diagnostic erronné par comparaison avec les données de l'ERCP, appuyées sur la lésion chirurgicale.
(6) Diagnostic suggéré en fonction des données échographiques ; Pancr : pancréatite, Obeh : obstruction des voies biliaires extra-hépatiques, CA. Pan. : cancer du pancréas, N : normal, C.C. : calcul cholédocien.
(7) Le plus grand diamètre (cm) de la tumeur (lésion chirurgicale).
(8) Selon les données du rapport histo-pathologique.
(9) RX : traitement chirurgical reçu : STD : sphinctéroplastie trans duodénale, W : opération de Whipple.
(10) EV : encore vivant, D : décédé, le nombre entre parenthèses représentant le nombre de mois survécus post-opératoire que le malade soit vivant ou déjà décédé ; Tot : taux de survie pour l'ensemble des cas rapportés : Mal : taux de survie pour les formes malignes prises isolément.

POUR ENFANTS TYLENOL*

acétaminophène

UNE POSOLOGIE ET UN PROFIL DE SÉCURITÉ AMÉLIORÉS OFFRENT AU MALADE DE PLUS GRANDS AVANTAGES

- Les GOUTTES TYLENOL pour enfants sont maintenant présentées dans une teinte orangée, ce qui permet de mieux distinguer le produit de l'ÉLIXIR . De plus, leur nouvelle saveur de fruits assure une plus grande fidélité thérapeutique.
- L'ÉLIXIR TYLENOL pour enfants est maintenant offert dans une nouvelle concentration de 160 mg/5 mL, ce qui requiert moins d'unités posologiques pour une fidélité thérapeutique accrue et une économie substantielle.

La famille de produits TYLENOL POUR ENFANTS

GOUTTES 80 mg par 0,8 mL

ÉLIXIR 160 mg par 5 mL

COMPRIMÉS À CROQUER 80 mg par comprimé

POUR ENFANTS TYLENOL*

acétaminophène

Plus que jamais, un premier choix logique en pédiatrie

McNEIL

LA COMPAGNIE DE PRODUITS AUX CONSOMMATEURS McNEIL
GUELPH, ONTARIO, N1K 1A5

PAAB CCPP

Renseignements thérapeutiques page 794

de commerce
agnie de produits aux consommateurs McNeil 1984

d'activité pancréatitique quoique la douleur abdominale n'était retrouvée que chez 50% de nos sujets. L'ictère avec prurit fut rencontré chez 66% de nos malades et le prurit précédait l'ictère de près de 3 mois dans un cas (16,6%). L'anémie ferriprive, classiquement décrite dans l'ampullome, ne fut retrouvée que chez un seul patient et aucun de nos sujets n'a présenté un tableau clinique suggestif de poussée cholangitique. 60% de nos malades atteints d'une forme maligne accusaient déjà un mauvais état général avec perte pondérale (6,8 et 25 livres) lors du diagnostic.

Chez nos patients souffrant de formes malignes, 4 malades étaient déjà au stade IV et 1 était déjà au stade III, lors du diagnostic. Ceci illustre bien la difficulté d'identifier précocement ces sujets et la nécessité d'un haut degré de suspicion devant conduire rapidement à l'ERCP qui fut diagnostic dans 100% de nos cas et qui demeure donc, à notre avis, la meilleure technique diagnostique de l'ampullome. En effet, le repas baryté, pratiqué chez 5 de nos 6 sujets, fut normal dans 80% des cas, l'artériographie coeliaque et mésentérique supérieure fut normale chez tous les sujets étudiés (3/6) et l'échographie abdominale, si elle fut suggestive d'une obstruction biliaire extrahépatique chez 50% des sujets, ne précisait pas la nature de cette obstruction et évoquait faussement un cancer du pancréas (cas III) ou des calculs cholédociens (cas VI) chez 2/3 des sujets ou elle montrait une obstruction extra-hépatique des voies biliaires. Elle n'évoquait qu'une pancréatite simple chez notre malade atteint d'un ampullome bénin et s'avéra complètement normale dans 40% de nos formes malignes (2 stades IV).

Nous considérons que "l'aspect" endoscopique est un critère diagnostique primordial puisque tous nos cas furent d'abord diagnostiqués endoscopiquement (per ERCP) et c'est cette suspicion endoscopique d'ampullome qui devait nous faire pratiquer des biopsies per ERCP au niveau des papilles de tous nos sujets décrits. 80% de nos formes malignes ont d'ailleurs été histologiquement prouvées de cette façon. L'ampullome a en effet un aspect endoscopique assez particulier pouvant volontiers toutefois échapper à l'endoscopiste non averti ; si la papille est toujours augmentée de volume, cette augmentation est parfois discrète (2 des 6 cas rapportés), souvent de façon non alarmante per se et c'est plutôt sa friabilité et sa coloration inhabituelle (blanc nacré) qui, le plus souvent, nous ont fait soupçonner le diagnostic.

Cette expertise endoscopique de la papille de Vater nous paraît d'autant plus importante en vue d'un diagnostic précoce que l'opacification rétrograde des voies biliaires ou du canal de Wirsung fut normale dans 2 de nos cas prouvés d'ampullomes (IV et V) et impossible à réaliser dans deux autres cas (II et III).

Quant au volet thérapeutique, notre patient atteint d'un ampullome bénin fut adéquatement soulagé par une résection partielle de la papille avec sphinctéroplastie trans-duodénale. Même si une papillotomie per-endoscopique eut vraisemblablement été thérapeutique chez ce patient, nous croyons préférable de réserver cette technique aux sujets inopérables.

Après évaluation de la possibilité de réséquer ces lésions, nos formes malignes (5/6) ont toutes été traitées par la duodéno-pancréatectomie céphalique de Whipple avec antrectomie, cholécystectomie et cholédochectomie. Il n'y a eu aucun décès dû à la technique chirurgicale et nous n'avons noté aucune corrélation entre la durée de la survie post-opératoire et l'atteinte préalable de l'état général, la taille de la lésion ou son degré de différenciation histologique ni avec la présence ou non de métastases locorégionales pouvant être réséquées (tableau III).

60% de ces patients opérés sont décédés 9 à 35 mois après l'intervention et 40% sont toujours vivants et asymptomatiques 32 et 33 mois après avoir subi l'opération de Whipple aux stades III et IV. Ceci, couplé à l'intervalle asymptomatique dont ont bénéficié pendant 6 et 18 mois 2 des patients décédés, justifie à notre avis la poursuite d'une attitude chirurgicale agressive dans les ampullomes malins (opération de Whipple). À ce jour, notre survie de 40% post duodéno-pancréatectomie céphalique pour les formes malignes s'approche des taux rapportés dans les grandes séries chirurgicales[7] mais évidemment nous n'avons pas encore atteint un recul de 5 ans.

Conclusion

En conclusion, après révision de nos six cas, nous désirons insister sur l'importance pour tout endoscopiste de bien évaluer d'abord "l'aspect" de la papille de Vater avant d'en pratiquer la cannulation et de biopsier toutes celles qui paraissent d'aspect inhabituel, surtout si elles sont décolorées et friables.

L'ERCP, ainsi complétée de la biopsie trans-endoscopique de la papille, nous apparaît définitivement comme le meilleur moyen d'en arriver correctement à ce diagnostic. L'importance d'utiliser ces techniques d'investigation face à toute réaction pancréatitique d'étiologie obscure nous paraît également soulignée par le fait que 66% de nos sujets avaient présenté ce type de réaction à la période inaugurale.

Enfin, les survies de 40%[8] rapportées après résection radicale, taux vers lequel tend notre courte série, méritent à notre avis qu'on poursuive cette attitude thérapeutique agressive face à l'ampullome malin.

Summary

During the past three years, out of 720 ERCPs, we have found 6 new cases of primary ampullary tumors. One was benign, the other five were malignant. Their initial symptoms and signs, their diagnostic and therapeutic approach and their outcome are revised. The ones with malignant forms underwent radical resections and 40% are still living and asymptomatic, 32 and 33 months post operatively. ERCP, with simultaneous endoscopic biopsy, seems to be the best diagnostic method in this condition.

Bibliographie

1. **Howard J.M., Jordan G.L. :** Surgical diseases of the pancreas. J.B. Lippincott, 1960.

2. **Liebert M., Stewart H.L., Lund H. :** Carcinoma of the peri-ampullary portion of the duodenum. Ann. Surg., 1939 ; 109 : 219-245, 383-429.

3. **Cattell R.B., Pyrtex L.J. :** Premalignant lesions of the ampulla of Vater. Surg. Gynec. Obstet., 1950 ; 90 : 21-30.

4. **Martin E.D. :** Les tumeurs oddiennes-ampullomes vatériens. Monographie de l'association française de chirurgie., éd. Masson, 1978 ; 35-31.

5. **Caroli J. :** Diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater. Sem. Hop. Paris, 1949 ; 25 : 1314-1322.

6. **Debray C. :** Étude clinique et diagnostique du cancer des voies biliaires. Actualités Hépat. Gastroent., éd. Masson, 1952 ; 120-137.

7. **Warren K.W., Dai Sun Choe, Plaza J. :** Results of radical resection for peri-ampullary cancer. Ann. Surg., 1975 ; 181 : 534-540.

8. **Siro H.M. :** Tumors. Clinical Gastroenterology, 3e éd., Macmillan, 1983 ; 1140-1159.

INDÉRAL*-LA
(chlorhydrate de propranolol)

gélules† à libération progressive
Anti-angineux et antihypertensif

ction
NDÉRAL-LA est une formulation spéciale de chlorhydrate de propranolol consistant en gélules remplies de granules de substance active enrobage à libération progressive.
NDÉRAL (chlorhydrate de propranolol) est un agent bloqueur des ecepteurs adrénergiques bêta. Il est dénué d'activité sympathiomimétique intrinsèque. INDÉRAL est un agent antagoniste qui entre pécifiquement en concurrence avec les sièges des récepteurs drénergiques bêta. Lorsque l'accès aux sièges des récepteurs êta-adrénergiques est bloqué, les réponses chronotrope, inotrope t vasodilatatrice à la stimulation bêta-adrénergique sont réduites roportionnellement.
e blocage bêta-adrénergique est utile dans certaines conditions liniques dans lesquelles l'activité sympathique est excessive ou appropriée et partant, nuisible au malade. Cependant, dans certaines ituations, la stimulation sympathique est vitale, en présence de bloc uriculoventriculaire, par exemple, ou de lésion cardiaque grave; n doit donc la préserver. Le but principal du blocage bêta-adrénerique est de diminuer la stimulation sympathique indésirable mais on pas à un degré tel que le support sympathique nécessaire soit upprimé. Le blocage bêta entraîne la constriction (Voir les contreidications et la mise en garde).
e mécanisme des effets antihypertensifs d'INDÉRAL n'a pas été éterminé. Parmi les facteurs en cause, citons (1) une diminution u débit cardiaque, (2) l'inhibition de la libération de la rénine par les eins, et (3) la diminution du tonus nerveux sympathique émanant es centres vasomoteurs du cerveau. L'on croit, bien qu'on n'en possède as la preuve, que l'activité antihypertensive d'INDÉRAL est plus rande chez les sujets dont l'activité rénine plasmatique est normale u élevée que chez ceux dont l'activité rénine est faible.
NDÉRAL peut réduire les besoins du coeur en oxygène à tout niveau 'effort en bloquant les augmentations de la fréquence cardiaque, tension systolique et la vélocité et la force des contractions du yocarde induite par les catécholamines. En revanche, INDÉRAL peut ccroître les besoins en oxygène en augmentant la longueur des fibres e la paroi ventriculaire gauche, la tension en fin de diastole et période d'éjection systolique. L'effet net bénéfique aux angineux e manifeste à l'effort ou, en présence d'agression, en retardant crise douloureuse et en diminuant la fréquence et la gravité des ttaques angineuses.
NDÉRAL est presque complètement absorbé dans les voies gastrontestinales et il subit une élimination considérable de premier assage en raison d'une importante épuration hépatique. Les variations nterindividuelles des taux circulants par suite de l'effet de premier assage sont bien décrites dans la littérature et elles varient selon n nombre de facteurs y compris le terrain génétique.
es pics sanguins obtenus avec INDÉRAL-LA à 80 mg et INDÉRAL-LA 160 mg sont du même ordre que ceux que l'on obtient respectivement avec un seul comprimé de 20 ou de 40 mg. Les pics obtenus vec INDÉRAL-LA à 120 mg sont inférieurs à ceux que l'on obtient vec un seul comprimé à 40 mg.
a période biologique d'INDÉRAL-LA est d'environ 12 heures. À état stable, c'est-à-dire après cinq à six jours d'administration, es taux sanguins de propranolol sont analogues au début et à la fin 'une période de 24 heures. La configuration des taux sanguins 'INDÉRAL-LA a été prouvée reproductible dans diverses conditions 'alimentation et de repos.

ndications
NDÉRAL-LA est indiqué en traitement d'entretien de l'hypertension t en prophylaxie de l'angine de poitrine.
ans le traitement de l'hypertension, le chlorhydrate de propranolol st ordinairement utilisé en association avec d'autres médications, e plus souvent un diurétique thiazidique. S'il le juge à propos, le édecin peut employer chez certains de ses malades INDÉRAL seul u comme thérapeutique d'attaque de l'hypertension au lieu d'un iurétique. L'association d'INDÉRAL-LA et de diurétiques thiaziiques avec ou sans vasodilatateurs périphériques s'est révélée ompatible et elle est généralement plus efficace qu'INDÉRAL-LA eul. INDÉRAL-LA employé avec la plupart des agents antihypertensifs le plus couramment utilisés n'a pas donné lieu à des phénoènes d'incompatibilité.
n doit toujours utiliser en début de traitement et pour déterminer a posologie individuelle, les comprimés d'INDÉRAL ordinaire. La ormule à action prolongée peut être utilisée en traitement d'entretien à condition que les exigences posologiques le permettent.
NDÉRAL-LA n'est pas indiqué dans le traitement d'urgence des rises d'hypertension.

ontre-indications
NDÉRAL-LA (chlorhydrate de propranolol) est contre-indiqué en résence
) de bronchospasme ou d'asthme
) de rhinite allergique au cours de la saison pollinique
) de bradycardie sinusale et de bloc cardiaque du second ou du troisième degré
) de choc cardiogène
) de défaillance du ventricule droit secondaire à l'hypertension pulmonaire
) d'insuffisance cardiaque (voir la Mise en garde)

Mise en garde
nsuffisance cardiaque. La stimulation sympathique demeure un lément vital de la fonction circulatoire en présence d'insufsance cardiaque; en conséquence, l'inhibition par blocage bêtadrénergique représente un risque puisqu'elle peut accentuer la épression de la contractilité myocardique et précipiter un arrêt ardiaque. INDÉRAL-LA agit de façon sélective sans abolir l'action notrope de la digitale sur le muscle cardiaque (c'est-à-dire qui consiste à entretenir la force des contractions myocardiques). Chez es sujets qui reçoivent de la digitale, l'action inotrope positive de ette substance peut réduire l'effet inotrope négatif d'INDÉRAL. Les ffets d'INDÉRAL et de la digitale s'additionnent dans la dépression de la conduction auriculo-ventriculaire.
En l'absence d'antécédents d'insuffisance cardiaque, le maintien de la dépression du myocarde pendant une période de temps, risque, hez certains sujets, de mener à la défaillance cardiaque. Dans de ares cas, ce phénomène s'est produit à l'administration d'INDÉRAL. En conséquence, au premier symptôme d'insuffisance cardiaque, on oit administrer de la digitale et un diurétique au besoin et observer la réponse du sujet: a) si l'insuffisance cardiaque persiste, en dépit de la digitalisation et de l'administration de diurétique, on doit interrompre INDÉRAL-LA immédiatement; b) si la tachyarythmie est maîtrisée, continuer avec INDÉRAL et le diurétique et surveiller de près jusqu'à ce que le risque de défaillance cardiaque soit passé.
Interruption brusque d'INDÉRAL en présence d'angine de poitrine. On a rapporté des incidents d'exacerbation graves de l'angine de poitrine et la survenue d'infarctus du myocarde chez certains angineux lors de l'interruption brusque d'INDÉRAL. Par conséquent, lorsqu'on envisage le retrait d'INDÉRAL-LA chez les angineux, on doit réduire la posologie graduellement pendant au moins deux semaines et observer strictement le malade. On procède en substituant à INDÉRAL-LA la dose équivalente d'INDÉRAL ordinaire en comprimés de 40 mg répartis au cours de la journée, puis en réduisant graduellement la dose. Dans les situations très urgentes, réduire les doses d'INDÉRAL-LA en paliers, en quatre jours et sous stricte observation. Si l'angine de poitrine s'aggrave, ou que survient une insuffisance coronaire aiguë, on recommande de reprendre le traitement à l'INDÉRAL ordinaire promptement, au moins temporairement. De plus, les sujets atteints d'angine de poitrine doivent être avertis du danger de l'interruption brusque d'INDÉRAL-LA.
Syndrome oculomucocutané. Diverses formes d'érythème et un xérosis conjonctival ont été rapportés chez les sujets traités aux bêtabloquants, y compris INDÉRAL. Un syndrome oculomucocutané grave dont les signes comportent une conjonctivite sèche et un érythème pseudo-psoriasique, une otite et une sérosite sclérosante a été rapporté à l'usage au long cours d'un agent bêta-bloquant. Ce syndrome n'a jamais été observé avec INDÉRAL, cependant, les médecins doivent être au fait de la possibilité qu'il se produise et, le cas échéant, ils doivent interrompre le traitement.
En présence de thyrotoxicose, les effets nocifs pouvant survenir suite à l'administration au long cours d'INDÉRAL n'ont pas encore été évalués à fond. On doit considérer particulièrement le risque qu'INDÉRAL précipite une insuffisance cardiaque. De plus, INDÉRAL-LA peut masquer les signes cliniques d'une hyperthyroïdie naissante ou en évolution ou les complications qui en résultent et donner une fausse impression d'amélioration. En conséquence, l'interruption brusque d'INDÉRAL peut entraîner l'exacerbation des symptômes d'hyperthyroïdie, y compris une crise aiguë thyroïdienne. Ce peut être là un autre cas où INDÉRAL-LA doit être interrompu lentement par la diminution des prises. INDÉRAL ne fausse pas les résultats des épreuves de la fonction thyroïdienne.
Chez les sujets porteurs de syndrome de Wolff-Parkinson-White, on doit administrer INDÉRAL-LA avec circonspection puisque dans plusieurs cas, une bradycardie grave exigeant l'usage d'un entraîneur électrosystolique a fait suite à la tachycardie. Chez un malade, ce phénomène s'est produit après une dose d'attaque de 5 mg d'INDÉRAL.
Chirurgie urgente ou non. Le cas des angineux traités avec des bêta-bloquants et qui subissent une chirurgie urgente ou non porte à la controverse puisque le blocage des récepteurs adrénergiques bêta gêne la faculté du coeur de répondre à la stimulation réflexe transmise par voie adrénergique, mais par contre l'arrêt brusque du traitement avec INDÉRAL peut entraîner de graves complications (voir Mise en garde). Un certain nombre de malades traités par les agents bloqueurs des récepteurs adrénergiques bêta ont fait une hypotension grave et prolongée en cours d'anesthésie. On a aussi éprouvé parfois de la difficulté à faire rétablir et à conserver les contractions du coeur.
Pour ces raisons, chez les angineux qui subissent une intervention chirurgicale non urgente, on doit interrompre graduellement le traitement avec INDÉRAL-LA selon les recommandations du paragraphe «Arrêt brusque du traitement» (voir Mise en garde). Il existe une bonne documentation concernant les effets cliniques et physiologiques du bêta-blocage qui montre que ceux-ci ont disparu dans les 48 heures qui suivent le retrait du médicament.
En cas d'urgence chirurgicale, INDÉRAL-LA étant un inhibiteur concurrent des récepteurs agonistes bêta adrénergiques, ses effets sont susceptibles d'être renversés, si nécessaire, par des doses suffisantes de substances agonistes tels que l'isoprotérénol ou le lévartérénol.
L'anesthésie avec des agents qui maintiennent la contractilité cardiaque par la libération des catécholamines, (comme l'éther) doit être évitée chez les sujets traités avec INDÉRAL-LA.
Chez les personnes sujettes aux bronchospasmes d'origine non allergique (la bronchite chronique, l'emphysème, la bronchiectasie par exemple), on doit administrer INDÉRAL-LA avec circonspection puisqu'il risque d'empêcher la dilatation bronchique produite par la stimulation des récepteurs bêta-adrénergiques et par les catécholamines endogènes et exogènes.
Dans le diabète et l'hypoglycémie INDÉRAL-LA, vu son activité bêta-bloquante, peut masquer les signes prémonitoires et les symptômes de l'hypoglycémie aiguë (changement de fréquence du pouls et de la tension artérielle). Il est particulièrement important de tenir compte de cet effet en présence de diabète instable. Les crises d'hypoglycémie peuvent s'accompagner d'une élèvation subite de tension artérielle.
Grossesse. La sécurité d'INDÉRAL-LA chez la femme enceinte n'a pas été établie. Dans l'administration de quelque médicament que ce soit pendant la grossesse ou chez les femmes fécondes, on doit peser les risques possibles pour la mère et le foetus et les avantages thérapeutiques qu'on attend du traitement. Certaines complications, telles que le retard de coissance intra-utérine ou le défaut de croissance du placenta ont été rapportées chez quelques femmes enceintes traitées avec INDÉRAL. Par ailleurs, quelques nourrissons de femmes traitées faisaient de l'hypoglycémie ou de la bradycardie à la naissance.
Chez les enfants. Les expériences chez les enfants de moins de 12 ans sont limitées mais, les indications de l'usage d'INDÉRAL-LA surviennent rarement chez les enfants; d'autre part, bien qu'il n'existe pas de preuve que les enfants réagissent différemment des adultes, on n'en recommande pas moins aux médecins de procéder avec circonspection dans le traitement des enfants.

