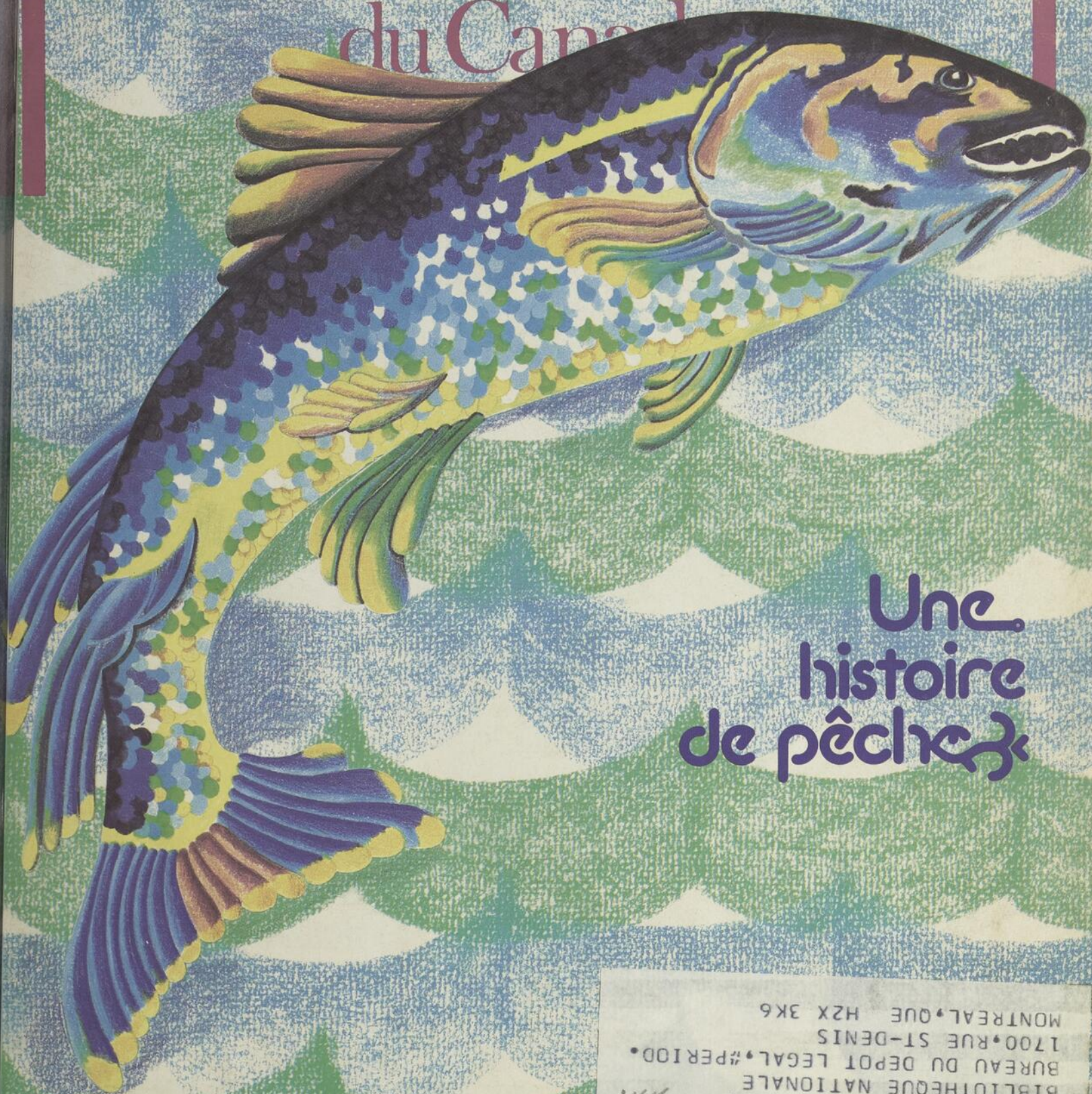


ée en 1872

Volume 111
Numéro 7
Juillet 1982

L'Union Médicale du Canada



Une
histoire
de pêcheurs

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

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



Tableau de l'insomnie

Tableau Halcion

(triazolam) hypnotique

Renseignements thérapeutiques page 660

- Endormissement rapide
- Durée normale de sommeil: 6 à 8 heures
- Minimum de réveils nocturnes
- Pas d'accumulation significative
- Patient alerte le lendemain

Halcion COMPRIMÉS
(triazolam)

**Là quand il en faut...¹
disparu quand il n'en faut plus²**

UN PRODUIT DE
LA RECHERCHE
Upjohn
SUR LE
SNC

PAAB
CCPP

1. Matta B, et al (1974) Curr Ther Res 16:958
2. Roth T, et al (1977) Drugs Expt Clin Res 1:279

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
865 YORK MILLS ROAD/DON MILLS, ONTARIO
8111 MARQUE DÉPOSÉE: HALCION CF 2552.1