Précautions
Le ralentissement du coeur par suite de l'activité vagale non opposée est relativement fréquent chez les sujets traités avec INDÉRAL-LA; cependant, à l'occasion, une bradycardie grave se produit et elle peut causer des vertiges, des lipothymies ou de l'hypotension orthostatique. Les malades dont la réserve cardiaque est limitée doivent être surveillés pour dépister les manifestations de bradycardie excessive. S'ils deviennent symptomatiques, la dose d'INDÉRAL doit être diminuée ou, au besoin, le traitement doit être interrompu. S'il devient impératif de corriger la bradycardie, on doit recourir à l'atropine ou à l'isoprotérénol intraveineux.
L'association d'INDÉRAL, d'un diurétique thiazidique et d'un vasodilateur périphérique produit une baisse plus marquée de la tension artérielle qu'une ou l'autre des substances isolément. Ce phénomène survient fréquemment quelle que soit la séquence choisie pour l'administration des trois agents. Le même taux de tension artérielle peut être obtenu en administrant chaque médicament en prises plus faibles que celles qui sont ordinairement recommandées. Il faut donc, lorsqu'on utilise l'association de médicaments, surveiller le malade de près jusqu'à stabilisation de sa tension.
Si le malade reçoit de la réserpine ou de la guanéthidine qui épuisent ses catécholamines, on doit le garder en observation si on administre INDÉRAL-LA simultanément. Le blocage additionnel des catécholamines peut produire une réduction excessive du tonus sympathique au repos.
Chez les sujets en traitement au long cours avec INDÉRAL-LA, on doit procéder à intervalles réguliers aux déterminations d'usage en laboratoire. Le médicament doit être administré avec circonspection en présence de lésion de la fonction hépatique ou rénale.

Effets indésirables
Les plus sérieux effets indésirables causés par INDÉRAL sont l'insuffisance cardiaque et le bronchospasme (voir Contre-indications, Mise en garde et Précautions).
Certains troubles gastro-intestinaux tels qu'anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, coliques sont les réactions indésirables les plus fréquentes. On a aussi rapporté, mais plus rarement (en ordre de fréquence), la froideur des extrémités et l'exacerbation de la maladie de Raynaud; l'insuffisance cardiaque, les troubles du sommeil, notamment les cauchemars, les étourdissements, la fatigue et les bronchospasmes.
Les effets indésirables propres à chaque système organique sont décrits ci-contre.
Système cardio-vasculaire. L'insuffisance cardiaque (voir sous Mise en garde); les effets secondaires du ralentissement du débit cardiaque qui peuvent comprendre la syncope, les vertiges, les étourdissements, la diminution de la perfusion rénale et plus rarement, de l'hypotension orthostatique; l'aggravation du bloc auriculoventriculaire et l'hypotension; une bradycardie grave, la claudication et la froideur des extrémités; le syndrome de Raynaud, la dyspnée, les palpitations, la pré-cordialgie.
Système nerveux central. Étourdissements, léthargie, faiblesse, somnolence, céphalées, insomnie, fatigue, anorexie, angoisse, dépression mentale, manque de concentration, amnésie (réversible) et catatonie, cauchemars accompagnés ou non d'insomnie, hallucinations, paresthésie, incoordination.
Voies gastro-intestinales. Nausées, vomissements, gêne épigastrique, anorexie, ballonnement, diarrhée bénigne, constipation.
Voies respiratoires. Bronchospasmes, laryngospasmes, gêne respiratoire. (Voir sous Contre-indications et Mise en garde).
Peau et phanères. Quelques cas d'érythème et d'aggravation de lésions acnéiformes faciales ont été rapportés; urticaire; lésions psoriasiques exfoliatrices.
Autres. Diminution ou perte de libido; alopécie (réversible); plus rarement, diminution ou perte de l'ouïe, acouphène; troubles visuels; perte de vision; conjonctivite; purpura thrombocytopénique; pharyngite et agranulocytose, hyperthermie associée à l'angine; rétention urinaire associée à des poussées répétées de tachycardie paroxystique; suffusion de la figure.
Résultats des épreuves de laboratoire cliniques. On été rapportés: de l'urémie dans la défaillance cardiaque avancée, une élévation des taux de transaminase sérique, de phosphatase alcaline et de lactate-déshydrogénase.

Surdosage (symptômes et traitement)
Voir la monographie du produit.

Posologie et mode d'administration
Les gélules INDÉRAL-LA à libération progressive sont destinées au traitement d'entretien chez les sujets qui prennent des doses entre 80 à 320 mg par jour. On doit utiliser les comprimés ordinaires dans l'instauration du traitement et le titrage des doses.
INDÉRAL-LA peut être utilisé de préférence en traitement d'entretien vu la commodité de l'administration d'une seule dose par jour.
Les sujets en traitement d'entretien de l'angine de poitrine ou de l'hypertension qui prennent des doses de 80 à 320 mg par jour des comprimés ordinaires en doses fractionnées peuvent passer à INDÉRAL-LA dans la concentration et en nombre requis à prendre une fois par jour, le matin ou le soir.
Lorsque le malade est déjà traité avec un agent antihypertensif et que le médecin y associe le propranolol, le traitement doit être instauré avec les comprimés ordinaires d'INDÉRAL selon la posologie recommandée. Lorsque la tension artérielle est suffisamment abaissée, on peut administrer les gélules INDÉRAL-LA en traitement d'entretien à condition qu'elles conviennent aux exigences de la posologie indiquée.
Dans le traitement de l'hypertension, une réduction supplémentaire de la tension artérielle peut être obtenue, au besoin, en ajoutant un diurétique ou un vasodilateur périphérique au traitement. Cependant, l'addition d'un autre agent antihypertensif doit être graduel; on commence par 50% de la dose usuelle recommandée afin de prévenir une baisse excessive de la tension artérielle.

Présentation
N° 3471 La gélule contient 80 mg de chlorhydrate de propranolol, en flacons de 100.
N° 3473 La gélule contient 120 mg de chlorhydrate de propranolol, en flacons de 100.
N° 3472 La gélule contient 160 mg de chlorhydrate de propranolol, en flacons de 100.
Une monographie du produit est délivrée sur demande.
†La forme extérieure de ces gélules est une marque déposée des Laboratoires Ayerst.

Ayerst
LABORATOIRES AYERST
Division de Ayerst, McKenna & Harrison Inc.
Montréal, Canada
ACIM CCPP
Fabrication canadienne selon accord avec IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED
191 *Marque déposée

L'otite externe membraneuse

Charles Gélinas[1], Jacques Piché[1] et Guy Boutin[2]

Résumé

En présentant l'observation clinique d'une otite externe membraneuse, nous avons revu la littérature et nous énumérons différentes classifications des maladies de l'oreille externe. Nous donnons une classification des infections de l'oreille externe en décrivant brièvement la symptomatologie. Des suggestions thérapeutiques sont énumérées ainsi que quelques principes de traitement.

Les maladies du conduit auditif externe présentent souvent un problème complexe, autant pour l'oto-rhino-laryngologiste que pour le dermatologiste. L'O.R.L. voit bien la lésion avec ses instruments mais parfois comprend peu la physiopathologie impliquée dans le développement de cette maladie cutanée.

Le dermatologiste, lui, pourrait comprendre mais ne voyant pas, il ne peut saisir toutes les dimensions du problème. Force est donc d'adapter une approche combinée pour comprendre et traiter.

Senturia[1] fut le premier O.R.L. qui, en 1957, eut la notion de cette dualité ; il fut le pionnier qui, alliant dermatologie et oto-rhino-laryngologie, posa les jalons pour des bases thérapeutiques raisonnées.

À la suite de l'intérêt créé par Senturia, il y eut de multiples recherches cliniques visant à cerner de façon plus spécifique les différentes maladies ; ainsi Boies et coll.[2], Jones[3], McLaurin[4] ont donné des descriptions des maladies de l'oreille externe. Les techniques se multiplièrent pour devenir plus sophistiquées.

Parler de ces techniques par énumérations est fastidieux. Toutefois, leur usage pour documenter et connaître une maladie bizarre est souvent un exercice fascinant. Nous étudierons donc l'otite externe membraneuse, maladie mal connue, difficile à comprendre et à traiter.

Classification

En présentant l'otite externe membraneuse, nous ferons une revue succincte des principales infections de l'oreille externe que nous pouvons classifier ainsi :

A. Otite externe membraneuse
B. Infections à bactéries gram-positif :
   1. Furoncle
   2. Cellulite
   3. Érysipèle
   4. Impétigo
C. Infections à bactéries gram-négatif :
   1. Otite externe diffuse
   2. Otite externe granuleuse
   3. Otite externe nécrosante
D. Otomycoses
E. Infections virales
   1. Myringite bulleuse
   2. Herpes simplex
   3. Herpes zoster
F. Autres

A. Otite externe membraneuse

Ce type d'otite externe chronique est rare. Elle survient surtout chez l'adulte. La cause est inconnue et aucune recherche clinique ne s'est intéressée au problème. Elle se définit comme étant "la formation d'une membrane grise, fripée, étroitement adhérente aux parois du conduit auditif externe, surtout dans sa portion osseuse"[1]. Lorsqu'on la détache avec une petite pince, elle vient en bloc, comme un moule intime de la portion touchée, laissant derrière elle une surface hyperhémiée, légèrement exsudative. De micro-bandelettes épithéliales peuvent être vues au microscope, résidus de l'attachement de la membrane (fig. 1).

1) Oto-rhino-laryngologiste, Cité de la Santé de Laval.
2) Chef du service d'oto-rhino-laryngologie, Cité de la Santé de Laval.
Tirés à part :
Docteur Charles Gélinas, service d'oto-rhino-laryngologie, Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laennec, Vimont, Laval (Québec) H7M 3L9.
Article reçu le : *23.9.83*
Avis du comité de lecture le : *4.11.83*
Acceptation définitive le : *16.12.83*

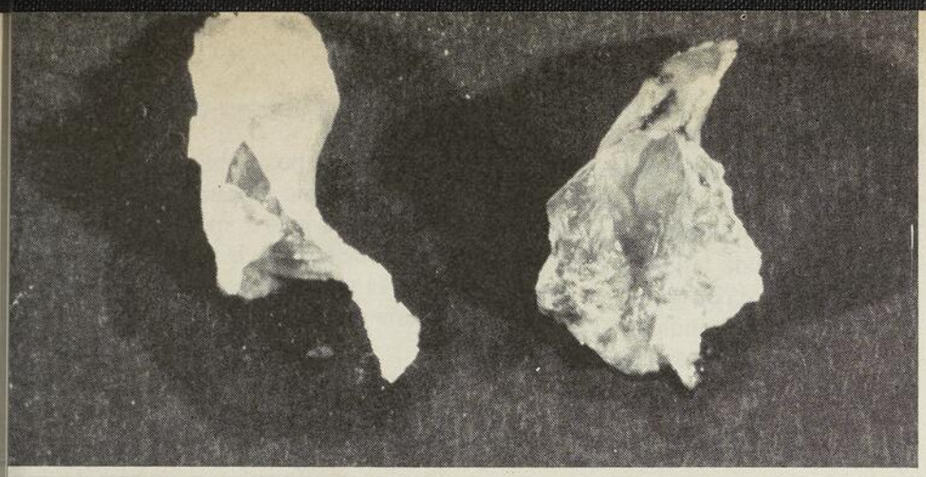


Figure 1 — Membrane formant un sac enlevée du conduit auditif externe de notre patiente.

Notre patiente, âgée de 24 ans, a présenté, à l'otoscopie, un tympan épaissi, rouge mat, sans perforation ni granulation. L'investigation dermatologique et allergique a été négative. La bactériologie a permis l'identification de staphylocoque doré et de straptocoque bêta-hémolytique. Une surdité de conduction légère a été prouvée par l'audiogramme.

En plus du nettoyage et de l'extraction des membranes, la malade a été traitée avec de la pénicilline par voie systémique et des stéroïdes topiques.

B. Infections à bactéries gram-positif

1) *Furoncles :* La furonculose, forme localisée d'otite externe, est généralement causée par le staphylocoque ; elle prend naissance dans les follicules pileux qui sont situés dans la partie externe, cartilagineuse du conduit auditif. La furonculose cause une douleur plus intense que les autres otites externes ; elle se manifeste par un gonflement le plus souvent localisé avec érythème. Une mèche imprégnée d'un onguent antibiotique est un agent thérapeutique et contribue aussi à diminuer la douleur. La cloxacilline, l'érythromycine et la clindamycine sont considérés comme les antibiotiques de choix mais l'antibiothérapie systémique est rarement indiquée.

2) *Cellulite :* La cellulite du pavillon ou du conduit est une infection très douloureuse parce que la peau est fermement adhérente au cartilage sous-jacent. Elle est causée par le stroptocoque ou le staphylocoque et elle survient souvent à la suite d'une opération sur l'oreille ou d'une autre plaie. Elle se caractérise par une rougeur diffuse avec oedème et douleur. La cellulite est traitée avec la pénicilline ; chez le malade allergique à la pénicilline, l'érythromicine, la clindamycine ou le trimethoprim — sulfaméthoxazole sont indiqués. L'application locale de compresses humides chaudes soulage la douleur.

3) *Érysipèle :* L'érysipèle est rare et se rencontre chez le nouveau-né, le vieillard et chez ceux qui souffrent de malnutrition, d'alcoolisme, de dysgammaglobulinémie ou d'une autre condition immuno-déficiente. Cette maladie causée par le streptocoque bêta-hémolytique se manifeste par une induration rouge de la peau avec rebord surélevé et bien délimité et se traite avec la pénicilline G.

4) *Impétigo :* L'impétigo secondaire à une infection par le staphylocoque blanc se retrouve chez le jeune enfant tandis que l'infection par le streptocoque bêta-hémolytique est diagnostiquée chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte. Cette maladie contagieuse peut être identifiée par ses pustules avec formation d'une croûte jaunâtre. Les croûtes doivent être enlevées par application de pansements humides chauds et si les lésions ne sont pas trop nombreuses, l'application d'un onguent antibiotique avec bacitracin ou néomycine peut être faite ; si les lésions sont nombreuses, la pénicilline ou l'érythromycine est utilisée par voie systémique.

C. Infections à bactéries gram-négatif

1) *Otite externe diffuse :* L'otite externe diffuse est une maladie très fréquente et plusieurs facteurs contribuent à augmenter cette fréquence ; les principaux facteurs en cause sont : une température chaude et humide, la macération de la peau du conduit auditif, l'alcalinité de la peau du conduit, l'absence de cérumen et de la couche graisseuse normale, les traumatismes par nettoyage agressif, la contamination. Cette infection est causée par un bacille gram-négatif, principalement le pseudomonas aéruginosa, mais si l'infection est de longue durée, un fungus ou d'autres bactéries peuvent compliquer l'infection primaire. La maladie peut être aiguë, sub-aiguë ou chronique. Les symptômes sont le prurit, la douleur, la sensation de plénitude, l'hypaocousie et l'otorrhée. Parmi les signes cliniques, il faut noter la rougeur et l'oedème de la peau, la suppuration souvent verdâtre et parfois fétide.

Le nettoyage du conduit est un facteur important de traitement de l'otite externe diffuse comme dans la majorité des maladies de l'oreille. Les principaux antibiotiques topiques utilisés sont la polymyxine, la gentamycine et l'association polymyxine — néomycine — hydrocortisone. Lorsque l'oedème est important, l'application d'une mèche imprégnée d'un onguent antibiotique avec hydrocortisone pourra être plus utile pour diminuer l'oedème du conduit avant l'application de gouttes. L'antibiothérapie systémique sera prescrite dans les formes graves comme l'ampicilline, la tétracycline ou selon l'antibiogramme.

2) *Otite externe granuleuse :* Dans l'otite externe granuleuse, la peau est recouverte de pus et des granulations sessiles se forment sur la face externe du tympan ou des granulations pédiculées apparaissent sur la peau de la partie osseuse du conduit. Après avoir nettoyé le conduit, les granulations doivent être enlevées et parfois cautérisées et des gouttes ou une crème antibiotique est appliquée.

3) *Otite externe nécrosante :* L'otite externe nécrosante (otite externe maligne) est une maladie rare, grave et parfois fatale ; il s'agit d'une infection à pseudomonas survenant chez un malade diabétique et résultant en une destruction osseuse. Un traitement médical agressif et prolongé est administré par antibiothérapie locale et intra-veineuse ; lorsqu'il y a échec au traitement médical, le traitement chirurgical devient indiqué, pour enlever l'os infecté.

D. Otomycoses

L'otite externe fungique est une otite externe diffuse causée par plusieurs champignons mais les deux principaux sont le candida albicans et l'aspergillus niger. Le premier symptôme est habituellement le prurit et par la suite, apparaissent une légère douleur, une otorrhée séro-purulente peu abondante et une légère hypoacousie. À l'examen, on constate des granules noi-

POUR ENFANTS
TYLENOL*
acétaminophène

UN PREMIER CHOIX LOGIQUE
ACTION:
L'acétaminophène est un analgésique et un antipyrétique.
INDICATIONS:
L'acétaminophène TYLENOL* est indiqué pour soulager la douleur et la fièvre. Il est également indiqué comme analgésique-antipyrétique pour le traitement symptomatique du rhume.
CONTRE-INDICATIONS:
Hypersensibilité à l'acétaminophène.
EFFETS SECONDAIRES:
Contrairement aux salicylates, l'acétaminophène ne provoque que rarement l'irritation gastro-intestinale. En cas de rare réaction d'hypersensibilité, cesser de prendre le médicament. L'hypersensibilité se traduit par une éruption cutanée ou de l'urticaire. Absorbé régulièrement, l'acétaminophène a prouvé qu'il entraînait une légère prolongation du temps de prothrombine chez les patients traités aux anticoagulants oraux; cependant, la signification clinique de cet effet n'est pas précise.
SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE:
La majorité des patients ayant ingéré une dose suffisamment élevée pour provoquer une toxicité hépatique manifestent des symptômes précoces. Cependant, comme il existe des exceptions, il est préférable d'administrer l'antidote le plus tôt possible lorsque l'on soupçonne qu'il y a eu surdosage à l'acétaminophène. Maintenir les mesures de soutien pendant tout le traitement du surdosage, compte tenu des taux plasmatiques d'acétaminophène et des résultats des tests de la fonction hépatique et autres tests cliniques de laboratoire.
La N-acétylcystéine est recommandée comme antidote contre le surdosage à l'acétaminophène et est présentée sous des formes posologiques pour administration orale ou parentérale. On peut obtenir des renseignements détaillés sur le traitement du surdosage à l'acétaminophène par la N-acétylcysteine sous ses formes posologiques pour administration orale ou parentérale en s'adressant aux fabricants (Mucomyst, Bristol-Myers Canada Inc., et Airbron et Parvolex,Glaxo Canada Ltée, marques de commerce de leurs marques de N-acétylcystéine) ou au centre antipoisons le plus proche.
POSOLOGIE:
Enfants: Dose basée sur le poids
De 10 à 15 mg/kg toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 65 mg/kg en 24 heures.
PRÉSENTATION:
GOUTTES TYLENOL*: Chaque goutte de 0,8 mL contient 80 mg d'acétaminophène dans un liquide de teinte orangée légèrement amer, à saveur de fruits. En flacons de 15 mL† et de 25 mL† et compte-gouttes calibré.
ÉLIXIR TYLENOL*: Chaque 5 mL contient 160 mg d'acétaminophène dans un liquide rouge à saveur de cerise. En flacons de 100 mL† et 500 mL.
Comprimés à croquer TYLENOL* de 80 mg: Chaque comprimé rose rond, sécable sur une face et gravé "TYLENOL" sur l'autre, contient 80 mg d'acétaminophène. En flacons de 24† comprimés.
†contenant muni d'un bouchon à l'épreuve des enfants.
RÉFÉRENCES:
1. Temple AR. *Review of Comparative Antipyretic Activity in Children.* AM J Med 1983; 75 (nº 5A): 38-46.
2. Éditorial. *Aspirin or Paracetamol?* The Lancet 1981; II: 287-289.
3. Ivey KJ. *Gastrointestinal Effects of Antipyretic Analgesics.* AM J Med 1983; 75 (nº 5A): 53-64.

McNEIL
PAAB CCPP
LA COMPAGNIE
DE PRODUITS AUX CONSOMMATEURS McNEIL
GUELPH, ONTARIO N1K 1A5
*Marque de commerce

râtres suggestifs d'aspergillus ou une masse blanchâtre dans l'infection à candida. Le nettoyage des conduits est très important avant de prescrire un fungicide. Le nystatin est surtout actif contre le candida tandis que des antiseptiques non spécifiques peuvent être utilisés contre le candida et l'aspergillus : Vioforme, Crésylate, Ventian, Domeboro.

E. Infections virales

1) *Myringite bulleuse :* La myringite bulleuse est généralement associée à une infection des voies respiratoires supérieures d'origine virale. Elle provoque une douleur parfois vive dans l'oreille et l'éclatement des bulles qui sont localisées sur le tympan, amène un écoulement séro-sanguinolent et un soulagement rapide de la douleur. Lorsque les bulles ne s'ouvrent pas spontanément, elles peuvent être incisées. Il n'y a pas de traitement sauf l'application de gouttes analgésiques comme l'auralgan ou la lidosporine.

2) *Herpes simplex :* L'herpes simplex est une inflammation avec vésicules sur la peau du pavillon et du conduit auditif externe ou sur les muqueuses. Cette infection est causée par le virus Herpesvirus hominis et elle guérie spontanément.

3) *Herpes zoster :* L'herpes zoster est causé par le virus de la varicelle chez les individus qui ont apparemment une immunité partielle. Le malade consulte pour une éruption sur et autour de l'oreille avec douleur importante. L'examen révèle la présence de vésicules. Cette infection peut causer une paralysie du nerf facial ; lorsqu'elle s'accompagne de troubles auditifs et d'équilibre, elle forme le syndrome de Ramsay Hunt. Les analgésiques sont indiqués contre la douleur mais il n'y a pas d'autre traitement.

F. Autres

Il existe plusieurs autres formes d'otite externe. Il faut penser aux infections causées par les organismes acidorésistants de la tuberculose et de la lèpre de même qu'aux infections syphilitiques causées par le tréponème pâle. Ces infections sont cependant rares à l'oreille externe.

Principes de traitement

La peau lésée de l'oreille externe, comme ailleurs sur le corps, a tendance à guérir spontanément. Il ne faut donc pas que le traitement interfère avec la tendance naturelle de la peau à guérir et aggrave la condition.

Voici quelques principes généraux :

Utiliser le médicament le plus simple et le plus inoffensif qui guérira la maladie.
Éviter de surtraiter une infection aiguë qui guérie souvent rapidement.
Plus l'infection est chronique, plus le traitement doit être énergique.
Choisir un véhicule de base approprié comme on choisit l'agent thérapeutique approprié ; ainsi un onguent s'applique sur une peau sèche tandis qu'une crème est indiquée pour une peau humide.
Rétablir l'acidité normale de la peau du conduit auditif externe par l'application de gouttes à contenu acide.
Un nettoyage adéquat du conduit auditif.
Éviter d'utiliser des agents qui ont une haute incidence allergique.

Summary

While presenting a clinical observation of a membranous external otitis, a review of the litterature was done on the different classifications of diseases of the external ear.

We give a classification of infections of the external ear with a brief description of the symptomatology. Therapeutical suggestions are enumerated and some principles of treatment are mentioned.

Bibliographie

1.Senturia B.H., Marcus M.D., Lucente F.E. : Diseases of the External Ear, 2e éd., Grune and Stratton, 1980.

2.Boies L.R., Hilger J.A., Priest R.E. : Fundamentals of Otolaryngology. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1964.

3.Jones E.H. : Diseases of the External Ear. Otolaryngology, Maloney, 1974.

4.McLaurin J.W. : Otolaryngology, Volume 2. Paparella and Shumrick, 1973 : chap. 2.

L'examen médical périodique : *mise à jour*

1. Introduction

Walter O. Spitzer [1]

Il y a cinq ans, le journal de l'Association médicale canadienne[1] et l'Union médicale du Canada[2] publiaient le rapport du groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Depuis, près de 25 000 tirés à part ont été distribués, et le rapport a été cité dans de nombreux articles et éditoriaux[3-6]. Bien que le groupe d'étude n'eût été investi d'aucun pouvoir de réglementation (il s'agissait d'un rapport *adressé au* gouvernement et non d'un rapport *émanant du* gouvernement), ses recommandations eurent des répercussions majeures sur les normes de médecine préventive dans plusieurs pays occidentaux[7,8]. Il recommandait essentiellement d'abandonner le bilan annuel chez les adultes apparemment bien portants et d'appliquer un programme de prévention primaire et secondaire qui prendrait la forme d'un ensemble de mesures adaptées à l'âge et au sexe et échelonnées sur toute la vie de l'individu.

La plus importante contribution du groupe d'étude fut sans doute l'élaboration d'une méthode normalisée en vue de l'évaluation et de la pondération des données scientifiques relatives aux interventions préventives[9]. Grâce à des critères aussi explicites, il est devenu plus facile de définir les changements devant être apportés aux recommandations concernant certaines interventions inhérentes aux divers programmes de protection de la santé. Ces critères ont également fait ressortir des secteurs de recherche prioritaires, c'est-à-dire des lacunes dans les connaissances requises pour prendre des décisions rationnelles en matière de prévention.

En 1975, le groupe d'étude écrivait ce qui suit[10] :

> "Les recommandations avancées dans le rapport sont celles que, pour le moment, le groupe d'étude considère comme justifiées. Elles doivent toutefois continuer d'évoluer, car de nouvelles preuves ne cessent de voir le jour. Il arrive souvent que de nouvelles données plus précises sur la sensibilité, la spécificité, la valeur de prédiction et d'autres attributs des mesures de dépistage se manifestent. L'évolution des conditions socio-économiques peut suggérer une nouvelle étude des présentes recommandations... Nous recommandons donc une étude permanente des indications..."

Pour le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, la meilleure façon d'assurer une étude permanente des normes était de reconvoquer le groupe d'étude original et d'assurer un roulement régulier de ses membres. La première réunion du groupe d'étude ainsi reconstitué eut lieu en mars 1982 ; sa composition était presque identique à ce qu'elle était en 1979. Au cours des mois suivants, plusieurs des principaux membres ont demandé à être remplacés. En 1983, le groupe d'étude avait atteint les objectifs de roulement graduel poursuivis par Santé et Bien-être social Canada pour ce qui est des membres eux-mêmes et des disciplines représentées.

Après avoir examiné les états morbides abordés dans le premier rapport et déterminé les questions qui devaient faire l'objet d'un nouvel examen, le groupe d'étude a décidé de ne pas publier un grand rapport tous les cinq ans, mais plutôt de préparer des mises à jour annuelles. Ces mises à jour ne se limiteront pas à l'étude des nouvelles données concernant certains états morbides, mais aborderont également de nouvelles questions.

Les recommandations se rapportant à cinq états morbides ont été révisées à la lumière de nouvelles données : l'infection génito-urinaire à Chlamydia, plus particulièrement chez les femmes enceintes ; l'hypoacousie (chez l'adulte) ; l'hypertension ; le cancer de la peau (y compris le mélanome) et la scoliose.

En outre, cinq autres états ont été ajoutés. Il s'agit de l'insuffisance coronarienne, en raison de l'usage répandu de l'électrocardiogramme au repos et à l'effort en vue du dépistage précoce de ce trouble chez les patients asymptomatiques ; le souffle carotidien asymptomatique en tant que facteur de risque de l'accident vasculaire cérébral ; le cancer du testicule, qui est la tumeur solide la plus fréquente chez l'homme âgé de moins de 30 ans, l'accent étant mis sur la valeur de l'autoexamen ; l'allaitement maternel, en vue de déterminer la valeur du counseling, et l'hépatite B.

Vu le nombre limité de nos rencontres, il nous a été impossible de nous attaquer à toutes les maladies im-

1) M.D., C.C.F.P., M.H.A., M.P.H. Professeur et directeur, département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill, Montréal.

Tirés à part :
Direction des services de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Parc Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

portantes qui font actuellement l'objet de controverses ; l'étude et la discussion des données concernant le cancer du côlon et du rectum et l'administration d'hormones exogènes aux patientes atteintes du cancer du sein, par exemple, ne pouvaient pas être prêtes à temps pour être incluses dans la mise à jour de 1984, mais ces deux questions seront traitées en priorité dans la mise à jour de 1985.

En 1979, nous avions anticipé certains désaccords quant aux mesures qui devaient faire partie des programmes de protection de la santé et à celles qui devaient en être exclues. Nous nous attendions à de vives discussions et nous n'avons pas été déçus. L'intensité et la persistance du débat ont démontré l'importance croissante de la prévention dans la pratique clinique. En outre, tel que nous l'avions prévu, les échanges avec nos collègues cliniciens dans de nombreux pays et avec les chercheurs dans un grand nombre d'universités et d'administrations gouvernementales de même que les recherches inestimables réalisées depuis la publication du premier rapport nous ont grandement aidés au cours du processus d'étude permanente.

Comme nous le disions en 1979, cette mise à jour ne constitue pas le point final en matière de prévention. Il n'y aura jamais de point final à ce chapitre.

Bibliographie

1. Report of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Association médicale canadienne, Journal, 1979 ; 121 : 1193-1254.

2. Rapport du groupe d'étude sur l'examen médical périodique. Union méd. Can., 1979 ; 108(suppl.) : 1-48.

3. **Delbanco T.L., Taylor W.C.** : The periodic health examination : 1980 (éditorial). Ann. Intern. Med., 1980 ; 92 : 251-252.

4. **Gray J.A.M.** : Pioneers of screening (éditorial). Br. Med. J., 1979 ; 2 : 1356.

5. **Mathews J.D.** : The role of the periodic health examination in preventive medicine (éditorial). Med. J. Aust., 1979 ; 2 : 527-528.

6. **Wood J.K.** : Réactions au rapport du groupe d'étude sur l'examen médical périodique (éditorial). Médecin de famille canadien, 1981 ; 27 : 550-551.

7. Medical Practice Committee, American College of Physicians. Periodic health examination : A guide for designing individualized preventive health care in the asymptomatic patient. Ann. Intern. Med., 1981 ; 95 : 729-732.

8. The Patterns of Practice and Health Care Delivery Committee of the College of Family Physicians of Canada. Health Maintenance Guide. Toronto : Le Collège des médecins de famille du Canada, 1983.

9. Examen médical périodique : Rapport d'un groupe d'étude à la Conférence des sous-ministres de la santé. Santé et Bien-être social Canada. (Cat # H39-3/1980F).

10. Ibid : 126.

2. Mise à jour (1984)

Membres du groupe de travail sur l'examen médical périodique (1982-1984)[1]

A) Les infections génito-urinaires à Chlamydia[1-3]

Recommandation

1. Il n'existe aucune raison valable d'inclure le dépistage des infections génitales à Chlamydia dans les examens médicaux périodiques pour la population en général.
2. Chez les femmes enceintes, le dépistage et le traitement pourraient avoir l'avantage de prévenir l'infection du nouveau-né, mais l'efficacité du traitement reste encore à prouver.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. La prévention primaire consiste à éviter les contacts avec des personnes à haut risque ou à utiliser des préservatifs.
2. Le traitement des femmes qui ont eu des cultures positives peut être efficace, même lorsque la grossesse est avancée, pour prévenir l'infection chez les nouveau-nés. Aucune étude clinique randomisée satisfaisante n'a cependant été faite.
3. L'installation de nitrate d'argent dans les yeux du nouveau-né ne préviendra pas la conjonctivité trachomateuse, mais l'application d'une pommade d'érythromycine à 0,5 % ou de tétracycline à 1 % dans chaque sac conjonctival immédiatement après l'accouchement sera efficace. Toutefois, cette mesure n'a pas d'effet sur le passage de C. trachomatis dans le rhinopharynx et les risques d'infections ultérieures des voies aériennes inférieures.
4. Le traitement par la tétracy-

1) ***Président :*** **Dr Walter O. Spitzer**, directeur et professeur, département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill, Montréal.
Membres : **Dr Renaldo Battista**, professeur adjoint d'épidémiologie et de médecine familiale, Université McGill, Montréal. **Dr J.R. Bayne**, professeur de médecine (gérontologie), Université McMaster, Hamilton (démission en septembre 1982). **Dr Marie-Dominique Beaulieu**, professeur adjoint de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec. **Dr John W. Freightner**, professeur agrégé de médecine familiale, Université McMaster, Hamilton. **Dr Lise Frappier-Davignon**, directrice, épidémiologie et médecine préventive (centre de recherche) Institut Armand-Frappier, Montréal. **Dr Richard R. Goldbloom**, professeur de pédiatrie, Université Dalhousie, Halifax. **Dr Gerry B. Hill**, directeur, département d'épidémiologie et d'oncologie préventive, Alberta Cancer Board, Edmonton. **Dr Melville G. Kerr**, professeur d'obstétrique et de gynécologie, Université de Calgary. **Dr Ian McWhinney**, professeur de médecine familiale, University of Western Ontario, London (démission en novembre 1982). **Mme Karen Mann**, coordonnatrice, unité d'hypertension, Université Dalhousie. **Dr Brenda Morrisson**, professeur agrégé d'épidémiologie et de statistique, University of British Columbia. **Dr Ian Offord**, professeur de psychiatrie, Université McMaster, Hamilton (démission en septembre 1983). **Dr Grahame Owen**, omnipraticien, Oakville, Ontario. **Dr Duncan Robertson**, directeur, division de médecine gériatrique, Hôpital universitaire, Saskatoon. **Dr David Sackett**, professeur d'épidémiologie clinique, de biostatistique et de médecine, Université McMaster, Hamilton (démission en mars 1983). **Mme Wikke Walop**, Centre Kellogg, Hôpital général de Montréal.
Personnes ressources du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social : **Dr Jo Hauser**, conseiller médical, Direction générale des services et de la promotion de la santé. **Dr M. William Davis**, autrefois conseiller médical, Direction des services de santé (maintenant professeur agrégé et directeur, département de médecine familiale, Université McGill, Montréal). **Dr Rhéal Préfontaine**, directeur médical régional, Department of Corrections British Columbia (démission en juin 1982).
Experts-conseils : **Dr Sylvie Stachenko**, professeur adjoint de médecine familiale, Université de Montréal. **Dr Jacques Tremblay**, assistant de recherches, département de médecine communautaire et Centre Kellogg, Hôpital général de Montréal. **Dr Jack Wiggin**, professeur agrégé de médecine, Université de Montréal. **Dr Robert Côté**, professeur adjoint de neurologie et de neurochirurgie, Université McGill.

line ou la doxycycline est très efficace. Il est possible que la durée recommandée pour ce traitement (7 jours) ne suffice pas et 14 ou même 21 jours seraient préférables.

5. Comme la tétracycline par voie orale est contre-indiquée chez les bébés et les enfants, elle doit être remplacée par l'érythromycine et les sulfamides.

État actuel de la situation

1. Les infections génitales à Chlamydia n'étant pas des maladies à déclaration obligatoire, il est difficile d'estimer leur incidence. Au Canada, en 1981, les analyses de laboratoire ont révélé 1 841 infections à C. trachomatis et 165 infections causées par d'autres Chlamydia. Étant donné que 15 386 cas d'infection gonococcique ont été signalés au cours de la même année, et que 20 à 30 % d'entre eux seraient également infectés par C. trachomatis, les rapports de laboratoire positifs pour Chlamydia représentent environ un tiers des cas possibles.

2. L'urétrite non gonococcique est maintenant la maladie vénérienne la plus répandue ; 30 à 40 % de tous les cas sont causés par C. trachomatis. Ce germe a une période de latence plus longue que le gonocoque, il est résistant au traitement habituel de l'infection à gonocoques et il est l'agent responsable de 60 à 80 % des urétrites post-gonococciques.

3. Parce que cette infection produit très peu de symptômes chez les femmes, il est important que tous les partenaires sexuels des malades souffrant d'urétrite non gonococcique soient examinés.

4. Les dépistages effectués dans différentes populations féminines ont révélé de 1 à 20 % de porteuses, selon l'activité sexuelle et le statut socio-économique.

5. Chez les femmes enceintes, le taux des porteuses varie de 5 à 13 %. On rencontre la conjonctivite à inclusions chez 40 à 50 % des bébés nés de mères qui avaient des cultures positives, c'est-à-dire chez 2 à 6% de tous les nouveau-nés. Ces bébés peuvent également contracter une pneumonie durant leur première année ou une otite avec la surdité comme séquelle.

6. C. trachomatis a été isolé chez 7 % des hommes ne présentant pas d'urétrite. C'est une cause courante de l'épididymite, en particulier chez les hommes de moins de 35 ans ; la fécondité peut être affaiblie.

Intervention

1. Culture de prélèvements dans le col de l'utérus ou dans l'urètre.

2. Cytologie avec coloration de Giemsa ou immunofluorescence. Cette dernière technique est assez sensible (95 à 100 %) dans les cas de conjonctivite chez les enfants et les adultes, mais moins sensible (66 %) dans les cas d'urétrite et de cervicite.

3. La meilleure méthode de diagnostic est l'isolement en culture tissulaire, mais elle prend du temps et elle est coûteuse. La microméthode dont on dispose maintenant permet de gagner du temps et d'économiser de l'argent, elle réduit la contamination et permet de traiter un plus grand nombre de spécimens simultanément, mais on ne sait pas à quel point elle est sensible.

Priorités de recherche

Il faudrait disposer d'épreuves de laboratoire simples, rapides et moins coûteuses.

B) L'hypoacousie ou surdité partielle (chez l'adulte)[4-8]

Recommandation

1. On a des raisons valables d'inclure le dépistage de la surdité partielle dans les examens médicaux périodiques.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. Bien qu'il soit souvent impossible de prévenir la surdité, la prévention primaire de la perte auditive induite par le bruit, au moyen de la mise en oeuvre de programmes de lutte contre le bruit et de l'utilisation de bouchons protecteurs auriculaires, est efficace.

2. Les médecins, qui jouent un rôle essentiel dans la prévention de la surdité, doivent surveiller tout particulièrement les groupes suivants : a) les personnes qui travaillent à proximité d'avions à réaction ou de machines bruyantes, notamment celles utilisées dans l'agriculture ; b) les personnes exposées à la musique amplifiée pendant plus de 2 heures, plusieurs fois par semaine ; c) les personnes exposées aux détonations d'armes à feu ; d) les personnes qui se trouvent souvent à proximité d'autoneiges ou de petits avions ; enfin, e) les sujets qui éprouvent des bourdonnements d'oreilles, qui parlent fort, qui ont de la difficulté à comprendre le langage sur bruit de fond, ou qui doivent souvent faire répéter leur interlocuteur.

3. La prévention secondaire au moyen du dépistage précoce de l'hypoacousie est plausible. On a de bonnes raisons de penser que la progression de la perte auditive induite par le bruit peut être enrayée par des mesures préventives.

4. De nombreuses surdités peuvent être traitées par le port de prothèses auditives, par la chirurgie ou par la rééducation.

État actuel de la situation

1. La plupart des malentendants ne sont pas sourds, mais ont, à des degrés divers, de la difficulté à comprendre le language, ce qui est un handicap majeur qui a des conséquences psychiques.

2. Au Canada, en 1978-79, 4 % des individus de 16 à 64 ans souffraient d'une forme quelconque d'hypoacousie, et représentait 53 % de tous les cas de surdité. Les hommes étaient plus touchés que les femmes ; 34 % des malentendants faisaient partie de la population active.

3. Le traitement tardif est plus coûteux que l'intervention précoce ; en effet, il faut alors recourir aux soins médicaux, paramédicaux, et aux services de rééducation.

Intervention

1. Les antécédents médicaux et familiaux permettront de dépister les sujets à haut risque (par ex. des antécédents familiaux d'hypoacousie, un milieu de travail bruyant, la fréquentation de discothèques et des antécédents d'otalgies à répétition).

2. L'otoscopie peut révéler certains troubles tels que l'otite moyenne et un bouchon de cérumen. L'épreuve de l'audition au diapason peut détecter des altérations du mécanisme sensoriel, mais pas un début de surdité.

C) L'hypertension[9-15]

Recommandation

1. Il est tout à fait justifié d'inclure le dépistage de l'hypertension dans l'examen médical périodique.

2. À partir de l'âge de 25 ans, tout adulte devrait faire mesurer sa tension artérielle *chaque fois* qu'il doit consulter un médecin. La mesure systématique de la tension artérielle éviterait que la détection de l'hypertension dé-

pende uniquement de la pratique d'examens médicaux périodiques.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. Bien qu'on ait lieu de penser qu'un régime hyposodé puisse être bénéfique pour certains sujets et que la perte de poids chez les obèses pourrait abaisser la tension artérielle, ces interventions ne peuvent être généralement recommandées comme méthode de prévention primaire pour le moment.
2. La prévention secondaire est efficace : en abaissant la tension artérielle, on réduit le risque d'un premier accident vasculaire cérébral (mais peut-être pas d'accidents vasculaires cérébraux subséquents), d'insuffisance cardiaque et de lésions des vaisseaux sanguins (tels les vaisseaux de l'oeil et du rein parmi les signes du 1er degré).
3. La mesure de la tension artérielle au cours d'un examen médical périodique et un traitement approprié peuvent permettre de prévenir l'invalidité et un décès prématuré.