**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 inter-régionales.

**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 111
Numéro 7
Juillet 1982**

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

Monique Boivin-Lesage, *présidente*
André Boyer, *vice-président*
Hugues Lavallée, *secrétaire*
Pierre Doucet, *trésorier*

Conseil de rédaction

Marcel Cadotte
Pierre-Maxime Bélanger
Monique Camerlain
Michel Copti

André Dupont
Michel Dupuis
Bernard Hazel
François Laramée

Équipe de rédaction

Marcel Cadotte, *rédacteur en chef*
Marcel Rochon, *rédacteur*
Jacques Tremblay, *rédacteur*
A. Normand Pilote, *graphiste*
Gabrielle Faucher, *adjointe au rédacteur en chef*
Édouard Desjardins, *rédacteur en chef émérite*
Répertorié dans le Current Contents / Clinical Practice.

Collaborateurs

Paul-Marie Bernard
Georges Bordage
Pierre Boulanger
Martial Bourassa
Jacques Cantin
Claude Caron
Michel Chrétien
Francine Décary
Jacques-E. DesMachais
Camille Dufault
Robert Duguay
Jean-Jacques Ferland
J.-Mario Giroux

Jean-Gil Joly
René Lamontagne
Richard Leclaire
Christiane Mascrès
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,
suite 510, Montréal H3G 2P9
téléphone: (514) 866-2053

membre du **CCAB** **Ann** **PAAB**

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

ISSN 0041-6959



“Ne vous en faites pas: je sais
que ça n'a pas été facile pour vous.
Cette fois-ci, je vous donne un produit plus récent.
Son action est rapide — 3 JOURS
au lieu d'une semaine —
il est aussi efficace
que les crèmes
et bien plus facile
à utiliser.”

Ecostatin

L'OVULE QUI AGIT COMME UNE CRÈME

Un seul ovule par soir,
3 soirs de suite, pour
le traitement de la candidose vaginale

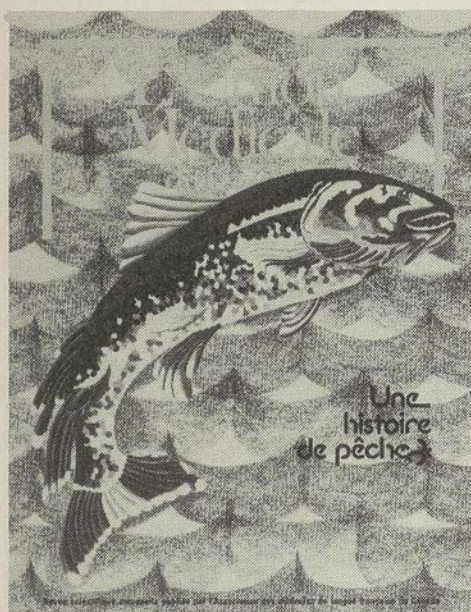
SQUIBB CANADA INC, 2385 CÔTE-DE-LIESSE, MONTRÉAL (QUÉBEC) H4N 2M7

Renseignements thérapeutiques page 659



SQUIBB

Notre page couverture



Une histoire de pêche... vraie
racontée par le docteur Pierre
Viens.

Tribune éditoriale

- Pour une formation universitaire
en nursing.....611
Jacques Tremblay

Dossier : Nursing

- Deux programmes de formation :
une orientation.....612
Thérèse Fortier et Margaret Hooton
- La santé vécue chez
les personnes âgées.....616
Olive Goulet
- La relation d'aide en soins
infirmiers : une réalité souvent ignorée.....620
Jacques Chalifour
- Nursing et anthropologie :
deux "sciences carrefour" en
voie de se rejoindre.....626
Gilles Bibeau
- Le nursing et la santé :
un point de vue.....632
Louise Pelletier
- Les priorités en recherche infirmière
au Québec dans les années 80.....635
Marie-France Thibault, Suzanne
Kérouac et Fabienne Fortin

Documents et réflexions

- L'assurance-maladie au Québec :
les objectifs de la profession médicale
et de la société
2. les objectifs de la société.....642
Guy Rivard

Formation médicale continue

- Les diurétiques dans le
traitement de l'hypertension artérielle.....649
Serge Langlois

Article original

Évaluation de la dystrophie musculaire de Duchenne Partie II. Caractère du potentiel d'action d'unités motrices isolées au stade non-ambulatoire	656
Thérèse Simard	

Feuille volante

Une histoire de pêche (parasite)	654
Pierre Viens	

La force de L'Union (morceaux choisis, 1873)	660
---	-----

Communications de l'Association du diabète du Québec Inc., 16 octobre 1981	661
---	-----