État actuel de la situation

1. Environ 3 % des adultes canadiens sont exposés aux complications cardiovasculaires de l'hypertension, risque évitable, et un petit nombre seulement de ces personnes à risque reçoivent actuellement un traitement adéquat.

Intervention

1. La tension artérielle devrait être mesurée lors de tout examen médical périodique ; en fait, cette mesure devrait faire partie de chaque examen d'adultes pratiqué par des équipes de soins de première ligne.
2. Il ne faut pas poser un diagnostic d'hypertension artérielle légère (pression diastolique entre 90 et 104 mm Hg) avant qu'une pression diastolique de 90 mm Hg ou plus ait été enregistrée lors d'au moins trois visites au cours d'une période de 4 à 6 mois. Deux mesures doivent être prises à chaque visite. En présence d'antécédents ou de signes qui permettent de présumer une lésion de l'organe-cible*, il faut réduire la période d'observation.
3. Le traitement de l'hypertension doit être mis en oeuvre chez tous les sujets dont la pression diastolique est de 100 mm Hg ou plus. Il faut traiter les sujets qui présentent des pressions diastoliques de 90 à 99 mm Hg, si l'on constate des lésions de l'organe-cible ou un diabète sucré. Bien que les données ne soient pas concluantes, il pourrait être prudent d'instituer un traitement de l'hypertension chez les diabétiques dont la pression diastolique est supérieure à 90 mm Hg.

Observations

On n'a pas encore trouvé de réponse à certaines questions relatives à l'efficacité du traitement des personnes âgées de plus de 65 ans qui ont une hypertension légère et des personnes qui ont une hypertension passagère ou à prédominance systolique. L'étude effectuée par le British Medical Research Council devrait apporter des données nouvelles sur cette question. En attendant qu'elle soit terminée, les médecins se baseront sur les résultats cliniques pour décider du traitement de ces sujets.

Priorités de recherche

Il faudrait effectuer des recherches pour déterminer :
1) l'efficacité du traitement chez les sujets sans lésions de l'organe-cible, dont la pression diastolique s'établit entre 90 et 99 mm Hg, et qui ont d'autres facteurs de risque d'accident cardio-vasculaire ;
2) l'efficacité du traitement de l'hypertension passagère ou de l'hypertension à prédominance systolique ;
3) l'efficacité du traitement non médicamenteux de l'hypertension.

D) Le cancer de la peau (y compris le mélanome)**[16-18]

Recommandation

1. Il n'y a aucune raison d'inclure le dépistage du cancer de la peau dans l'examen médical périodique des gens en général.
2. En ce qui concerne les groupes à haut risque, tels que les personnes qui travaillent en plein air et les travailleurs en contact avec des hydrocarbures aromatiques polycycliques, l'examen périodique de la peau est indiqué.
3. On a tout lieu de penser que les parents de malades présentant des naevi dysplasiques sont plus exposés à développer un mélanome malin. Il serait donc prudent de surveiller ces sujets plus étroitement.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. La prévention primaire consiste à éviter les causes connues du cancer de la peau :
. exposition au rayonnement ultraviolet (épithélioma et mélanome),
. contact avec les hydrocarbures aromatiques polycycliques (épithélioma),
. exposition aux rayons ionisants (épithélioma, rarement, mélanome),
. ingestion d'arsenic (épithélioma).
2. On a de plus en plus de preuves que seul un petit nombre de mélanomes malins succèdent à des naevi.
3. Pour la plupart des Canadiens, les bains de soleil constituent le principal facteur de risque. Dans le cadre de la prévention primaire, il faut conseiller au public de limiter l'exposition au soleil et de faire usage de filtres solaires. On n'a toutefois pas la preuve que ces conseils soient efficaces et les filtres solaires actifs sont parfois inesthétiques ou irritants.
4. Bien que les examens périodiques de la surface de la peau exposée des personnes qui travaillent en plein air, et du corps entier des travailleurs exposés aux hydrocarbures polycycliques, soient recommandés généralement, leur valeur n'a pas été confirmée.
5. Le traitement de l'épithélioma cutané basocellulaire et de l'épithélioma malpighien de la peau paraît être efficace, si l'on en juge par les taux de survie de 5 ans. En revanche, le traitement du mélanome est moins efficace, en particulier dans le cas des tumeurs profondes et envahissantes.

État actuel de la situation

1. Au Canada, en 1981, 266 décès chez les hommes et 182 chez les femmes ont été attribués au cancer de la peau. En moyenne, le décès d'un homme atteint d'un cancer de la peau

*Signes électrocardiographiques d'hypertrophie ventriculaire ; modifications de l'ECG ou anamnèse qui font penser à un infarctus du myocarde ; antécédents ou signes cliniques d'un accident vasculaire cérébral, ou claudication intermittente ; ou taux de créatinine sérique supérieur à 150 mmol/L.

**Cette étude actualisée porte essentiellement sur le mélanome. Bien qu'on n'ait pas de nouvelles données sur l'épithélioma malpighien de la peau et l'épithélioma cutané basocellulaire, ces données pourraient être bientôt disponibles et ces affections feront donc l'objet d'une future étude.

est prématuré de 18,9 ans et celui d'une femme de 22 ans.

2. En 1978, le cancer de la peau a été à l'origine de l'admission de 2 438 homme et de 2 109 femmes dans des hôpitaux généraux et spéciaux divers.

3. La gravité de la souffrance et de l'invalidité causées par le cancer dépend dans une mesure considérable du type et du siège de la tumeur maligne. Le mélanome et l'épithélioma malpighien avancé peuvent provoquer des souffrances prolongées et un défigurement. Les épithéliomas cutanés basocellulaires sont plus facilement localisés et n'entraînent qu'un défigurement minime s'ils sont traités à leur début.

Intervention

1. L'examen de la peau et la biopsie des lésions suspectes sont les stratégies de détection appropriées.

Priorités de recherche

La recherche dans ce domaine a été rendue encore plus complexe depuis que l'on sait qu'un petit nombre seulement des mélanomes malins succèdent effectivement à des naevi. De plus, dans le cas de naevi, les facteurs de pronostic sont reliés à la profondeur de la lésion plutôt qu'à son étendue et il n'existe, pour le moment, aucun moyen d'évaluer la profondeur d'une lésion, sinon par son exérèse. Les priorités de recherche comprendraient :

L'histoire naturelle et les caractéristiques biologiques du mélanome.

La recherche de l'efficacité des stratégies de détection précoce chez les malades asymptomatiques.

E) La scoliose[19-21]

Recommandation

Aucune constatation scientifique ne permet encore de justifier le dépistage ou la recherche des cas de scoliose. Jusqu'à ce qu'on ait obtenu de meilleures données, le dépistage au cours d'un examen médical périodique ne doit se faire que dans le cadre d'une étude évaluatrice.

Efficacité de la prévention ou du traitement

1. À l'heure actuelle, la prévention primaire n'est pas possible. En effet, l'étiologie et l'histoire naturelle de la scoliose ne sont pas bien comprises.

2. On manque de données valables sur l'efficacité du traitement, même lorsque la scoliose est détectée précocement et est moins prononcée. Aucune étude expérimentale n'a encore tenté d'évaluer les différents traitements en utilisant soit la randomisation, soit des témoins appropriés.

3. Bien qu'une amélioration spontanée puisse certainement se produire, il n'y a aucune preuve que des exercices aient réussi à corriger la déviation de la colonne vertébrale.

4. L'observation pendant une période prolongée de porteurs du corset de Milwaukee donne à penser que l'état des malades commence par s'améliorer, puis la correction de la scoliose disparaît lorsque l'appareil est enlevé. Dans l'ensemble, les progrès sont faibles. Même lorsqu'il est bien pratiqué, le traitement par le port d'un appareil orthopédique échoue fréquemment.

5. On opère encore, mais un nombre relativement faible de patients qui, généralement, ont une scoliose très prononcée. L'opération ne donne pas des résultats uniformes. Bien que l'état de certains scoliotiques soit amélioré et que la courbure ne s'accentue pas, la chirurgie entraîne certains riques de troubles associés et même de décès.

État actuel de la situation

1. L'incidence de la scoliose est difficile à estimer, car les ouvrages recensés ne traitent que des malades dirigés pour traitement et ne tiennent peut-être pas compte de ceux dont la scoliose est moins prononcée.

2. L'âge du sujet au moment où la scoliose est devenue évidente, la gravité et la localisation de la courbure, ainsi que la maturité osseuse, tous ces facteurs influent sur la qualité de vie du patient qui souffre d'une scoliose idiopathique. Lorsque la scoliose est détectée tardivement, les troubles associés peuvent déjà être importants, en particulier en ce qui concerne les fonctions cardiaque et pulmonaire. Certains rapports laissent à entendre que la qualité de vie est moins compromise chez les adolescents ; toutefois, le traitement en lui-même est long et pénible du point de vue psychologique.

3. Les effets de la scoliose idiopathique sur la société sont reliés aux coûts du traitement. Les coûts des orthèses et des opérations s'accroissent rapidement et les complications ajoutent au total des dépenses. De plus, les troubles associés risquent d'entraîner d'autres frais médicaux.

Intervention

1. La technique de dépistage est très simple, il suffit d'examiner la colonne vertébrale d'un enfant debout penché en avant, les mains jointes pointant vers les pieds.

2. Ceux qui préconisent le dépistage le font pour encourager une détection plus précoce qui permette de réaliser un traitement conservateur plus efficace, mais la rentabilité du dépistage n'a pas été démontrée.

3. Le groupe de travail estime que les résultats du dépistage et la sensibilité de l'examen sont faibles. Même lorsque l'examen est réalisé par des praticiens qui ont reçu une formation spéciale, des diagnostics faussement négatifs et faussement positifs sont posés et provoquent de l'anxiété chez les malades qui font l'objet d'un diagnostic erroné.

F) L'insuffisance coronarienne (chez les malades asymptomatiques)[22-27]

Recommandation

Étant donné la possibilité de poser un diagnostic erroné, l'utilisation de l'électrocardiogramme (ECG) au repos ou à l'effort ne semble pas vraiment justifiée chez les malades asymptomatiques.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. Plusieurs problèmes importants se posent à propos de la détection précoce et de la prévention de l'insuffisance coronarienne : a) actuellement, rien n'indique que le traitement précoce des sujets asymptomatiques qui présentent une insuffisance coronarienne fait plus de bien que de mal : b) il n'existe pas d'intervention efficace pour réduire le nombre de morts subites par arrêt cardiaque : et c) les caractéristiques d'exécution des ECG au repos et à l'effort sont loin d'être parfaites.

2. Étant donné que rien ne vient justifier le traitement précoce de l'insuffisance coronarienne et qu'il n'existe pas d'intervention qui permette de réduire le risque de mort subite chez les malades asymptomatiques, les dépenses considérables qu'entraînent ces examens ne seraient, au mieux, que peu rentables. De plus, il serait extrê-

Tableau I

Résumé de l'efficacité de la prévention et du traitement, de la qualité des données, de l'intervention, des recommandations et des observations pour cinq états pathologiques

État pathologique	Efficacité de la prévention et du traitement	Qualité des données	Intervention	Recommandations et observations
Infections génito-urinaires à Chlamydia	Prévention : inconnue Traitement : efficace	III	Culture de prélèvements dans le col de l'utérus et dans l'urètre	D Population en général C Groupe à risque élevé B Femmes enceintes
Surdité partielle (chez l'adulte)	Prévention primaire : efficace	I	Programmes de lutte contre le bruit ; appareils antibruit	A
	Détection précoce : efficace	II-2	Identification des groupes à risque élevé par les antécédents	B
Hypertension	Prévention primaire : inconnue Prévention secondaire : efficace Traitement : efficace	I	Mesure de la tension artérielle	A
Cancer de la peau (y compris le mélanome)	Prévention : inconnue Traitement : efficace	II-1	Conseils : examen	D Population en général B Groupes à risque élevé
Scoliose	Inconnue	III	Examen physique pratiqué par des infirmières dans les écoles	C

mement dommageable pour le malade d'apprendre qu'il court le risque de décéder subitement d'un arrêt cardiaque alors qu'il n'existe pas de moyen de prévention.

État actuel de la situation

Le taux de mortalité annuel au Canada s'établit à 217 par 100 000 hommes et à 130 par 100 000 femmes.

Intervention

ECG au repos : Une étude de la documentation scientifique permet de dégager des indications concluantes contre la pratique de l'ECG au repos lors de l'examen médical périodique des malades asymptomatiques et elle donne à penser que l'ECG au repos devrait demeurer un examen d'appoint dans la batterie d'examens effectués en vue d'un diagnostic clinique.

ECG à l'effort : L'ECG pratiqué à l'effort chez les malades asymptomatiques suscite un intérêt considérable de sorte qu'on l'utilise de plus en plus. On a souvent recours à l'ECG à l'effort comme examen de contrôle. Cependant, la prévalence de l'insuffisance coronarienne est faible, en particulier chez les jeunes adultes et les adultes d'age moyen et ces examens produisent de nombreux résultats faussement positifs et faussement négatifs. Chez les malades asymptomatiques, les études montrent que la sensibilité de l'ECG à l'effort varie de 9 à 64 %, et sa spécificité s'établit entre 88 et 97 %.

Pour réaliser un ECG à l'effort, une fois, pour tous les hommes de 40 à 65 ans au Canada, il en coûterait 180 millions de dollars environ.

Recommandations à propos de la recherche

Il faudra probablement quelque temps avant que des épreuves nouvelles ou existantes soient suffisamment perfectionnées pour distinguer exactement les malades asymptomatiques souffrant d'insuffisance coronarienne de ceux qui n'en souffrent pas. À ce moment, il sera probablement possible d'identifier les malades pour lesquels on pourrait tenter une intervention thérapeutique dans l'éventualité où des traitements efficaces seraient mis au point. Les priorités de la recherche sont les suivantes :

L'identification d'un traitement efficace pour les malades asymptomatiques qui présentent une insuffisance coronarienne.

La mise au point d'examens atraumatiques aux caractéristiques d'exécution améliorées.

La réalisation d'études de groupes sur le pronostic chez des malades asymptomatiques dont les épreuves à l'effort donnent des résultats positifs.

G) Le souffle carotidien asymptomatique (et les risques d'accident vasculaire cérébral)[28-32]

Recommandation

Il n'existe aucune raison valable de recommander le dépistage des souffles carotidiens chez les sujets asymptomatiques à l'occasion d'un examen médical périodique.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. L'efficacité du dépistage et du traitement précoces des souffles carotidiens asymptomatiques dans le but de prévenir les accidents vasculaires cérébraux n'est pas établie.
2. L'efficacité du traitement de l'hypertension dans le but de prévenir les accidents vasculaires cérébraux a été clairement établie au cours d'études cliniques prospectives.
3. Les hypertendus qui présentent un souffle carotidien asymptomatique tireraient profit du traitement de l'hypertension et, par conséquent, ce groupe de malades doit être considéré comme un groupe à risque élevé en ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux.

État actuel de la situation

1. Les études de la population ont permis d'estimer à 4 % environ la prévalence des souffles carotidiens. Bien que les personnes qui présentent des souffles carotidiens asymptomatiques courent un plus grand risque de subir un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde, on n'a découvert aucun lien direct entre la présence de souffles et la survenue d'une ischémie cérébrale focale.
2. Chez des patients qui devaient subir une intervention chirurgicale, on a estimé l'incidence des souffles carotidiens à 14 %, mais le risque d'accident vasculaire cérébral chez ces patients n'a pu être rattaché à la présence d'un souffle carotidien.

Intervention

L'auscultation du cou est une technique reconnue pour dépister les souffles carotidiens.

H) Le cancer du testicule[33-37]

Recommandation

1. Pratiquement rien n'indique qu'il faille inclure le dépistage du cancer du testicule dans un examen médical périodique. Toutefois, l'incidence de ce cancer est plus élevée chez les sujets stériles avec testicules cryptorchides et atrophiés, ou qui sont de sexe ambigu, de sorte que ces personnes devraient faire examiner leurs testicules par un médecins à intervalles réguliers.
2. Il faut recommander vivement à tous les hommes de consulter un médecin s'ils remarquent une enflure ou des masses dans le scrotum.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. Il ne semble exister aucun moyen de prévention.
2. Le traitement est excellent et il s'améliore constamment. Il n'est inefficace que chez les malades souffrant de chrorioépithéliome.

État actuel de la situation

1. Bien que le cancer du testicule soit la tumeur solide la plus courante chez les hommes de moins de 30 ans, son incidence est relativement faible. Au Canada (sans compter l'Ontario), le nombre total des cas par année est d'environ 200.
2. Jusqu'à présent, il ne semble pas que l'incidence du cancer du testicule soit en hausse au Canada, comme dans d'autres parties du monde, mais il faut surveiller de près les chiffres canadiens pour déceler tout changement.

Intervention

L'examen clinique est efficace. Il n'existe aucune étude sur l'efficacité de l'auto-examen des testicules. L'échographie ultrasonique peut être utile pour identifier les masses testiculaires détectées.

I) L'allaitement maternel[38-41]

Recommandation

Il existe des raisons valables de recommander que des renseignements et des conseils sur l'allaitement maternel et d'autres modes d'alimentation soient donnés à l'occasion de l'examen médical périodique de la femme enceinte.

Efficacité de la prévention et du traitement

1. Il est prouvé que le lait maternel suffit à satisfaire les besoins nutritionnels des bébés normaux et des bébés de faible poids à la naissance. On a constaté que les bébés nourris au sein prennent du poids au même rythme que les bébés nourris au biberon, mais ils ont moins de troubles digestifs et moins besoin de traitements médicaux.
2. Des études récentes prouvent que le lait d'"avant terme" produit par les mères de bébés de faible poids à la naissance et de prématurés convient tout à fait aux besoins de ces bébés et que ses qualités nutritives permettent le même gain de poids que chez les bébés nourris au biberon.
3. Le lait maternel contient des quantités importantes de composants qui assurent la protection immunologique du bébé et les réactions de défense spécifiques et non spécifiques de l'organisme contre les infections. Bien qu'elles proviennent d'études préliminaires, des données récentes portent à croire que le lait maternel retarde la survenue des allergies et qu'il en atténue la gravité chez le bébé.
4. L'allaitement maternel est le mode d'alimentation le moins coûteux durant les 6 premiers mois. En effet, il est plus coûteux de nourrir un bébé au biberon que d'apporter à la mère un apport énergétique suffisant qu'elle produise des quantités suffisantes de lait.
5. Des observations récentes donnent à penser que l'allaitement au sein favorise l'établissement de liens affectifs entre la mère et l'enfant et, par voie de conséquence, une interaction positive entre l'enfant et les parents.

État actuel de la situation

Il est prouvé que les bébés qui reçoivent du lait autre que le lait maternel peuvent courir des risques d'infections à cause d'une préparation défectueuse ou de l'utilisation d'eau potable de mauvaise qualité dans les biberons.

Intervention

1. Donner aux futurs parents des renseignements appropriés sur tous les modes d'alimentation des bébés.
2. Encourager et renseigner les parents, qu'ils aient choisi l'allaitement au sein ou le biberon pour leur bébé.
3. Reconnaître que toute une gamme de facteurs peuvent influencer la durée de l'allaitement au sein et que la décision de sevrer le bébé n'équivaut pas à un échec de la part de la mère.

J) L'hépatite B[42-45]

Recommandation

1. On a de bonnes raisons de penser que les sujets susceptibles de contracter l'hépatite virale B pourraient être protégés par le vaccin. Toutefois, en raison de son coût et de sa production limitée, il est recommandé de ne l'utiliser que pour des groupes spéciaux qui sont plus exposés à la maladie, comme les bébés de mères porteuses, les malades sous dialyse ou ceux qui reçoivent des injections multiples de sang ou de produits sanguins, les personnes que leur profession met en contact avec du sang ou des produits sanguins (dentistes, anatomopathologistes, employés de laboratoire), les malades admis dans un établissement pour déficients mentaux, et les sujets que leur mode de vie ou des contacts étroits avec des porteurs placent dans la catégorie à risque (par ex. toxicomanes, homosexuels et membres de familles de sujets porteurs).
2. L'effet du vaccin contre l'hépatite virale B sur le foetus n'a pas encore été évalué. Il est donc recommandé de ne vacciner les femmes enceintes qu'après l'accouchement.

Tableau II

Résumé de cinq nouveaux états pathologiques ou physiologiques

État pathologique ou physiologique	Efficacité de la prévention et du traitement	Qualité des données	Intervention	Recommandations et observations
Insuffisance coronarienne (chez les malades asymptomatiques)	Prévention secondaire : non démontrée Traitement : pas de données disponibles	III	Électrocardiogrammes au repos et à l'effort	C
Souffle carotidien asymptomatique (et risque d'accident vasculaire cérébral)*	Inconnue	III	Auscultation du cou	C
Cancer du testicule	Prévention : inconnue Traitement : efficace	III	Examen clinique des testicules	C
Allaitement maternel	Le lait maternel satisfait les besoins nutritifs des bébés normaux et des bébés de faible poids à la naissance	III-1	Conseils sur le mode d'alimentation à choisir pour le bébé ; encouragement à allaiter si les circonstances s'y prêtent, instructions spéciales et suivi	A
Hépatite B	Prévention secondaire : efficace Traitement : non applicable	I	Vaccination de groupes spéciaux	A

*Chez les hypertendus, l'accident vasculaire cérébral pourrait être prévenu en traitant l'hypertension.

Efficacité de la prévention

1. Dans des études randomisées utilisant la méthode à double insu et pratiquées chez des homosexuels, le vaccin a apporté une protection de 80 à 90 %. Parmi les bébés nés de mères porteuses, 1,4 % seulement de ceux qui ont été vaccinés par rapport à 9,5 % des témoins, sont devenus porteurs.
2. L'immunoglobuline contre l'hépatite virale B seule a également été utilisée avec succès pour prévenir la transmission périnatale de l'hépatite virale B.
3. L'immunisation passive-active n'a été étudiée que chez les adultes ; le transfert passif d'anticorps n'entrave pas une réponse immunitaire active au vaccin.

État actuel de la situation

1. Au Canada, environ 1 000 cas d'hépatite virale B ont été déclarés chaque année, entre 1979 et 1982. Environ 5 % de la population présente des signes sérologiques d'infection, mais le pourcentage s'élève à 20 % ou plus selon le groupe ethnique, la profession, l'utilisation de drogues ou de produits sanguins, et le mode de vie. Il y a environ 0,15 % de porteurs au Canada, mais on en compte 11 % parmi les immigrants récemment arrivés de l'Asie du Sud-est.
2. Seulement 25 % environ des personnes infectées présentent une jaunisse ; 20 % de ces malades doivent être hosppitalisés et 0,5 % succombent à la maladie. Environ 6 à 10 % des sujets infectés demeurent porteurs, 1,5 % d'entre eux succombent ensuite à une cirrhose et 0,43 % font un cancer du foie.
3. Une mère porteuse transmet l'infection à son bébé dans 40 % des cas environ. Jusqu'à 91 % des bébés ainsi infectés peuvent devenir porteurs. Ce phénomène est plus fréquent dans certaines populations (par exemple en Asie du Sud-est, en Afrique centrale et en Afrique du Sud.

Intervention

1. Il est recommandé d'administrer trois doses du vaccin ; les deux premières doivent être données à un mois d'intervalle et la dernière 6 mois plus tard. La dernière dose est indispensable pour obtenir un taux de virage élevé et une immunité durable.
2. Étant donné que le vaccin induit une réponse immunitaire plutôt lente, il pourrait être préférable d'administrer de l'immunoglobuline contre l'hépatite virale B, en même temps que le vaccin, aux sujets qui ont besoin d'une protection immédiate. Les bébés de mères porteuses doivent être protégés dès que possible, mais l'innocuité et l'efficacité du vaccin chez les bébés de 3 mois ne sont pas encore connues ; dans ces circonstances, on peut recommander l'administration d'immunoglobuline contre l'hépatite dès la naissance.
3. Une dose de vaccin de 0,5 mL est recommandée pour les enfants de 3 mois à 10 ans, et une dose de 1 mL pour les enfants plus âgés et les adultes.

Bibliographie

1.Hobson D., Rees E., Viswalingan N.D. : Chlamydial infections in neonates and older children. Br. Med. Bull., 1983 ; 39 : 128-132.

2.Keat A., Thomas B.J., Taylor-Robinson D. : Chlamydial infection in the actiology of arthritis. Ibid : 168-174.

3.Mardh P.-A., Moller B.R., Paavonen J.I.(éds) : Chlamydia trachomatis in genital and related infections. Proceedings of the first Scandinavian symposium on chlamydia trachomatis. Kolle-Kolle, Denmark, May 14-16, 1981. Scand. J. Infect. Dis., 1982 ; 32 (suppl.) : 1-199.

4.Vernon M., Griffin D.H., Yoken C. : Hearing loss. J. Fam. Pract., 1981 ; 12 :1053-1058.

5.Williams D.M., Darbyshire J.O., Vachy D.A. : An epidemiological study of speech and hearing disorders. J. Otolaryngol. (Suppl.), 1980 ;9 (suppl. 7) : 1-24.

6.Downs M.P. : Auditory screening. Otolaryngol. Clin. North Am., 1978 ; 11 :611-626.

7.Population study of hearing disorders in adults ; preliminary communication. J.R. Soc. Med., 1981 ; 74 :819-827.

8.Dieroff H.G. : Behaviour of high frequency hearing in noise. Audiology, 1982 ; 21 :83-92.

9.Untreated mild hypertension. A report by the management committee of the Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension. Lancet, 1982 ; 1 :185-191.

10. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group : Five-year finds of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. JAMA, 1979 ; 242 :2562-2571.

11. Idem : Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. III. Reduction in stroke incidence among persons with high blood pressure. JAMA, 1982 ; 247 :633-638.

12. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group : Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. JAMA, 1982 ; 238 :1465-1477.

13. Intial results of the Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension ; report by the management committee. Clin. Sci., 1979 ; 57 (suppl. 5) : 449s-452s.

14. The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension : report by the management committee. Lancet, 1980 ; 1 :1261-1267.

15.WHO/ISH mild hypertension liaison committee : Trials of the treatment of mild hypertension ; an interim analysis. Lancet, 1982 ; 1 :149-156.

16.Lee J.A., Carter A.P. : Secular trends in mortality from malignant melanoma. J. Natl. Cancer. Inst., 1970 ;45 :91-97.

17.Lee J.A.H., Petersen G.R., Stevens R.G., Vesanen K. : The influence of age, year of birth, and date on mortality from malignant melanoma in the populatins of England and Wales, Canada, and the white population of the United States. Am. J. Epidemiol., 1979 ; 110 ;734-739.

18.Fears, T.R., Scotto J. : Changes in skin cancer morbidity between 1971-72 and 1977-78, JNCI, 1982 ;69 :365-370.

19.Leaver J.M., Alvik A., Warren M.D. : Prescriptive screening for adolescent idiopathic scoliosis : a review of the evidence. Int. J. Epidemiol, 1982 ; 11 :101-111.

20.Rogala E.J., Drummond D.S., Gurr J. : Scoliosis : incidence and natural history. A prosepective epidemiological study. J.Bone Joint Surg. (Am.), 1978 ; 60 : 173-176.

21.Torell G., Nordwall A., Nachemson A. : The changing pattern of scoliosis treatment due to effective screening. J. Bone Joint Surg. (Am.), 1981 ; 63 : 337-341.

22.Bodenheimer M.M., Banka V.S., Helfant R.H. : Nuclear cardiology. II. The role of myocardial perfusion imaging using thallium-201 in diagnostic of coronary heart disease. Am. J. Cardiol., 1980 ; 45 : 674-684.

23.Diamond C.A., Forrester J.S. : Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. N. Engl. J. Med., 1979 ; 300 : 1350-1358.

24.Epstein S.E. : Value and limitations of the electrocardiographic response to exercise in the assessment of patients with coronary artery diasease. Controversies in cardiology - II. Am. J. Cardiol., 1978 ; 42 : 677-674.

25.Fortuin N.J., Weis J.L. : Exercise stress testing. Circulation, 1977 ; 56 :699-712.

26.MacIntyre N.R., Kunkler J.R., Mitchell R.E., Oberman A, Graybiel A. : Eight-year follow-up of exercise electrocardiograms in healthy, middle-aged aviators. Aviat, Space Environ, Med., 1981 ; 52 : 256-259.

27.Palmer W.H., White C.L. : The electrocardiogram in ambulatory medical practice. J. Fam. Pract., 1979 ; 8 :29-35.

28.Heyman A., Wilkinson W.E., Heyden S., Helms M.J., Bartel A.G., Karp H.R., Tyroler H.A., Hames C.G. : Risk of stroke in asymptomatic persons with cervical arterial bruits : a population study in Evans County, Georgia. N. Engl. J. Med., 1980 ; 302 :838-841.

29. Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group : The effect of treatment on mortality in "mild" hypertension. Results of the hypertension detection and follow-up program. N. Engl. J. Med., 1982 ; 307 :976-980.

30.Ropper A.H., Wechsler L.R., Wilson L.S. : Carotid bruit and the risk of stroke in elective surgery. Ibid : 1388-1390.

31.Wolf P.A., Kannel W.B., Sorlie P., McNamara P. : Asymptomatic carotid bruit and risk of stroke ; the Framingham study. JAMA, 1981 ; 245 : 1442-1445.

32.Yatsu F.M., Hart R.G. : Asymptomatic carotid bruit and stenosis ; a reappraisal. Stroke, 1983 ; 14 :301-304.

33. New primary sites of malignant neoplasms in Canada (as reported by provincial tumor registries). Dans Cancer in Canada (cat. no 82-207, annual) Statistics Canada, Ottawa.

34.Davies J.M. : Testicular cancer in England and Wales : some epidemiological aspects. Lancet, 1981 ; 1 :928-932.

35.Donohue J.P. : Testicular cancer (E). J. Urol., 1981 ; 126 :59.

36.Javadpour N. : Germ cell tumor of the testis. CA, 1980 ; 30 :242-255.

37.Grabstald H. : Testicular cancer. Dans Profesisonal Educational Pamphlet, Am. Cancer Soc., New York, 1975.

38.Atkinson S.A., Bryan H.M., Anderson G.H. : Human milk feeding in premature infants : protein, fat an carbohydrate balances in the first two weeks of life. J. Pediatr., 1981 ; 99 :617-624.

39.Bloom K., Goldbloom R.B., Robinson S.C., Stevens F.E. : Breast versus formula feeding. Acta Peadiatr. Scand. (suppl.), 1982 ; 300 :1-26.

40.Ogra P.L., Gren H.L. : Human milk and breast feeding : an update on the state of the art. Pediatr. Res., 1982 ; 16 :266-271.

41. Promotion of breast feeding : recommandations of the councils of the Society for Pediatric Research (SPR) and American Pediatric Society (APS), and of the American Academy of Pediatrics (AAP). Pediatr. Res., 1982 ; 16 : 264-265.

42.Maupas P., Chiron J.P., Barin F., Coursaget P., Goudeau A., Perrin J., Denis F., Mar I.D. : Efficacy of hepatitis B vaccine in prevention of early HBsAg carrier state in children. Controlled trial in an endemic area (Sénégal). Lancet, 1981 ; 1 :289-292.

43.Beasley R.P. Hwang L.Y., Lin C.C., Stevens C.E., Wang K.Y., Sun T.S., Hsieh F.J., Szmuness W : Hepatitis B immune globulin (HBIG) efficacy in the interruption of perinatal transmission of hepatitis B virus carrier state. Initial report of a randomised double-blind placebocontrolled trial. Lancet, 1981 ; 2 :388-393.

44.Szmuness W., Stevens C.E., Harley E.J., Zang E.A., Oleszko W.R., William D.C., Sadovsky R., Morrison J.M., Kellner A. : Hepatitis B vaccine ; demonstration of efficacy in a controlled clinical trial in a high-risk population in the United States. N. Engl. J. Med., 1980 ; 303 :833-841.

45.Szmuness W., Stevens C.E., Oleszko W.R., Goodman A. : Passive-active immunisation against hepatitis B : immunogenicity studies in adult Americans. Lancet, 1981 ; 1 :575-577.

3. Un concept en évolution

Renaldo N. Battista[1], Marie-Dominique Beaulieu[2], John W. Feightner[3], Karen V. Mann[4] et Grahame Owen[5]

L'intégration de la prévention à l'exercice de la médecine n'est pas un concept nouveau ; Yankauer et Charap[1,2] ont en effet montré que cette idée comptait déjà des adeptes au milieu du siècle dernier[3,4]. Le "bilan annuel" destiné aux personnes bien portantes a été la principale expression concrète de cette tendance. Bien que son efficacité réelle ne fût pas encore clairement établie, le concept gagna progressivement du terrain au sein de la profession médicale et, en 1922, l'American Medical Association était convaincue des bienfaits à long terme du bilan annuel et l'endossait officiellement[5].

On ne connaît pas la réaction des médecins de l'époque devant l'enthousiasme manifesté par leur association à l'égard de l'examen périodique des personnes bien portantes, mais il semble qu'ils n'aient pas reconnu la valeur de cette pratique en tant que mesure préventive et qu'ils ne l'aient jamais appliquée de façon systématique[6]. L'accélération de la recherche biomédicale et les importantes percées technologiques de la période d'après-guerre ont doté la médecine curative d'un prestige qui a éclipsé les mérites de la médecine préventive et qui a prévalu, incontesté, jusqu'au début des années soixante-dix.

La flambée des coûts des soins et l'amenuisement constant des ressources ont suscité dans le monde entier une réflexion critique sur les stratégies futures dans le domaine des soins de santé. Au Canada, un document intitulé "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, document de travail"[7], a décrit une nouvelle conception globale de la santé et des soins reposant sur quatre éléments : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins. Ce cadre conceptuel offre une approche intéressante des problèmes de santé.

La remise en question des avantages de la médecine curative a suscité un nouvel intérêt envers l'examen médical périodique chez les personnes bien portantes. Depuis la première étude critique sur l'examen médical périodique menée par Frame et Carlson[8], divers autres rapports ont été publiés sur les interventions préventives dans la pratique clinique[9-14]. Même si les opinions exprimées dans ces rapports n'étaient pas unanimes[14], ils ont permis de constituer un corpus de connaissances dans lequel les organismes professionnels peuvent puiser pour élaborer leurs propres lignes directrices en matière de médecine préventive[15,16].

L'examen médical périodique s'adresse aux personnes qui ne présentent aucun symptôme. Le mandat du groupe d'étude consiste à créer un plan de soins à vie, composé de programmes de protection de la santé adaptés à l'âge et au sexe et conçus de manière à remédier aux lacunes du "bilan annuel" classique, lequel n'était pas axé sur des objectifs précis. Le groupe d'étude est d'avis que le plan doit prévoir à la fois des interventions de prévention primaire (counseling) et de prévention secondaire (dépistage précoce), et qu'il doit reposer sur le principe suivant lequel toute rencontre entre le médecin et son patient constitue une occasion de faire de la prévention.

Le premier rapport du groupe d'étude a été publié en 1979[12], et sa diffusion dans le monde entier témoigne de l'intérêt croissant manifesté par les médecins à l'égard de la prévention. On y propose des lignes directrices relatives à certaines interventions préventives dont l'efficacité potentielle et réelle, l'efficience et l'innocuité sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles. Ces lignes directrices ne sont pas présentées sous forme de protocoles rigides, mais plutôt à titre de référence à l'intention des cliniciens et des chercheurs. Le groupe d'étude a été convoqué de nouveau par le gouvernement fédéral du Canada et a entrepris une double tâche, à savoir la mise à jour de ses recommandations initiales et l'étude de nouveaux états morbides. Cette première série de révisions est publiée en français dans la présente livraison de l'Union médicale du Canada.

Bien que le mandat du groupe d'étude consiste à établir des lignes directrices visant la médecine préventive plutôt que des stratégies d'application, ces dernières ont toujours une grande importance aux yeux de ses membres. En outre, les membres du groupe ont vite compris que l'approche recommandée n'aurait pas la faveur des cliniciens en l'absence de moyens concrets et judicieux permettant de mettre la théorie en pratique.

Profils de prévention dans la pratique médicale

Différentes méthodes ont été utilisées pour étudier la pratique médicale dans divers pays. Trois de ces études ont été faites par l'observation directe des médecins dans l'exécution de leurs fonctions[17-19]. L'évaluation des interventions préventives ne représentait cependant qu'un aspect de ces études d'envergure qui portaient surtout sur l'examen clinique, l'investigation diagnostique et le traitement des malades présentant des symptômes. Les trois études ont établi que le rendement était inférieur aux critères explicites reconnus.

La révision en profondeur des dossiers des patients a été largement utilisée dans l'évaluation de l'acte médical[20-22], mais la valeur de cette méthode est limitée par le fait que les dossiers sont parfois incomplets et illisibles. En outre, il est impossible de déterminer s'ils reflètent adéquatement l'intervention. Afin de remédier à cette lacune, Kessner et coll.[23] ont mis au point une méthode fondée sur certains états servant d'indicateurs (tracer conditions). Lorsqu'ils ont appliqué cette méthode, ils ont découvert que les actes médicaux, et notamment les manoeuvres de dépistage, étaient mal exécutés. D'autres enquêtes[25-31] ont fait état de résultats analogues.

Une évaluation du travail des internistes effectuée en Caroline du Nord[32], en 1981, a révélé un désaccord

1) M.D., Sc.D., F.R.C.P.(C). Département d'épidémiologie et département de médecine familiale. Université McGill, Montréal. Chercheur, Institut national du cancer du Canada.

2) M.D., M.Sc., C.C.F.P. Division de la médecine familiale, département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec.

3) M.D., C.C.F.P. Département de médecine familiale, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

4) B.N., M.Sc., Unité d'hypertension, Université Dalhousie, Halifax.

5) M.B., B.S., F.C.F.P. Médecin de famille, Oakville, Ontario.

profond en ce qui concerne plusieurs des recommandations mises de l'avant dans les rapports publiés par trois groupes d'experts[9,11,12]. De plus, la confrontation de la pratique proprement dite et des critères de médecine préventive que les médecins avaient eux-mêmes fixés, a laissé entrevoir de nombreuses lacunes dans la transmission des nouvelles connaissances et dans les changements de comportement subséquents des médecins.

Plusieurs enquêtes ont été faites auprès des médecins dans le but d'obtenir des données sur leur attitude à l'égard de la prévention et sur leurs connaissances en la matière[33-35]. Les résultats indiquent qu'ils sont mal informés à ce sujet et qu'ils sous-estiment l'importance de leur rôle dans ce domaine.

Une étude, menée récemment au Québec sur la nature des interventions préventives dans les services de soins primaires, a fourni des données additionnelles pour alimenter le débat en cours sur l'intégration de la médecine préventive et de la médecine curative[36,37]. Quatre cent quatre-vingts omnipraticiens actifs faisant partie d'un échantillon aléatoire stratifié ont répondu à des questions sur les méthodes qu'ils utilisaient dans la prévention du cancer, et ce pour quatre sites anatomiques. On a ainsi cerné plusieurs écarts entre leurs pratiques et les recommandations du groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, mais une constatation encore plus importante a été que les activités de prévention avaient lieu presque exclusivement à l'occasion de certaines rencontres importantes, par exemple, lors des examens médicaux généraux. Par conséquent, on a estimé qu'une telle stratégie de prévention ne permettait pas d'atteindre plus de 28% de la population. Les études ont également permis de constater que les médecins salariés des centres locaux de services communautaires et ceux qui oeuvrent dans les unités de médecine familiale, rémunérés en vertu du régime de la vacation spécifique, sont plus susceptibles de se conformer aux lignes directrices de prévention. En outre, ils ont davantage tendance à faire de la prévention dans le cadre d'un plus grand éventail de consultations que les médecins rémunérés à l'acte.

Intégration de la prévention à la pratique clinique

Bien que les services préventifs et curatifs soient généralement perçus comme des éléments essentiels de services médicaux de qualité, leur intégration dans la pratique semble difficile et parfois impossible à réaliser[38]. Cette situation est peut-être attribuable en partie aux patients, aux dispensateurs de soins ou à l'organisation des différents contextes de pratique[39,40].

Les patients

Depuis toujours, le public a considéré le réseau des services de santé comme une source de services curatifs, et l'attitude des patients qui viennent y chercher le soulagement de leurs maux a toujours été essentiellement passive. Comme le soulignent si justement Carter et coll.[40], le rôle de "patient" qui convient dans le cas d'une consultation clinique ne se prête peut-être pas bien à l'intervention préventive. Il faudrait donc encourager les patients à jouer un rôle plus actif. Pour sensibiliser le public à la prévention et l'amener à exiger plus de soins préventifs de la part du personnel médical, il faut absolument lui inculquer la notion de responsabilité et d'initiative personnelles en ce qui concerne sa santé.

Un tel changement de comportement exige beaucoup de temps. Divers enquêteurs visant à expliquer et à prévoir le comportement des gens en matière de santé ont examiné un vaste éventail de facteurs démographiques, situationnels, éducatifs et motivationnels qui pourraient induire des changements[41-43]. Il est bien connu que l'idée subjective que se fait l'individu d'une situation donnée est un déterminant du comportement beaucoup plus puissant que les caractéristiques objectives de cette situation. De plus, il est évident que de nombreux facteurs peuvent influer sur l'attitude d'un individu à l'égard de certaines activités préventives ; la décision d'agir semble résulter à la fois de la valeur accordée par l'individu à un résultat donné et de la confiance qu'il a en la capacité d'une action de produire ce résultat. On a émis une hypothèse voulant que des changements de comportement ayant une incidence sur la santé soient plus susceptibles de se produire si l'individu est conscient d'un danger imminent, et qu'il croit pouvoir l'éviter en prenant des mesures appropriées, lorsque les avantages escomptés l'emportent sur les coûts[41]. Il reste cependant que les avantages à long terme de la prévention sont souvent incertains et difficilement appréciables par rapport à son coût qui, lui, peut représenter une réalité immédiate. Il est évident que le médecin peut influer largement sur la participation de ses patients aux activités de prévention.