Bulletin de l'Association des Médecins de langue française du Canada	665
---	-----

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS

Les examens du Collège Royal ont lieu en septembre, chaque année. Les candidats qui désirent se présenter aux examens doivent prendre note des points suivants:

1. Tout candidat doit soumettre une demande d'évaluation préliminaire de sa formation.
2. Les candidats qui poursuivent leur formation au Canada doivent soumettre cette demande un an à l'avance de la tenue des examens auxquels ils désirent se présenter, c'est-à-dire avant le 2 septembre de l'année précédente. Les candidats qui ont poursuivi toute ou une partie de leur formation hors du Canada doivent soumettre leur demande initiale d'évaluation au moins 18 mois à l'avance de la tenue des examens auxquels ils désirent se présenter, c'est-à-dire avant le 2 mars de l'année précédente. Seuls les candidats dont l'évaluation des titres et qualités a été complétée seront acceptés à l'examen.
3. Les candidats dont la formation a été évaluée tel que décrit ci-dessus et qui désirent se présenter aux examens devront en informer le Collège, par écrit, avant le 1er février de l'année de l'examen. Sur réception de cet avis, l'évaluation de la performance du candidat en cours de formation sera ajoutée à l'évaluation des titres et qualités déjà complétée. Chaque candidat recevra par la suite un avis sur l'éligibilité de sa demande et il recevra aussi une formule d'inscription si la réponse est favorable.
4. Les documents suivants sont disponibles au bureau du Collège:
 - a) les formules de demande d'évaluation de la formation;
 - b) le livret "Renseignements généraux et règlements concernant les normes de formation et les examens";
 - c) les feuillets décrivant les règlements et normes de formation relatifs aux examens pour chaque spécialité. Les candidats doivent mentionner la ou les spécialités qui les intéressent;
 - d) le livret "Programmes de formation spécialisée agréés par le Collège Royal".
5. Toute demande doit être adressée comme suit:

Bureau de formation et de l'évaluation
LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS DU CANADA

74 Stanley
Ottawa, Canada. K1M 1P4
TEL.: (613) 746-8177

Our front cover

A true fishing story told by Doctor
Pierre Viens.



Editorial

- For University Training
in Nursing611
Jacques Tremblay

Special Feature : Nursing

- Two Baccalaureate Programmes :
One Basic Orientation.....612
Thérèse Fortier and Margaret Hooton
- Health of the Elderly616
Olive Goulet
- Is the Helping Relationship Really
a Part of Nursing Practice?.....620
Jacques Chalifour
- Nursing and Anthropology :
Two Increasingly Intertwining
"Crossroad Sciences"626
Gilles Bibeau
- Nursing and Health : A Point of View.....632
Louise Pelletier
- Priorities in Nursing Research
in Quebec in the 80's.....635
Marie-France Thibaudeau, Suzanne
Kérouac and Fabienne Fortin

Facts and Thoughts

- National Health Insurance in Quebec ;
Objectives of the Medical Profession
and Society. Part 2.....642
Guy Rivard

Continuing Medical Education

- Diuretics in the Treatment
of Arterial Hypertension649
Serge Langlois

Original article

- Evaluation of the Fine Motor
Control and of Characteristics
of Single Motor Unit Action
Potentials in Duchenne Muscular
Dystrophy656
Thérèse Simard

- Bulletin de l'Association des Médecins
de langue française du Canada665

Voltaren: le médicament que nombre d'arthritiques attendaient.

Guide Thérapeutique Concis

VOLTAREN®

(diclofénac sodique)

Effets

Le diclofénac sodique est un agent anti-inflammatoire non stéroïdien doué de propriétés analgésiques et antipyrétiques. Son mode d'action n'est pas entièrement élucidé, toutefois, il n'agit pas à travers l'axe hypophyso-surrénal. Le diclofénac sodique inhibe la synthèse des prostaglandines en interférant dans l'action de la prostaglandine-synthétase. Cet effet inhibiteur pourrait expliquer en partie ses actions.

Il existe une étroite corrélation entre certaines réactions fébriles et l'augmentation des taux de prostaglandines dans le cerveau. Le diclofénac (0,5 mcg/ml) diminue la formation des prostaglandines E₂ qui est en parallèle avec l'antipyrèse, mais il ne provoque pas d'hypothermie chez l'animal fébrile. Du point de vue de son efficacité clinique, une dose de 75 mg de diclofénac produit un effet semblable à 3,6 g d'acide acétylsalicylique.

Chez l'homme, une dose orale de diclofénac sodique est rapidement et presque entièrement absorbée et distribuée dans le sang, le foie et les reins. Les concentrations plasmatiques maximales sont atteintes en moins de 1,5 heure après l'ingestion. Vu que la cinétique du diclofénac sodique n'est pas un type de réaction de premier ordre, il n'est pas possible de calculer sa demi vie apparente. Le diclofénac sodique se lie fortement à l'albumine sérique. Toutefois, les taux plasmatiques du diclofénac seront réduits chez un patient qui prend simultanément des salicylates. Chez l'homme, le diclofénac est excrété principalement par les reins (40 à 60%), son principal métabolite étant un conjugué du dérivé hydroxylé.

Indications et usage clinique

Le VOLTAREN (diclofénac sodique) est indiqué pour le traitement symptomatique de l'arthrite rhumatoïde et de l'ostéoarthrite sévère, y compris l'arthrose de la hanche.

Contre-indications

Le VOLTAREN (diclofénac sodique) est contre-indiqué chez les patients dont l'anamnèse révèle une affection inflammatoire active ou récente du tractus gastro-intestinal comme par exemple un ulcère gastro-duodénal, une gastrite, une entérite régionale ou une colite ulcéreuse.

Le VOLTAREN est contre-indiqué chez les patients qui ont manifesté une hypersensibilité au médicament. Puisqu'une sensibilité croisée a été démontrée, le VOLTAREN ne doit pas être administré aux patients chez qui l'acide acétylsalicylique ou les autres agents anti-inflammatoires non stéroïdiens ont provoqué de l'asthme, de la rhinite ou de l'urticaire.

Mise en garde

Usage durant la grossesse et l'allaitement

La sûreté du VOLTAREN (diclofénac sodique) n'a pas été établie durant la grossesse et l'allaitement et par conséquent son usage n'est pas recommandé dans ces états. Dans des études de la reproduction chez des rates, des lapines et des souris, on a constaté que l'administration du diclofénac sodique avant et après le début de l'accouchement avait prolongé le période de gestation et d'accouchement. Des résultats similaires ont été observés avec d'autres agents anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'évidence suggère que cet effet pourrait être dû à une diminution de la contractilité utérine résultant de l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. Le diclofénac sodique traverse facilement la barrière placentaire. Chez une patiente qui suivait un traitement prolongé avec le VOLTAREN à une dose quotidienne de 150 mg, les taux mesurés dans le lait maternel étaient de 100 ng/ml. Par extrapolation, un enfant de 4 à 5 kg qui consomme un litre de lait maternel par jour absorberait moins de 0,03 mg/kg/jour de VOLTAREN.

Usage chez les enfants

Le VOLTAREN n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 16 ans puisque sa sécurité et son étendue posologique n'ont pas été établies dans ce groupe d'âges pédiatriques.

Système nerveux central

On a signalé les effets suivants à la suite d'un traitement avec le VOLTAREN: céphalées, étourdissements, sensations de tête légère et confusion mentale. Les patients qui éprouvent ces symptômes doivent être mis en garde contre la conduite d'une automobile ou de machines dangereuses.

Précautions

Vu qu'on a déjà observé des effets secondaires gastro-intestinaux avec le VOLTAREN (diclofénac sodique) on recom-

mande la prudence lorsque administré à des patients ayant des antécédents d'ulcère gastro-duodénal, de méléna ou d'affections gastro-intestinales. Il faut bien peser les avantages par rapport aux risques avant d'utiliser ce médicament chez ces patients. (Voir les sections CONTRE-INDICATIONS et RÉACTIONS INDÉSIRABLES.) Les patients souffrant d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou de psychoses exigent une surveillance toute spéciale.

On doit faire des examens périodiques du système hématopoiétique chez les patients qui suivent un traitement prolongé avec le VOLTAREN, vu qu'il s'est déjà présenté des anomalies de la fonction médullaire (voir RÉACTIONS INDÉSIRABLES). On recommande de faire des examens périodiques de l'hémoglobine car il peut se présenter de l'anémie secondaire à une toxicité des voies gastro-intestinales. Il faut exercer la prudence lorsqu'on administre le VOLTAREN aux patients souffrant d'atteinte de la fonction hépatique ou rénale.

À cause de ses propriétés anti-inflammatoires, antipyrétiques et analgésiques, le VOLTAREN peut masquer les signes habituels d'une infection et le médecin doit être vigilant en vue de dépister toute infection chez les patients traités avec ce médicament.

On recommande de faire des examens ophtalmologiques périodiques chez les patients qui suivent un traitement prolongé avec des agents anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Interactions médicamenteuses

Chez l'homme, l'acide acétylsalicylique diminue les concentrations sériques du VOLTAREN lorsque ces deux médicaments sont administrés conjointement.

Les études pharmacodynamiques n'ont pas révélé de potentialisation des effets des médicaments hypoglycémiques ou anticoagulants oraux par suite de l'administration conjointe du VOLTAREN. Il faut quand même user de prudence lorsqu'on administre des anticoagulants en même temps que le VOLTAREN.