Le personnel médical

Découvrir les déterminants de la pratique médicale équivaut à comprendre le comportement des médecins. Bien que la plupart des modèles du comportement aient été élaborés dans le but de comprendre celui du consommateur, certains des concepts qu'ils englobent peuvent également s'appliquer au personnel médical qui essaie d'introduire, d'intégrer et de maintenir de nouvelles activités à l'intérieur de ses pratiques.

L'idée mise de l'avant par Bandura[44], selon laquelle il existe une interaction dynamique entre les facteurs personnels, la situation et le comportement, nous aide à comprendre les forces qui entrent en jeu dans l'intégration des interventions préventives à la pratique médicale. Plus simplement, l'individu adopte et conserve des comportements qui sont renforcés et qui peuvent être intégrés à ses activités courantes.

Le rapport entre la connaissance et le changement de comportement n'est pas clair. Ainsi, lorsque le médecin reconnaît l'importance des interventions préventives, cela constitue une condition nécessaire, mais non suffisante au changement. La personnalité du médecin lui-même, ses préférences en ce qui concerne ses conditions d'exercice, sa formation, son âge, ses valeurs morales et professionnelles, son attitude et ses croyances en matière de santé sont tous des facteurs qui influent sur sa propension à faire de la prévention.

Les déterminants associés au contexte dans lequel le médecin exerce sa profession entreront en interaction avec ces déterminants personnels. Par exemple, les priorités et les installations qui caractérisent la pratique médicale en milieu rural sont susceptibles d'être très différentes de celles qu'on trouve en milieu urbain. Les clientèles sont différentes et le niveau socio-économique des patients peut avoir une influence toute paticulière. On sait que les personnes qui appartiennent aux couches socio-économiques inférieures

ne sont pas portées à prendre en main leur santé, à moins que leur vie ou leur capacité de travailler ne soit menacée. Les attentes des patients, leur niveau de connaissances et leurs réactions aux mesures préventives qui leur sont proposées ont une grande influence sur l'application de ces mesures.

Les interventions préventives dépendent peut-être autant du mode de rémunération des médecins que des conditions d'exercice de la profession. L'un des auteurs (R.N.B.) et Spitzer[37] ont constaté que les activités de prévention sont plus fréquentes lorsque le médecin n'est pas rémunéré à l'acte et que d'autres professionnels de la santé peuvent participer aux soins du patient. Le régime de distribution des soins établit quelles seront les activités et les fonctions qui seront rémunérées. En outre, les programmes de santé publique influent sur le niveau de sensibilisation du public à l'égard de la prévention.

Trouver des moyens susceptibles de provoquer des changements de comportement chez les cliniciens n'est qu'une étape préliminaire. Pour produire et maintenir ces changements, il importe surtout de reconnaître le besoin de renforcement. Tous les facteurs déjà mentionnés, qu'ils agissent indépendamment ou simultanément, servent d'agents incitatifs ou dissuasifs quant à certaines interventions préventives, mais il faut un renforcement positif supplémentaire pour amener les médecins à adopter de nouvelles attitudes à l'égard des activités préventives. Ce renforcement peut prendre la forme d'une réaction positive de la part des patients, d'une rémunération particulière, d'une amélioration de l'état des patients et d'une plus grande satisfaction personnelle. Ce genre de renforcement et de gratification ne figurent pas parmi les caractéristiques dominantes de notre réseau actuel de distribution des soins, lequel est surtout axé sur la guérison du malade.

Organisation des contextes de pratique

L'idée que toute rencontre entre le médecin et le patient constitue une occasion de faire de la prévention est très séduisante. Nos connaissances sur le comportement des patients en quête de soins[45,46] nous portent à croire que le médecin est destiné à demeurer le principal point d'accès au réseau de distribution des soins. Son objectif premier est de guérir la maladie et, pour la plupart des gens, il représente la principale source d'information en ce qui concerne la santé. Il reste néanmoins qu'une proportion considérable de soins primaires est fournie lors de consultations externes sans rendez-vous et dans les services d'urgence, où la prévention n'est pas une préoccupation prioritaire. Lorsqu'il y a une intervention préventive, comme la mesure de la tension artérielle, il est difficile de transmettre les résultats au médecin qui soigne habituellement le patient ; en réalité, cela se produit rarement.

L'introduction d'activités de counseling ou de dépistage de maladies dans la relation médecin-patient n'est réalisée qu'en partie. En raison des contraintes inhérentes à la pratique, même les médecins les mieux intentionnés peuvent difficilement discuter de prévention avec leurs patients. Trop souvent, une fois que le problème qui a amené le client à consulter a été réglé, il ne reste plus de temps pour aborder les questions de prévention. En outre, l'anxiété que ressent le malade au sujet de son état particulier réduit considérablement l'efficacité des conseils qui lui sont donnés.

Il a souvent été proposé de confier la distribution des services préventifs aux professions para-médicales plutôt qu'aux médecins déjà fort occupés et dont les services sont coûteux. Les données limitées dont nous disposons semblent indiquer que ces professionnels sont efficaces[47,48] et que la population les accepte bien[49,50], mais il faudra effectuer des études plus poussées pour savoir si une telle approche fonctionnerait sur une plus grande échelle. Il importe donc avant tout de trouver un moyen d'assurer une collaboration efficace entre les médecins et les autres professionnels de la santé, afin d'arriver à une meilleure intégration des services curatifs et préventifs. On réussirait ainsi à ne pas dissocier ces deux éléments essentiels des soins.

Même si ces problèmes sont résolus, les médecins dispensateurs de soins primaires devront encore tenter d'atteindre efficacement les populations cibles. L'incapacité de joindre les groupes à haut risque a été l'un des principaux problèmes dans de nombreux programmes de dépistage[29,30,51,52], et il ne faut pas s'attendre à ce que cet objectif soit plus facile à atteindre par les médecins qui soignent une clientèle hétérogène plutôt que des populations bien définies. L'intégration d'interventions préventives aux soins primaires courants n'est peut-être pas seulement un rêve mais, pour y arriver, il faudra une importante réorientation des modes actuels d'exercice de la médecine et, sans doute, de nouveaux régimes de rémunération des médecins.

Intégration des soins préventifs aux soins primaires

Malgré les meilleures intentions des médecins qui cherchent à dispenser des soins de qualité, il reste que les nouvelles connaissances et les recommandations concernant les mesures propres à améliorer les soins de santé, même lorsqu'elles sont largement diffusées, ne sont pas acceptées rapidement, complètement ou universellement[32,36,37,53,54]. Les stratégies mises en oeuvre pour améliorer cette situation pourraient être axées sur les connaissances, les attitudes et les comportements. Le problème critique reste cependant d'amener les professionnels de la santé à mettre en pratique leurs nouvelles connaissances et leurs nouvelles attitudes lorsqu'ils soignent leurs patients ; il en est ainsi des patients.

Les recommandations du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique permettront d'élargir nos connaissances sur le sujet, mais il est peu probable que cela suffise. Il faudra en outre envisager des stratégies pour sensibiliser davantage les médecins et leurs patients, et modifier leurs attitudes, ce qui représente probablement une tâche plus complexe. Il faudrait donner aux médecins l'occasion de discuter des recommandations, de leur valeur et des problèmes qu'elles suscitent. Les grandes associations médicales nationales, les fédérations de médecins et les associations d'hôpitaux devraient encourager leurs membres à participer à des échanges de ce type dans la littérature scientifique. Il serait peut-être utile également de solliciter les opinions des médecins qui sont considérés comme des chefs de file par leur pairs et de soumettre leurs opinions à la discussion. Peut-être devrait-on explorer et exploiter la possibilité de faire participer davantage la presse au débat, afin de sensibiliser le public aux recommandations du groupe d'étude.

Les efforts déployés en vue d'inciter les médecins à modifier leur comportement constituent probablement les éléments les plus complexes et les plus critiques de toute stratégie. En l'absence d'efforts semblables, il est

peu probable que l'énergie dépensée en vue d'élargir les connaissances et de modifier les attitudes se traduise par une amélioration des soins dispensés aux patients. L'élaboration de moyens précis en vue de faciliter l'application des recommandations du groupe d'étude constitue une approche intéressante. Cohen et coll.[55] ont trouvé qu'il était utile d'annexer des rappels spéciaux au dossier clinique du patient. On pourrait facilement concevoir des grilles de prévention adaptées au groupe d'âge et au sexe des patients, à partir des recommandations du groupe d'étude et distribuer ces grilles afin d'en généraliser l'utilisation. Le Collège des médecins de famille du Canada a déjà pris un certain nombre de mesures très positives à cet égard en essayant de présenter les recommandations du groupe d'étude d'une manière mieux adaptée aux soins dispensés aux patients dans les cabinets des médecins[16]. Il serait peut-être utile de mettre à la disposition des médecins intéressés des programmes qui serviraient à renforcer le recours aux activités préventives. En outre, l'utilisation de plus en plus répandue de micro-ordinateurs dans les cabinets des médecins devrait donner lieu à toutes sortes d'autres possibilités.

Les modes de rémunération en vigueur actuellement n'encouragent pas suffisamment ou ouvertement les médecins à exécuter les activités de prévention requises par l'examen médical périodique, ce qui explique pourquoi les médecins ont plutôt tendance à privilégier les actes directement axés sur le traitement de la maladie. Selon certaines données, une rémunération appropriée des interventions préventives constituerait un facteur important, pour ce qui est de l'application des recommandations du groupe d'étude[37].

Les stratégies visant à inciter les patients à prendre leurs médicaments ou à se conformer à un régime thérapeutique sont bien connues[56], et un grand nombre d'entre elles pourraient servir à modifier le comportement des patients en ce qui concerne l'aspect préventif de l'examen médical périodique. Certains ont proposé de fournir aux patients de mini-dossiers qui auraient pour but de les sensibiliser non seulement à leur état de santé, mais aussi à la responsabilité qu'ils ont de la préserver et de la maintenir[57].

Les secteurs de recherche prioritaires

Dans son premier rapport, le groupe d'étude avait cerné plusieurs secteurs de recherche prioritaires qui se rapportaient surtout à la formulation de lignes directrices concernant les activités de prévention. La définition de ces objectifs prioritaires a entraîné la création de projets de recherche connexes, comme en témoigne l'étude nationale en cours sur le dépistage du cancer du sein chez la femme[58].

Le domaine de la prévention traverse une période de grande évolution. Les secteurs de recherche prioritaires changent constamment et doivent donc être redéfinis périodiquement. À l'heure actuelle, il existe quatre grands courants de recherche. Premièrement, la recherche sur l'efficacité potentielle et réelle des mesures préventives doit se poursuivre. Il convient d'évaluer soigneusement les activités de counseling utilisées en prévention primaire et les mesures de dépistage précoce appliquées en prévention secondaire, afin de déterminer les avantages et les inconvénients qu'elles peuvent présenter pour la santé des patients. Ce genre de recherche est essentiel à l'acquisition de nouvelles connaissances et à la mise à jour des recommandations actuelles. Deuxièmement, dans une conjoncture économique comme celle que nous connaissons actuellement, il est capital d'arriver à un équilibre entre le coût de la prévention et les avantages qu'elle procure. Il faudrait donc étudier l'efficience d'autres méthodes de dépistage afin de fournir aux "décideurs" des renseignements objectifs propres à favoriser une meilleure affectation des ressources. Troisièmement, d'autres recherches devront être faites, si l'on veut déterminer le degré actuel d'intégration des services préventifs et curatifs et mieux comprendre les facteurs déterminants de cette intégration. Il faudra en outre étudier plus avant le mécanisme de diffusion des nouvelles connaissances dans la pratique clinique, afin de reconnaître les niveaux d'intervention qui pourraient favoriser la mise en pratique des recommandations. Il faudrait élaborer et évaluer des stratégies de mise en pratique des recommandations et intensifier les efforts d'éducation continue. Des tactiques opérationnelles, comme l'inclusion d'une grille de prévention dans les dossiers médicaux ou l'utilisation d'un carnet de santé par les patients devraient être étudiées. Il serait peut-être utile enfin d'explorer de nouveaux modes de rémunération qui encourageraient les médecins à faire de la prévention et d'assurer une meilleure coordination des services dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Conclusions

L'examen médical est un concept en évolution. Il ne s'agit pas de remettre en question l'importance de certains tests de dépistage précoce chez l'individu qui ne présente aucun symptôme. Il faut cependant mettre l'accent sur le rôle du professionnel de la santé dans la transmission des connaissances par le counseling.

La révision permanente des recommandations entreprise par le groupe d'étude témoigne du caractère dynamique du concept de l'examen médical périodique. L'acquisition de nouvelles connaissances présente toutefois un certain nombre d'inconvénients pour les cliniciens, car elles entraîneront inévitablement des changements dans les lignes directrices antérieures et, par conséquent, provoqueront certains bouleversements, autant pour le patient que pour le médecin. Les membres du groupe d'étude sont très conscients de ces difficultés et ne modifieront les recommandations qu'après une évaluation attentive des nouvelles données pertinentes. Les efforts déployés par le groupe d'étude en vue de systématiser les connaissances en matière de prévention ont pour but l'établissement de lignes directrices destinées à la pratique et non de protocoles rigides. Les lignes directrices n'ont pas été conçues pour remplacer le jugement professionnel du médecin.

S'il existait une meilleure coordination des travaux des différents organismes chargés d'établir des recommandations, les lignes directrices seraient sans doute plus uniformes, ce qui éviterait aux cliniciens de se retrouver devant des lignes directrices contradictoires émanant de sources différentes. Le groupe d'étude canadien et le Preventive Services Task Force des États-Unis ont récemment fait un premier pas dans ce sens. Ils ont établi des liens fonctionnels afin de permettre l'échange de l'information et l'élaboration conjointe de recommandations. Un consensus nord-américain sur les lignes directrices concernant la médecine préventive favoriserait l'intégration de la prévention à la pratique clinique.

Toute démarche visant à modifier le comportement des médecins dans l'exercice de leurs fonctions doit d'abord passer par l'étape première de l'acquisition de nouvelles connaissances, mais une entreprise du genre ne donnera pas les résultats escomptés si les problèmes associés à l'application courante ne sont pas réglés adéquatement. Il faudra mettre à l'essai et évaluer plusieurs approches. Le défi qui nous attend consistera à passer de la théorie à la pratique efficace.

Remerciements

Nous souhaitons témoigner notre gratitude aux docteurs Walter O. Spitzer et J. Hauser, aux membres du groupe d'étude sur l'examen médical périodique et au docteur Norman J.B. Wiggin pour le rôle important qu'ils ont joué dans la préparation de ce document. Nous remercions également le docteur Jacques Tremblay qui a révisé la version française et madame Diane Telmosse qui a assuré les services de dactylographie.

Bibliographie

1.Yankauer A. : The ups and downs of prevention (E). Am. J. Public Health, 1981 ; 71 : 6-9.

2.Charap M.H. : The periodic health examination : genesis of a myth. Ann. Intern. Med., 1981 ; 95 : 733-735.

3.Shattuck L. : Report of the Sanitary Commission of Massachusetts, 1850 (réimpression), Harvard U.Pr., Cambridge, 1948.

4.Gould G.M. : A system of personal biologic examination : The condition of adequate medical and scientific conduct of life. JAMA, 1900 ; 35 : 134-138.

5.Emerson H. : Periodic medical examinations of apparently healthy persons. JAMA, 1923 ; 81 : 1376-1381.

6.Sondern F.E., Heyd C.G., Corwin E.H.L. (éds) : Outline of Preventive Medecine for Medical Practitioners and Students, Hoeber, New York, 1929.

7.Lalonde M. : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Document de travail, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, avril 1974.

8.Frame P.S., Carlson S.J. : A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1 : Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. J. Fam. Pract., 1975 ; 2 : 29-36.

9.Breslow L., Somers A.R. : The lifetime health-monitoring program, a practical approach to preventive medicine. N. Engl. J. Med., 1977 ; 296 : 601-608.

10. Committee on Standards of Child Health Care, American Academy of Pediatrics, 3e éd., Evanston, III, 1977.

11. Preventive Services for the Well Population, Report of the Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Healthy People (Appendices). Department of Health, Education, and Welfare, Washington, 1978 ; 1-22.

12. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : L'examen médical périodique. Union méd. Can., 1979 ; 108(12) : supplément.

13. The Cancer-related Health Check-up : Recommandations and Rationale. Final Report of the Public Education Subcommittee on the Health Checkup, Am. Cancer Soc., 1980.

14. Medical Practice Committee, American College of Physicians : Periodic health examination : a guide for designing individualized preventive health care in the asymptomatic patient. Ann. Intern. Med., 1981 ; 95 : 729-732.

15. Council on Scientific Affairs : Medical evaluations of healthy persons. JAMA, 1983 ; 249 : 1626-1633.

16. The Patterns of Practice and Health Care Delivery Committee of the College of Family Physicians of Canada. Health maintenance guide, Coll. Fam. Physician. Can., Willowdale, Ont, 1983.

17.Peterson O.L., Andrews L.P., Spain R.S., Greenberg B.G. : An analytic study of North Carolina general practice. J. Med. Educ., 1956 ; 31 : 1-165.

18.Clute K.F. : The general practitioner. A study of medical education and practice in Ontario and Nova Scotia. U. of Toronto Pr., Toronto, 1963.

19.Jungfer C.C., Last J.M. : Clinical performance in Australian general practice. Med. Care, 1964 ; 2 : 71-83.

20.Morehead M.A. : Evaluating quality of medical care in the neighborhood health center program of Office of Economic Opportunity. Med. Care, 1970 ; 8 : 118-131.

21.Sanazaro P.J. : Medical audit : experience in the U.S.A. Br. Med. J., 1974 ; 1 : 271-274.

22.Lyons T.F., Payne B.C. : The relationship of physicians' medical recording performance to their medical care performance. Med. Care, 1974 ; 12 : 463-469.

23.Kessner D.M., Kalk C.E., Singer J. : Assessing health quality - the case for tracers. N. Engl. J. Med., 1973 ; 288 : 189-194.

24.Kessner D.M., Snow C.K., Singer J. : Assessment of medical care for children. Constrasts in Health Status, Vol. 3, Institute of Medicine, US Panel on Health Services Research, Washington, 1974.

25.Riedel R.L., Riedel D.C. : Practice and Performance : an Assessment of Ambulatory care, Health Admin Pr., Ann Arbor, Mich., 1979.

26.Ross C.E., Duff R.S. : Quality of outpatient pediatric care : the influence of physicians' background, socialization and work/information environment on performance. J. Health Soc. Behav., 1978 ; 19 : 348-360.

27.Fodor J.G., Bruce-Lockhart P.L. : An innovative program of hypertension management in primary care practice. Can. J. Public Health, 1978 ; 69 : 21-23.

28.Cypress B.K. : The role of ambulatory medical care in hypertension screening. Am. J. Public Health, 1979 ; 69 : 19-24.

29.Fruchter R., Boyce J., Hunt M. : Missed opportunities for early diagnoses of cancer of the cervix. Am. J. Public Health, 1980 70 : 418-420.

30.Kleinman J.C., Kopstein A. : Who is being screened for cervical cancer? Am. J. Public Health, 1981 ; 71 : 73-76.

31.Bates B., Mulinare J. : Physicians' use and opinions of screening tests in ambulatory practice. JAMA, 1970 ; 214 : 2173-2180.

32.Romm F.J., Fletcher S.W., Hulka B.S. : The periodic health examination : Comparison of recommendations and internists' performance. South Med. J., 1981 ; 74 : 265-271.

33.Samp R.J. : Physician poll on cancer prevention. Opinions and reactions of over 1,400 doctors. JAMA, 1962 ; 179 : 1001-1004.

34.Wakefield J., Baric L. : Public and professional attitudes to a screening programme for the prevention of cancer of the uterine cervix : a preliminary study. Br. J. Prev. Soc. Med., 1965 ; 19 : 151-158.

35.Mossetti C., Grismondi G.P., Panero M. : Il comportamento del medico nell'azione preventiva antitumorale. Dati relativi ad un questionario inviato ai medici della provincia di Torino. Minerva Ginecol., 1977 ; 29 : 107-117.

36.Battista R.N. : Adult cancer prevention in primary care : patterns of practice in Quebec. Am. J. Public Health, 1983 ; 73 : 1036-1039.

37.Battista R.N., Spitzer W.O. : Adult cancer prevention in primary care : contrasts among primary care practice settings in Quebec. Am. J. Public Health, 1983 ; 73 : 1040-1041.