Chez les animaux de laboratoire (rats et chiens) l'effet diurétique du chlorthalidone a été progressivement réduit par des doses croissantes de VOLTAREN.

Réactions indésirables

Les réactions gastro-intestinales et du système nerveux central sont celles que l'on a observées le plus souvent. Les plus graves comprenaient des ulcères gastriques et des saignements gastro-intestinaux.

La fréquence approximative des réactions indésirables est indiquée ci-après:

Gastro-intestinales: 15,2%

- Malaise épigastrique ou abdominal, pression, lourdeur ou gonflement: 6%
- Douleur épigastrique, gastrique ou abdominale: 5%
- Nausées: 2%
- Anorexie: 1%
- Diarrhée, vomissements, flatulence, constipation ou éruption: 1%
- Ulcération gastrique ou duodénale et saignements: 0,2%

Système nerveux central: 9%

- Étourdissement: 5%
- Céphalées: 3%
- Malaises, insomnie, somnolence, concentration perturbée, trouble de la vision, fatigue: 1%

Cardiovasculaires: 4,5%

- Palpitations: 2,5%

- Angine, arythmies: 2%

Dermatologiques: 4%

- Rash: 2%
- Prurit: 1,5%
- Éruption cutanée, eczéma, érythème urticarien: moins de 0,5%
- Un patient a présenté un syndrome de Stevens-Johnson.

Oedème et rétention d'eau: 2,5%

- Oedème facial: 2%
- Oedème généralisé: 0,5%

Hématologiques:

- Certains patients ont manifesté de l'anémie secondaire aux saignements gastro-intestinaux.

Respiratoires:

- Asthme chez les patients sensibles à l'AAS.
- Il s'est présenté d'autres réactions indésirables, mais dans des circonstances où il était difficile d'en déterminer la cause.

On a relevé les réactions suivantes:

Gastro-intestinales: hyperacidité, stomatite, langue saburrale.

Système nerveux: concentration perturbée, sudation.

Hématologiques: rarement leucopénie, thrombocytopénie, anémie aplastique.

Hépatiques: ictère.

Ophtalmologiques: vision brouillée.

Cardiovasculaires: exacerbation de l'insuffisance cardiaque.

Résultats des épreuves de laboratoire

Les anomalies suivantes ont été parfois observées: élévation des taux de transaminases, thrombocytopénie et leucopénie.

Symptômes et traitement du surdosage

On n'a pas rapporté de cas de surdosage avec le VOLTAREN (diclofénac sodique) jusqu'à maintenant. Il n'y a pas d'antidote spécifique pour le VOLTAREN. On recommande un traitement d'appoint et symptomatique comprenant l'induction des vomissements ou le lavage gastrique. On peut aussi considérer l'emploi de mesures visant à diminuer l'absorption (charbon activé) et à accélérer l'élimination (dialyse).

Posologie et administration

Dans l'arthrite rhumatoïde, instituer le traitement au VOLTAREN (diclofénac sodique) à une posologie de 25 ou 50 mg trois fois par jour, selon la sévérité de l'état. En traitement d'entretien, diminuer la posologie à la dose minimale qui procure un contrôle soutenu des symptômes, habituellement 25 mg trois fois par jour.

Dans l'ostéo-arthrite, la dose d'attaque et d'entretien est habituellement de 25 mg trois fois par jour. Ajuster individuellement à la dose minimale qui procure le contrôle des symptômes. La dose maximale recommandée est de 150 mg par jour. Le VOLTAREN se prend avec de la nourriture et les comprimés sont à avaler entiers.

Présentation

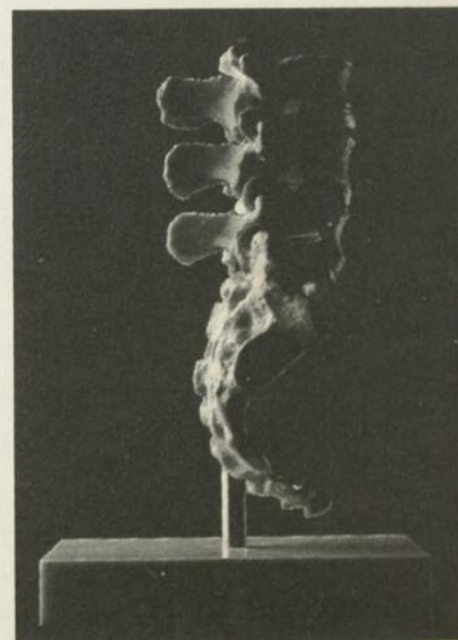
VOLTAREN (diclofénac sodique) comprimé à 25 mg: jaune, rond, légèrement biconvexe, entéro-soluble, bords biseautés, avec les lettres "BZ" imprimées sur un côté et "GEIGY" sur l'autre.

VOLTAREN (diclofénac sodique) comprimé à 50 mg: brun pâle, rond, légèrement biconvexe, entéro-soluble, bords biseautés, avec les lettres "GT" imprimées sur un côté et "GEIGY" sur l'autre.

VOLTAREN est présenté en flacons de 100 et 500. Garder à la température ambiante et à l'abri de l'humidité. Monographie fournie sur demande.

Geigy

Mississauga, Ontario L5N 2W5
G-1074 G-1092



Jacques Tremblay

Pour une formation universitaire en nursing

La pratique de la profession infirmière n'est pas assez connue de la profession médicale. Certes, le contact régulier en milieu clinique est familier. Cependant, cette familiarité peut obscurcir certains aspects de l'exercice autonome infirmier. Le médecin, habitué à prescrire ou déléguer certains actes ou traitements, en vient à s'habituer à la contribution de l'infirmier(ère). Le présent numéro de l'Union médicale viendra peut-être faire redécouvrir cette profession trop peu connue dans ces aspects qui la caractérisent, dans l'autonomie qui lui est propre.

Les textes émanent de trois universités québécoises, soit Laval, Montréal et Mc Gill. Ces textes véhiculent tous une conception relativement unifiée du nursing, d'une profession à l'écoute des besoins de la personne, orientée vers le recouvrement et le maintien de l'autonomie par celle-ci. Cette profession doit donc garder une vision globale de la personne et de son milieu. Le texte de Gilles Bibeau vient établir cet apprentissage de la globalité par l'infirmier(ère), en traçant un portrait de l'anthropologie médicale et de sa contribution importante au nursing.

Un autre point d'exercice global et autonome de la profession infirmière sera la relation d'aide. Jacques Chalifour nous décrit ce type particulier d'intervention et le situe par rapport à la réalité clinique. Un autre texte, de Louise Pelletier, vient compléter cette approche en re-situant le nursing par rapport à la santé, plutôt que la maladie, selon un point de vue dynamique et global.

Les avenues de recherche en nursing sont aussi explorées : les grandes priorités de la recherche des années 80 sont revues par Marie-France Thibaut et collaborateurs. Ces avenues laissent entrevoir le caractère particulier de l'approche infirmière à la société. De plus, Olive Goulet nous trace les grandes lignes d'une recherche menée auprès des personnes âgées, de façon à présenter un aspect plus concret des efforts de recherche entrepris dans le domaine infirmier.

Les directrices de deux grandes écoles de nursing nous fournissent, enfin, une vue d'ensemble de leur programme de formation respectif, de façon à présenter le caractère varié et complet de cet enseignement. On notera que ces programmes possèdent une orientation commune dans leur souci de former des individus aptes au traitement d'informations émanant de sources variées, telles que rencontrées lors de l'exercice infirmier dans les équipes pluridisciplinaires de santé. L'accent y est donc mis sur la polyvalence et la possibilité d'adaptation des infirmier(ères).

Un effort particulier a été fait, dans les quelques textes choisis, de façon à présenter les aspects plus dynamiques de la profession infirmière. Nous avons aussi décidé d'en présenter la formation, d'un point de vue universitaire, afin que le lecteur puisse comprendre le bien-fondé d'une approche structurée, globale et de haute qualité, qui ne saurait se contenter que d'une formation technique.

La complexité et la nécessité des gestes professionnels autonomes de la profession infirmière, telles qu'exposées dans ces quelques textes, sauront sans doute faire comprendre qu'il serait autrement dangereux de perdre les bénéfices et avantages issus d'un exercice compétent reposant sur une formation universitaire complète et structurée.

Il s'agit là non seulement de l'avenir de la profession infirmière, mais aussi de la qualité de la contribution de cette profession aux équipes de la santé. Les patients perdraient au change, si la contribution infirmière se voyait réduite par une volonté de contrainte des coûts de formation. La profession médicale y perdrait aussi son plus précieux collaborateur.

Deux programmes de formation : *une orientation*

Thérèse Fortier⁽¹⁾ et Margaret Hooton⁽²⁾

Résumé

L'éventail des besoins de santé d'une personne va bien au-delà du diagnostic et du traitement. Former un(e) infirmier(e) qui facilite l'expression de ces besoins et qui implique la personne dans une recherche de solutions donne une coloration nouvelle à l'expression "bénéficiaire des services".