38.Wolf S., Badgley R.S. : The family doctor. McMillan, Toronto, 1973 ; 22-54.

39.Inui T.S., Belcher D.W., Carter W.B. : Implementing preventive care in clinical practice. I. Organizational issues and strategies. Med. Care Rev., 1981 ; 38 : 129-154.

40.Carter W.B., Belcher D.W., Inui T.S. : Implementing preventive care in a clinical practice : II Problems for managers, clinicians and patients. Med. Care Rev., 1981 ; 38 : 195-216.

41.Becker M.H. (éd) : The health belief model and personal health behavior. Slack, Thornfare N.J., 1974.

42.Green L. : Should health education abandon attitude change strategies ? Perspective from recent research. Health Educ. Monogr., 1970 ; 1 : 25-48.

43.Leventhal H., Meyer D., Gutmann M. : The role of theory in the study of compliance to high blood pressure regimens. Dans Haynes R.B., Mattson M.E., Engebretson T.O., éds : Patient compliance to antihypertensive medication regimens : a report to the national heart, lung and blood institute. (N.I.H. Pub. 81-2102) Washington, 1980.

44.Bandura A. : Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1977.

45.Rosenstock I. : The health belief model and preventive health behavior. Health Educ. Monogr., 1974 ; 2 : 354-386.

46.Leavitt F. : The health belief model and utilization of ambulatory care services (résumé). Soc. Sci. Med., 1979 ; 13A : 105-112.

47.Schlesinger E.R., Lowery W.D., Glaser D.B., Milliones M.D., Mazumdar S. : A controlled test of the use of registered nurses for prenatal care. Health Serv. Rep., 1973 ; 88 : 400-404.

48.Spitzer W.O., Sackett D.L., Sibley J.C. et coll. : The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. N. Engl. J. Med., 1974 ; 290 : 251-256.

49.Breslau N., Novack A.H. : Public attitudes toward some changes in the division of labor in medicine. Med. Care, 1979 ; 17 : 859-867.

50.Pender N.J., Pender A.R. : Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners : predicting potential consumers. Am. J. Public Health, 1980 ; 70 : 798-803.

51.Keeping J.D., Chang M., Morrison J., Esler E.J. : Poor antenatal attendance and obstetric performance. Aust. N.Z. Obstet. Gynaecol., 1980 ; 20 : 139-143.

52.Lewis E. : Attendance for antenatal care. Br. Med. J., 1982 ; 284 : 788.

53.Lloyd J.S., Abrahmson S. : The effectiveness of continuing medical education : a review of the evidence. Eval. Health Prof., 1979 ; 2 : 251-280.

54.Haynes R.B., Davis P.A., McKibbon A., Tugwell P. : A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. JAMA, 1984 ; 251 : 61-64.

55.Cohen D.I., Littenberg B., Wetzel C., Neuhauser D. : Improving physician compliance with preventive medicine guidelines. Med. Care, 1982 ; 20 : 1040-1045.

56.Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (éds.) : Compliance in health care. Johns Hopkins U. Pr., Baltimore, Md, 1979.

57.McCormick M.C., Shapiro S., Starfield B.H. : The association of patient health-held records and completion of immunizations. Clin. Pediatr. (Phila), 1981 ; 20 : 270-274.

58.Miller A.B., Howe G.R., Wall C. : The national study of breast cancer screening. Protocol for a Canadian randomized controlled trial of screening for breast cancer in women. Clin. Invest. Med., 1981 ; 4 : 227-258.

POLITIQUE ÉDITORIALE

L'Union médicale du Canada est une publication mensuelle scientifique vouée à l'animation de la communauté francophone nord-américaine. Les scientifiques de toutes les disciplines de la santé sont invités à y publier leurs travaux.

Tout article publié a d'abord été accepté par un comité de lecture. Les auteurs doivent préparer leurs écrits de telle façon qu'ils puissent être incorporés dans l'une des rubriques de la table des matières. Des objectifs spécifiques déterminent chaque rubrique.

Dossier

Groupe d'articles traitant d'une question scientifique ou d'un problème particulier.

Formation médicale continue

Article à but andragogique destiné surtout aux praticiens généraux.

Article original

Information scientifique spécialisée et originale.

Concept nouveau

Revue critique de la littérature portant sur un sujet d'intérêt clinique ou fondamental.

Document et réflexion

Écrit d'intérêt général et à forme libre.

Communication

Observation clinique ou travaux préliminaires.

Lettres au rédacteur

Commentaires des lecteurs, bref rapport, mise au point et critique.

Feuille volante

Texte bref écrit dans un but didactique. Il peut prendre la forme d'un dialogue, d'une anecdote ou d'un écrit humoristique.

Compte rendu

Rapport de séminaires, de réunions scientifiques, de groupes d'études, de comités, etc.

Histoire de la médecine

Travaux portant sur l'histoire de la médecine universelle, canadienne ou québécoise ; biographie ou nécrologie.

Tribune éditoriale

Commentaires ou prise de position de la rédaction ou des signataires..

Tout article publié dans l'Union médicale du Canada n'engage que ses auteurs. □

Bactrim™ Roche®

Résumé posologique

Indications
Traitement des infections suivantes, quand elles sont causées par des germes sensibles:
- infections de l'appareil respiratoire supérieur et inférieur (bronchite chronique, en particulier) ainsi qu'otite moyenne aiguë et chronique
- infections des voies urinaires aiguës, récurrentes et chroniques
- infections des voies génitales: urétrite gonococcique sans complications
- infections gastro-intestinales
- infections de la peau et des tissus mous
- pneumonite à *Pneumocystis carinii* chez le nourrisson et l'enfant.

'Bactrim' n'est pas indiqué dans le traitement des infections virales et des infections à *Pseudomonas* ou à *Mycoplasma*.

Contre-indications
En présence de lésions hépatiques graves ou d'insuffisance rénale lorsqu'il est impossible de déterminer régulièrement les concentrations sériques; en présence de dyscrasies sanguines ou d'hypersensibilité connue à la triméthoprime ou aux sulfamides.
Chez la femme enceinte ainsi que chez les nouveau-nés ou les prématurés pendant les premières semaines de vie.

Précautions
Il convient de mettre en balance les risques et les avantages prévus chez les sujets atteints de lésions hépatique ou rénale, d'obstruction des voies urinaires, de dyscrasies sanguines, d'allergies ou d'asthme bronchique. Il faut diminuer la posologie chez les insuffisants rénaux. Ne pas administrer si le taux de créatinine sérique est supérieur à 2 mg%. On doit envisager la possibilité de surinfection par un organisme non sensible.

Réactions indésirables
Les plus courantes sont: nausées, vomissements, intolérance gastrique et rash.
On rencontre, moins souvent: diarrhée, constipation, flatulence, anorexie, pyrosis, gastrite, gastro-entérite, urticaire, céphalées et altérations hépatiques (élévations anormales de la phosphatase alcaline et de la transaminase sérique).
À l'occasion, on fait état de: glossite, oligurie, hématurie, tremblements, vertige, alopécie et élévation de l'azote uréique sanguin, de l'azote non protéique sanguin et de la créatinine sérique.
Altérations hématologiques: neutropénie et thrombocytopénie surtout, et, plus rarement, leucopénie, anémie aplasique ou hémolytique, purpura, agranulocytose et hypoplasie médullaire. Elles se manifestent surtout chez les personnes âgées et sont habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

Posologie
Enfants: 6 mg de triméthoprime par kg de poids corporel par jour et 30 mg de sulfaméthoxazole par kg de poids corporel par jour, répartis en deux doses égales.
Adultes et enfants de 12 ans et plus:
Posologie habituelle:
1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 2 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Posologie minimale et pour un traitement prolongé:
½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 1 comprimé pour adultes, deux fois par jour.
Posologie maximale (infections graves): 1½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 3 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Dans les cas d'infections aiguës, prolonger le traitement pendant un minimum de 5 jours ou jusqu'à ce que le malade ait été asymptomatique pendant 48 heures, et, dans les infections des voies urinaires, jusqu'à ce que l'urine soit stérile.
Gonorrhée sans complications: 2 comprimés pour adultes ou 1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche', quatre fois par jour pendant 2 jours.
Pneumonite à *Pneumocystis carinii:* 20 mg/kg/jour de triméthoprime et 100 mg/kg/jour de sulfaméthoxazole en quatre doses fractionnées pendant 14 jours.

Présentation
Comprimé pour adultes: Comprimé blanc, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE C sur une face, rainuré et gravé BACTRIM sur l'autre, dosé à 80 mg de triméthoprime et 400 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 500. Conditionnement unitaire, boîtes de 100.
Comprimé DS: Comprimé blanc, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE sur une face, rainuré et gravé BACTRIM DS sur l'autre, dosé à 160 mg de triméthoprime et 800 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 250.
Suspension: Aromatisée à la cerise, contenant 40 mg de triméthoprime et 200 mg de sulfaméthoxazole par 5 ml.
Flacons de 100 et 400 ml.
Comprimé pédiatrique:
Comprimé blanc, cylindrique, biplan, gravé ROCHE sur une face, à rainure simple et gravé C dans chaque hémicycle sur l'autre, dosé à 20 mg de triméthoprime et 100 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100.

Solution pour perfusion: ampoule de couleur ambre d'une capacité de 5 ml, contenant 80 mg de triméthoprime (16 mg/ml) et 400 mg de sulfaméthoxazole (80 mg/ml) pour perfusion avec une solution aqueuse de dextrose à 5%, une solution de Ringer ou de NaCl à 0.9%. Emballage de 25 ampoules.

Monographie disponible sur demande.

TM: Marque de commerce de Hoffmann-La Roche Limitée
®Marque déposée

Référence
1: New York Academy of Sciences, Proceedings, 8 décembre 1980, p. 15.

Can. 3035

'Bactrim' 'Roche' est inscrit dans la Liste de médicaments.

ROCHE® Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec J7V 6B3

À l'avant-garde de la recherche en médecine et en chimie

PAAB CCPP

INDEX DES ANNONCEURS

Association des médecins de langue française du Canada 723

Ayerst, Laboratoires
Atromide-S 810

Ayerst, Laboratoires
Indéral-LA 732-733-791

Boehringer Ingelheim
Asasantine 764-765-785

Burroughs Wellcome Inc./ Division médicale Wellcome
Sudafed ..... 3e couv.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Examens d'endocrinologie et métabolisme 745

Geigy, Produits
Anafranil ..... 4e couv. 731

Gouvernement du Canada
Défense nationale 771

Hoffmann-La Roche Ltée
Bactrim IV 757-809

McNeil, La compagnie de produits aux consommateurs
Tylenol pour enfants . 789-794

Parke-Davis Canada Inc.
Lopid ..... 739-740-741 -742-726

Robins Canada Inc., A.H.
Micro-K 781-782

Squibb Canada Inc.
Capoten 724-776-777

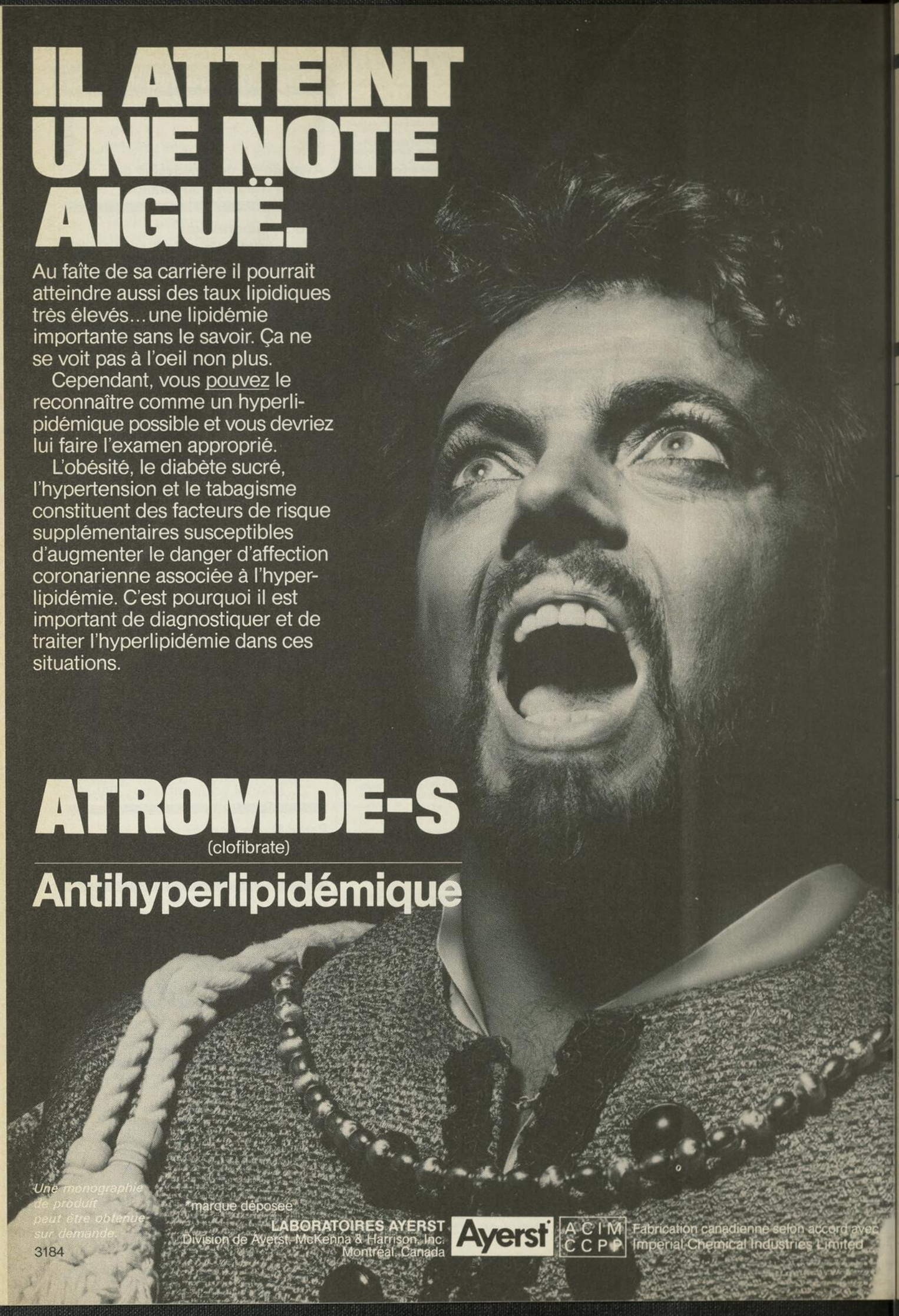
Wyeth Ltée
Ativan 2e couv.-749

IL ATTEINT UNE NOTE AIGUË.

Au faîte de sa carrière il pourrait atteindre aussi des taux lipidiques très élevés... une lipidémie importante sans le savoir. Ça ne se voit pas à l'oeil non plus.

Cependant, vous pouvez le reconnaître comme un hyperlipidémique possible et vous devriez lui faire l'examen approprié.

L'obésité, le diabète sucré, l'hypertension et le tabagisme constituent des facteurs de risque supplémentaires susceptibles d'augmenter le danger d'affection coronarienne associée à l'hyperlipidémie. C'est pourquoi il est important de diagnostiquer et de traiter l'hyperlipidémie dans ces situations.



ATROMIDE-S

(clofibrate)

Antihyperlipidémique

Une monographie de produit peut être obtenue sur demande.

3184

*marque déposée

LABORATOIRES AYERST
Division de Ayerst, McKenna & Harrison, Inc.
Montréal, Canada

Ayerst

ACIM CCPP

Fabrication canadienne selon accord avec Imperial Chemical Industries Limited

Septembre 1984
Vol. XVII, No 8

A.M.L.F.C., 1440, rue Ste-Catherine Ouest
bureau 510, Montréal (Québec) H3G 2P9

BULLETIN

Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

Les innovations thérapeutiques ne sont pas protégées par la loi canadienne sur les brevets. En retour d'une redevance minime, le produit et le procédé de fabrication originaux peuvent en effet être copiés par ceux qui en font la demande.

Ces dispositions législatives ont fait l'objet de nombreuses critiques. Le gouvernement sortant n'a pas encore toutefois amendé la loi et a plutôt choisi de confier l'étude de la question à une commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique au Canada.

L'Association des médecins de langue française du Canada publie ici le mémoire qu'elle a soumis au président de la commission, le docteur H.C. Eastman.

Introduction:

Fondée en 1902, L'AMFLC regroupe quelques 3 500 médecins francophones établis dans les différentes provinces de notre pays et principalement au Québec.

L'AMLFC est une association scientifique et culturelle sans but lucratif, dont le premier objectif est la promotion de la médecine d'expression française au Canada et à l'étranger.

Notre Association assume la publication de l'Union médicale du Canada, seule revue médicale scientifique de langue française publiée en Amérique, et qui paraît chaque mois depuis 1872.

Une partie des coûts de publication de l'Union médicale du Canada est défrayée par l'annonce de produits pharmaceutiques, mais nous ne tentons pas de combler le déficit annuel de la revue en augmentant le nombre des pages d'annonces aux dépens du contenu scientifique, comme en témoignent nos états financiers.

Une question d'équité:

Sans avoir mené une campagne d'information auprès de nos membres suivie d'un sondage en règle, nous pouvons affirmer que la vaste majorité des médecins considèrent injustes les dispositions de la loi canadienne des brevets, qui permettent à une compagnie de copier un produit pharmaceutique développé à grands frais par une autre firme. Ce licenciement obligatoire, sans égard aux raisons qui l'ont motivé, nous paraît contraire aux principes de la liberté d'entreprise qui sous-tendent le système économique et politique de notre pays.

Le marché vs la réglementation:

Nous comprenons que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, dans le cadre d'un régime d'assurance universel contre les frais médicaux, veuillent éventuellement assumer le coût des médicaments et cherchent donc à en contrôler le prix.

Les médecins sont conscients du coût élevé de certaines drogues et n'ont formulé au Québec, par exemple, aucune objection à l'établissement par le ministère des Affaires sociales d'un formulaire restrictif des produits pharmaceutiques.

On peut se demander par contre, si le licenciement obligatoire a été une décision vraiment favorable aux meilleurs intérêts économiques des consommateurs canadiens.

Considérons sous cet angle, l'exemple de la cimétidine (Tagamet). Ce médicament a profondément modifié le traitement de l'ulcère d'estomac et a été adopté rapidement par les médecins à travers le monde. La compagnie Smith Kline & French a évidemment réalisé d'importants bénéfices.

Mais cette réussite a immédiatement stimulé l'industrie japonaise du médicament à développer le sulcralfate. Ce médicament très efficace, mais d'un concept différent, est venu s'ajouter à notre arsenal thérapeutique et a permis de traiter avec succès un plus grand nombre de malades encore.

Nous avons aussi assité à la mise en marché successive de nombreux édulcorants sans calories, qui nous ont conduits de la saccharine à l'aspartame, un produit nettement supérieur. Il en va de même de la famille des bêta-bloqueurs et de la vaste gamme des antibiotiques développés depuis la découverte de la pénicilline.

Il est douteux que de tels efforts pour découvrir de nouvelles molécules eussent été consentis, si les autres pays, à l'instar du Canada, avaient autorisé n'importe qui à copier tout simplement la molécule et le procédé de fabrication développés initialement par un laboratoire réputé.

Notre système économique est basé sur la notion de profits dont la compétition est la contrepartie inéluctable. Ces principes ont assuré le progrès et la prospérité de notre pays et ne sauraient être reniés impunément.

Le prix des médicaments:

Cette question est certes importante et ne laisse pas les médecins indifférents. Il convient cependant de situer le problème correctement et nous reprendrons pour les fins de la discussion l'exemple de la cimétidine, un médicament nouveau d'un prix relativement élevé.

Ce produit développé par la compagnie Smith Kline & French se détaille au Québec à 27,89 $ les cent comprimés de 300mg. La dose habituelle est de 3 comprimés par jour pour un coût de 0,84 $ par jour. Le traitement se prolongeant habituellement sur une année, le coût total du traitement s'élève à 307,00 $.

Le licenciement obligatoire a-t-il réduit de façon significative le prix de la cimétidine?

La cimétidine de la compagnie Horner (Peptol) se détaille à Montréal à 22,97 $ le cent et l'Apo-cimétidine d'Apotex, à 15,40 $ le cent.

Le coût du traitement pour un an, pour chacune des trois préparations, se compare donc ainsi:

Tagamet:	307,00 $
Peptol:	252,00 $
Apo-cimétidine:	168,63 $

On pourrait croire que le prix de la cimétidine de Smith Kline & French (Tagamet) a baissé, précisément à cause de cette compétition. Mais il n'en est rien. Nous avons posé la question à la direction de la compagnie, qui nous affirme n'avoir pas modifié le prix du médicament depuis sa mise en marché.