Nous présenterons ici deux programmes de formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières : celui de l'Université Laval et celui de l'Université McGill. Le choix de deux écoles universitaires n'est pas l'effet du hasard. Il eut été hasardeux de broser un tableau d'ensemble de la formation des infirmier(e)s au Québec, les programmes ayant proliféré de façon non coordonnée et à des degrés scolaires différents. Il existe, d'une part, des programmes d'études collégiales conduisant à la pratique infirmière et d'autre part, des programmes universitaires offrant tantôt une formation de base, tantôt un perfectionnement aux infirmier(e)s en exercice. De plus, environ 90% des infirmier(e)s en exercice ont une formation collégiale ou l'équivalent. Nous avons donc émis l'hypothèse que la nature de la formation donnée au collègue est mieux pressentie par l'équipe des professionnels de la santé que celle donnée à l'université.

La formation universitaire, telle que décrite, met en relief la responsabilité de l'infirmier(e) envers la population. Historiquement, le nursing a souvent dû s'ajuster à des impératifs relevant davantage des structures organisationnelles et de son rapport aux autres professions, que de son rapport à la population. En conséquence, l'infirmier(e) exerçait bien plus un rôle supplétif à l'intérieur des équipes qu'un rôle complémentaire. L'évolution des lieux de pratique et une meilleure compréhension des multiples facettes de la santé nous font maintenant décou-

vrir l'apport original de l'infirmier(e) au bien-être des personnes et des groupes.

Chaque milieu de formation intègre les connaissances de base selon un processus qui lui est propre. À caractère plus inductif, l'apprentissage proposé à l'Université McGill part de situations concrètes pour amener l'étudiant(e) à la compréhension des principes fondamentaux à l'action, alors qu'à l'Université Laval ces principes fondamentaux servent de canevas à l'élaboration d'une démarche d'intervention.

Le programme de baccalauréat à l'Université Laval

L'École des sciences infirmières de l'Université Laval a procédé récemment à la modification en profondeur de son programme de baccalauréat. Le défi à relever par le groupe de travail était, en premier lieu, d'agencer les éléments de connaissances susceptibles de permettre à l'étudiant(e) d'établir des relations entre divers phénomènes d'ordre anthropologique, sociologique, psychologique et biologique. La décision et le choix des modalités d'interventions reposent sur des mécanismes adéquats d'interprétation de ce que l'étudiant(e) observe chez l'être humain, dans l'environnement social et culturel de la personne qui reçoit des soins de même que dans l'environnement social et culturel de ceux qui les distribuent.

1) B. Sc. (N), M.P.H., professeur adjoint et directrice, École des sciences infirmières, Université Laval, Ste-Foy, G1K 7P4.

2) B. Sc. (N), M. Sc. (A), N., Professeur agrégé, École des sciences infirmières, Université McGill, Montréal, H3A 2A7.

Article reçu le : 8.12.81
Avis du comité de lecture le : 23.2.82
Acceptation définitive le : 6.3.82

Nous avons fait d'importants changements dans les cours de base. Pour en rendre compte, nous empruntons des passages au dossier d'élaboration de programme :² "La liste des cours indique un mode d'intégration qui reflète bien l'approche globale inhérente à l'orientation du programme. L'étudiant(e) fait l'étude de l'être humain dans son milieu interne et externe, analysant d'abord les interactions dynamiques qui existent à l'intérieur de l'être biologique, de l'être biopsychique et de l'être social".

"Différentes disciplines interviennent dans l'étude de l'être biologique. Ces disciplines sont intégrées à l'intérieur de cours où l'anatomie, la physiologie et la pathologie sont enseignées conjointement, montrant ainsi le fonctionnement de l'organisme, de ses systèmes régulateurs et intégrateurs à tous les âges de la vie. (...) L'accent est mis sur les processus normaux, abordant la pathologie dans ses seules manifestations de déséquilibre fonctionnel, avec insistance plus marquée sur les maladies rencontrées fréquemment".

"L'être psychologique et social est étudié en relation à sa base organique et aux interactions avec le milieu social. Les différents lieux d'appartenance de la personne sont étudiés dans leur rapport à la santé et les pratiques de santé insérées dans l'ensemble de la culture. (...)".

"Quelques cours permettent à l'étudiant(e) de voir l'unicité de l'être bio-psycho-social, tant sur le plan individuel que collectif : la périnatalité, la nutrition et l'épidémiologie des problèmes majeurs de santé en sont de bonnes illustrations. L'étude des principes généraux de la communication avec le client et avec la population, l'orientation à la gestion, une réflexion sur le contexte social de la pratique des soins infirmiers et sur les problèmes d'éthique, l'initiation à la recherche, font partie de la formation professionnelle générale. Il s'agit d'aptitudes intellectuelles complémentaires pour oeuvrer d'une façon responsable à la prestation de soins à l'intérieur des équipes".