Nous savons que l'invention de la cimétidine a réduit de 63% les quelques quatre millions de jours d'hospitalisation annuels aux États-Unis pour ulcères d'estomac, et à peu près aboli la gastrectomie, résultant en une économie annuelle de plusieurs milliards de dollars. Toute proportion gardée, les résultats au Canada sont semblables. Les économies directes et indirectes que l'invention de la cimétidine a permis aux canadiens de réaliser dépassent de si loin les modestes gains obtenus par le licenciement obligatoire de ce médicament au Canada, qu'il faut se demander si le jeu en vaut vraiment la chandelle.

Le devenir de l'industrie pharmaceutique canadienne:

Les économies relativement modestes réalisées au Canada par le licenciement obligatoire ne seraient-elles pas en effet réduites, voire même annulées, par les effets négatifs de cette législation?

La réponse à cette question semble être un oui qu'il convient peut-être cependant de qualifier.

Notre Association n'est pas persuadée que le départ du Québec d'un nombre important de firmes pharmaceutiques ait été causé uniquement par la loi canadienne sur les brevets. Plusieurs de ces firmes en effet se sont établies en Ontario où la loi est la même. Nous avons plutôt l'impression que certaines firmes pharmaceutiques, face à la loi canadienne, ont décidé de concentrer leurs opérations manufacturières et ont préféré l'Ontario au Québec pour diverses raisons, dont peut-être la loi québécoise sur le prix médian des drogues.

Il reste cependant, au plan canadien, que la centralisation de l'industrie pharmaceutique innovatrice dans une seule province est inquiétante à plusieurs égards.

Il se fait peu de recherche pharmaceutique fondamentale au Québec, pour des raisons que nous examinerons plus tard. Mais un marché suffisamment important justifie l'existence de centres de fabrication et de distribution qui emploient une main-d'oeuvre importante. De tels centres emploient également pour le contrôle de la qualité, des diplômés universitaires et des représentants qualifiés.

Plus important encore, les nouveaux médicaments sont rapidement mis à la disposition de nos chercheurs cliniques. Nos centres de recherche et nos hôpitaux d'enseignement participent de cette façon à l'évolution de la médecine de pointe, à laquelle ils apportent une contribution importante. Le temps qui

s'écoule entre la découverte d'un médicament majeur et sa prescription aux malades est ainsi réduit de façon significative.

Si le Canada devait dépendre des États-Unis, du Japon ou de l'Angleterre pour obtenir une information de seconde main, notre pays ne se distinguerait plus sur le plan de la médecine moderne, des nations dites sous-développées.

La recherche et le développement:

D'aucuns argumenteront peut-être que le prix relativement élevé des produits pharmaceutiques au Canada n'est pas justifié, puisque les compagnies pharmaceutiques multi-nationales y font relativement peu de recherche fondamentale ou de développement. Faut-il rappeler que le coût de la recherche et du développement doit forcément être inclus dans le prix d'un médicament, qu'il soit vendu aux États-Unis ou au Canada?

Le développement d'un nouveau médicament s'échelonne en moyenne sur une période de dix ans et coûte plus de cent millions de dollars américains.

Seule une poignée de grandes firmes pharmaceutiques aux États-Unis, au Japon, en Angleterre et en Suisse ont les ressources financières, l'expertise ainsi que le marché requis pour compétitionner sur ce terrain.

Il serait certes satisfaisant que le Canada accède à ce club, comme à bien d'autres, comme par exemple celui de l'industrie automobile, dont la technologie nous vient des États-Unis et du Japon. Mais il faut être conscient de la réalité.

Le licenciement obligatoire des drogues visait paraît-il, à promouvoir le développement d'une industrie pharmaceutique innovatrice purement canadienne. Malheureusement, le recours à la réglementation a eu, encore une fois, un effet contraire aux résultats escomptés. Pour le moment la recherche pharmaceutique fondamentale au Canada ne peut se faire que dans des laboratoires subventionnés par l'état, et encore à une échelle modeste. La découverte de médicaments importants va demeurer pour plusieurs années encore l'apanage des multi-nationales, que cela nous fasse plaisir ou non.

Mais la recherche clinique, ainsi que la participation de nos scientifiques aux programmes de contrôle et de qualité, étaient jusqu'à présent une source de stimulation intellectuelle et créaient une offre d'emplois qui s'étendait loin à l'extérieur des murs des laboratoires des compagnies pharmaceutiques. Le repli des compagnies aux États-Unis et en Ontario est en voie de tarir cette source, sapant les bases mêmes d'une éventuelle industrie pharmaceutique canadienne.

En bref, les amendements apportés à la loi canadienne des brevets, sans doute avec les meilleures intentions du monde, ont coupé les ailes à nos chercheurs, supprimé des emplois et privé éventuellement les citoyens du Canada de l'accès rapide aux progrès de la médecine moderne.

Tous comptes faits, avons-nous vraiment réalisé une bonne affaire?

Les amendements requis à la loi canadienne sur les brevets:

L'AMLFC est d'avis que la section 41 de la loi canadienne sur les brevets doit être tout simplement abrogée.

Certains intervenants proposent que la protection des brevets ne soit accordée qu'aux seules compagnies qui font de la recherche et du développement au Canada, à l'exclusion des essais cliniques de pré-commercialisation. Cette position nous paraît utopique, pour les raisons que nous avons invoquées ci-haut. Une telle exigence traduit une incompréhension du processus de développement d'un produit pharmaceutique et des facteurs économiques qui le sous-tendent.

La dérèglementation que nous proposons rétablirait les lois naturelles du marché qui ont fait la prospérité de notre pays et qui demeurent valables. Rien ne justifie à nos yeux l'abolition sélective du droit d'exclusivité dans le seul cas des innovations pharmaceutiques.

Nous répétons qu'une découverte majeure nettement profitable aux créateurs d'un produit pharmaceutique, suscite immédiatement la recherche d'une drogue aussi efficace, sinon meilleure, par ses compétiteurs, ce qui est éminemment plus avantageux pour le public que la simple piraterie légalisée de la formule originale. Au lieu d'un seul médicament, qui n'est jamais parfait, les médecins ont alors le choix entre deux ou trois options thérapeutiques.

D'autres feront peut-être valoir que la protection des brevets ne devrait être accordée qu'aux nouveaux médicaments originaux qui n'ont pas d'équivalents sur le marché, permettant ainsi aux compagnies pharmaceutiques de récupérer leurs investissements lourds.

Cette formule ne nous paraît pas logique.

Nous savons que nombre de nouveaux produits pharmaceutiques ne sont en vérité que des modifications mineures de la molécule originale. Citons à titre d'exemple plusieurs variantes de la formule chimique du Diazépam (Valium) ou encore la gamme des antidépresseurs tricycliques. Ces dérivés ont souvent des effets cliniques à peu près identiques et les médecins sont bien informés de leur similitude par une abondante littérature.

Les prix de ces médicaments varient considérablement et sont souvent d'ailleurs affichés dans les pharmacies. Les consommateurs commencent donc à "magasiner". Les médecins de leur côté informés des écarts de prix, n'hésitent pas à prescrire un médicament de ce type par son nom générique.

Pourquoi alors réglementer ce que le marché résoud de façon efficace?

"À l'ombre du génie"

La Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, en collaboration avec Télé-Métropole, met à l'affiche une série de 13 émissions intitulée "À L'OMBRE DU GÉNIE". Animées par le Dr Yves Lamontagne, directeur du Centre de recherche de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et président de la Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, ces émissions seront présentées à 22 heures, le dimanche soir, à compter du 23 septembre prochain.

Plusieurs grands personnages de l'histoire ont souffert de maladies mentales, parfois très sérieuses, et ont pu, néanmoins, accomplir de grandes oeuvres que ce soit au niveau politique, artistique ou social. Le but de cette série télévisée est double. Premièrement, chaque émission d'une demi-heure vise à faire connaître la personnalité d'un grand homme par son oeuvre. Nous retrouvons donc l'homme dans l'histoire. Deuxièmement, à travers la personnalité de chaque personnage célèbre, nous retrouvons, dans chaque émission, ses problèmes psychologiques.

L'originalité de cette série tient du fait qu'elle allie l'histoire à la médecine, principalement à la psychiatrie. En ce sens, chaque émission devient moins sèche qu'un cours d'histoire et moins aride qu'un cours de psychiatrie; bien plus, elle s'attarde au côté strictement humain d'un personnage célèbre. De cette façon, "À L'OMBRE DU GÉNIE" peut atteindre un public beaucoup plus grand et diversifié. En effet, les friands d'histoire en sauront davantage sur des figures légendaires tandis que les adeptes de psychologie, de psychiatrie et de sciences sociales pourront découvrir les problèmes psychologiques des grands hommes. Bien plus, le grand public et même de nombreux malades mentaux pourront apprendre les signes et symptômes de différentes pathologies et constater que, malgré des problèmes psychologiques importants, une personne peut arriver à de grandes réalisations.

Directement, "À L'OMBRE DU GÉNIE" décrit l'histoire des grands hommes et leurs maladies mentales. Indirectement, elle sert à éduquer le public sur les maladies mentales, à faire une certaine forme de prévention et à éliminer les tabous qui existent encore face aux problèmes psychiatriques.

Voici la liste des émissions, qui ne seront pas nécessairement diffusées dans cet ordre: Van Gogh, Mozart, Napoléon, Catherine La Grande, Mackenzie King, Sarah Bernhardt, le Marquis de Sade, Beaudelaire, Hitler, Freud, Louis II de Bavière, Beethoven et Marie Stuart. Un psychiatre différent participe, comme invité, à chaque émission.

Nous vous serions reconnaissants d'aviser vos parents, amis et patients de la présentation de cette série. Si l'émission vous plaît, n'hésitez pas à écrire aux journaux ou à Télémétropole; les appels téléphoniques sont aussi très utiles. Seule cette façon de faire peut nous aider à faire comprendre aux média que l'information en santé mentale est importante.

Les assurances

Le régime d'assurance-invalidité de l'AMLFC a été révisé en profondeur pour mieux répondre aux besoins des membres.

- La définition de l'incapacité totale est claire et peu sujette à une interprétation unilatérale.
- L'incapacité partielle donne droit à une compensation sans restrictions indues.
- Le montant des prestations auxquelles vous avez droit est fixé à la signature du contrat et non au moment de la réclamation.
- Le montant des prestations peut être augmenté à tout âge, en fonction de l'accroissement des gains.
- L'indexation des prestations est offerte en option, sans limite d'âge.
- Le régime prévoit des prestations aux survivants en cas de décès de l'assuré.
- Les taux offerts sont avantageux.

Le niveau des primes est certes important, mais l'assuré doit se préoccuper surtout du versement des prestations auxquelles il a droit. Le consommateur averti doit donc lire attentivement les clauses du contrat qu'on lui propose.

Les assurances Sainte-Marie Inc. vous adresseront bientôt une proposition d'assurance-invalidité, accompagnée d'une description du programme approuvée par l'AMLFC.

Nous vous invitons à comparer le nouveau régime de l'AMLFC avec les autres programmes d'assurance-invalidité offerts en ce moment aux médecins du Québec.

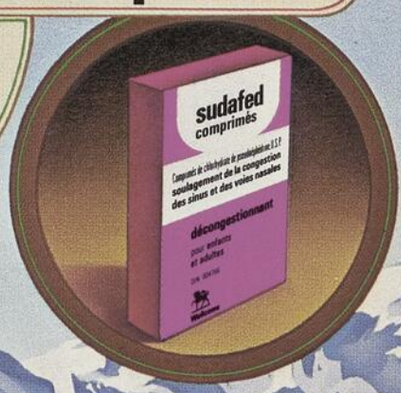
Raymond Robillard, m.d.
Directeur général

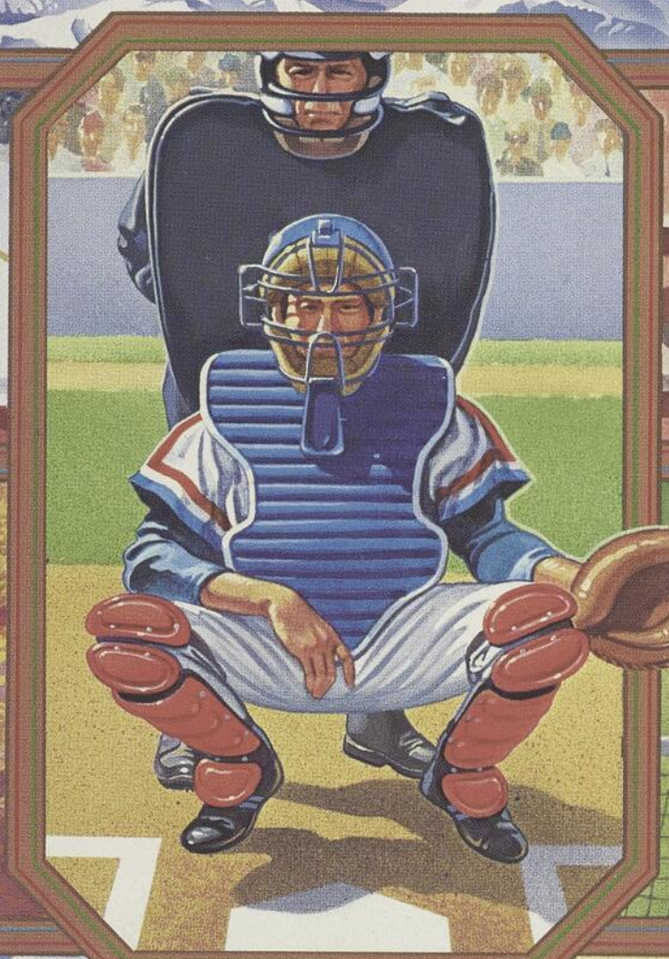
Pour respirer librement en tout temps

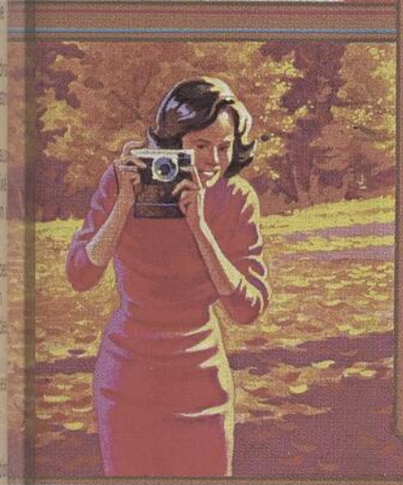
SUDAFED*

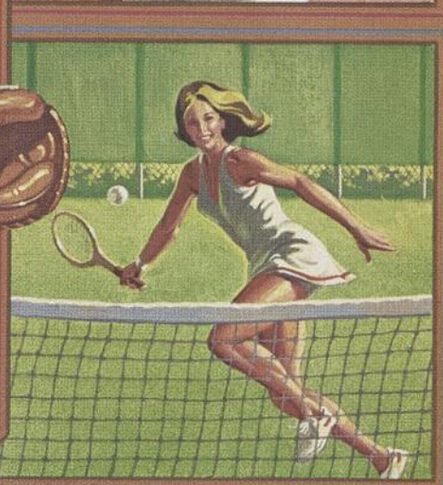
(Chlorhydrate de pseudoéphédrine)

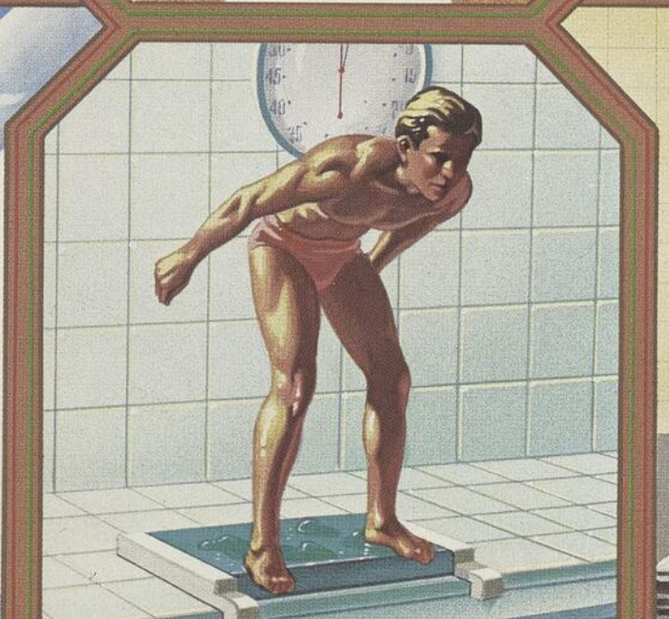
décongestion sans somnolence





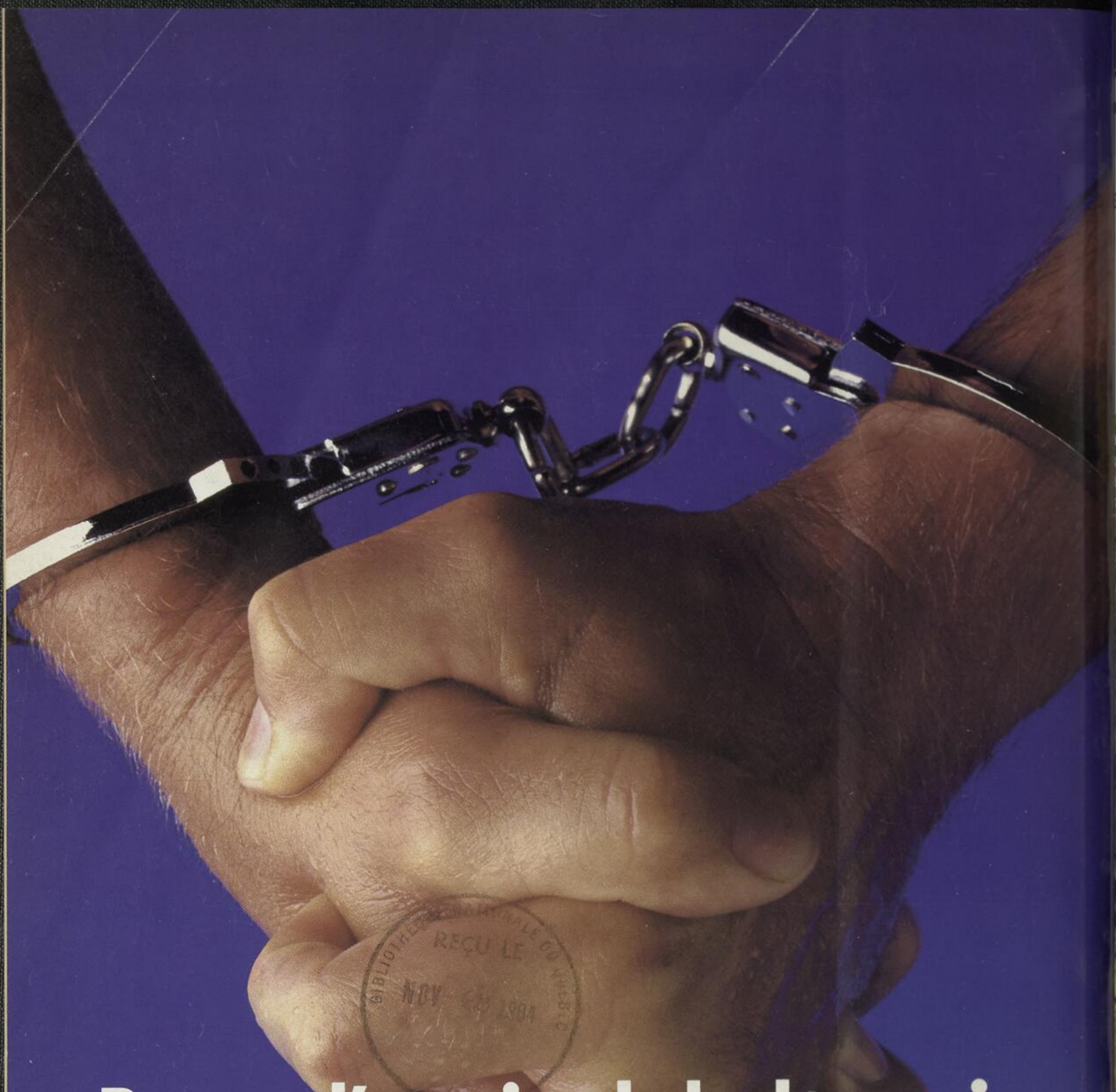






DIVISION MEDICALE WELLCOME
BURROUGHS WELLCOME INC.
KIRKLAND, QUÉ.

PAAB CCPP *Nom déposé W-1016



Rompre l'emprise de la dépression accompagnée ou non de symptômes obsessionnels.

Le patient manifeste de l'agitation et de l'anxiété, deux signes de dépression sous-jacente. En étudiant davantage son cas, il se peut que vous releviez la présence d'une composante obsessionnelle. Dans ce cas, ANAFRANIL® traite la dépression agitée aussi bien qu'anxieuse et en plus, c'est le seul antidépresseur tricyclique indiqué dans les troubles obsessionnels associés à la dépression. Lorsque vous aurez à traiter ce type de dépression, il faudrait penser à ANAFRANIL– l'antidépresseur qui a autant d'emprise sur la maladie qu'elle en a sur le patient.

ANAFRANIL®
chlorhydrate de clomipramine

Renseignements thérapeutiques page 731

Geigy
Mississauga, Ontario
L5N 2W5

G-3194