L'autre préoccupation majeure du comité d'élaboration a été de présenter à l'étudiant(e) une démarche de nursing qui l'amène à une prise de décision autonome et créatrice, compte tenu des limites du champ d'exercice infirmier. Cette préoccupation s'est traduite dans un processus qui commence dès le premier semestre. L'étudiant(e)

apprend alors à entrer en relation avec une autre personne. Cette étape est surtout axée sur la connaissance de soi dans un processus de communication et dans le développement d'attitudes facilitantes. Au deuxième semestre, il (elle) utilise ses habiletés en communication et ses connaissances de base dans l'observation de l'être humain, aux différentes étapes de son développement dans son milieu de vie (phase de cueillette des données).

A la fin de la première année, l'étudiant(e) possède déjà plusieurs éléments d'analyse de la personne en état de santé-maladie, dans un contexte social et culturel donné. Il (elle) peut donc aborder dès le début de la 2e année un processus d'intervention axé sur le support à la personne malade et à sa famille et sur la récupération maximale d'indépendance fonctionnelle. Dans le 2e semestre de la même année, l'étudiant(e) aborde l'approche en prévention dans une collectivité, s'appuyant sur les connaissances acquises antérieurement ou de façon concomitante. Ces connaissances portent sur la famille, le développement, les structures sociales, l'organisation communautaire, l'éducation à la santé, les problèmes prévalant et l'initiation à la recherche.

L'agencement des connaissances au cours des deux premières années aura préparé l'étudiant(e) à aborder une session clinique continue. Cette session, d'une durée d'un semestre, est le lieu de pratique d'une méthode de travail où l'étudiant(e) éprouve sa capacité d'analyse et de synthèse, son jugement critique, son adaptabilité et sa créativité dans une démarche d'aide aux personnes en institution ou dans la communauté. Il (elle) est assigné(e) à un module organisé en fonction d'un groupe de population : soit les jeunes familles ou les enfants et les adolescents, soit la population des adultes jeunes ou âgés.

Chaque module comporte l'éventail de services offerts à cette population. Le dernier semestre est réservé à un retour sur cette expérience, à la réflexion sur des problèmes éthiques rencontrés et à l'approfondissement d'une problématique du nursing.

L'apprentissage de l'étudiant(e) au rôle complémentaire qu'il (elle) doit jouer à l'intérieur des équipes de soins est indissociable de la nature même de sa démarche. Ses activités de suppléance aux capacités des malades à solutionner leur problème ou ses activités de support à l'autonomie des per-

sonnes et des groupes s'exercent à l'intérieur d'un réseau d'interventions qui influencent la décision de l'infirmier(e) et sont influencées par celle-ci. Il faut donc permettre le libre échange entre les multiples intervenants, comptant pour ce faire sur l'ouverture et la collaboration des institutions qui reçoivent des stagiaires.

On comprendra que le programme d'études au baccalauréat à l'Université Laval forme des infirmier(e)s "généralistes" aptes à travailler dans tous les organismes du réseau des Affaires sociales. On comprendra également que notre programme soit désormais accessible aux infirmier(e)s ayant été formé(e)s au collège. Cette formation universitaire correspond à un élargissement de leur formation de base et non à une spécialisation, celle-ci relevant des études de 2e cycle. L'École admet également les étudiant(e)s détenteur(trice)s d'un D.E.C. général (profil des sciences de la santé).

Le programme de baccalauréat à l'Université McGill

Tel qu'il a été suggéré dans la première partie, la formation professionnelle est un processus complexe par lequel une personne acquiert des connaissances, des habiletés et un sens d'identité qui caractérisent sa profession. Le nursing est une discipline qui s'intéresse à la santé des individus et des familles ; il accorde une importance considérable à l'assistance aux personnes afin qu'elles apprennent à composer efficacement avec diverses situations de vie. Ces situations incluent les événements habituels de la vie quotidienne et les crises propres au développement humain. Une attention spéciale est accordée à l'agencement d'un environnement qui permet à l'individu ou à la famille de collaborer avec l'infirmier(e) dans la planification des soins. On y insiste également sur l'aide apportée à l'individu ou à la famille dans la détermination d'objectifs réalistes de promotion de la santé.

Pour que la compétence professionnelle soit conforme aux orientations que nous venons de souligner, le (la) diplômé(e) devra posséder les habiletés nécessaires à l'évaluation des forces des individus et des familles en tenant compte que ces forces se manifestent différemment en fonction d'une situation donnée. Notre diplômé(e) doit

être capable d'aider les gens à faire face aux situations auxquelles ils sont confrontés et à les maîtriser le mieux possible. Enfin, il est tout aussi important que le (la) diplômé(e) soit apte à développer les structures et les services qui augmentent la qualité de la vie^{3,4,5}.

Il va de soi qu'une telle vision de notre rôle professionnel présuppose, en tout premier lieu, une base étendue de connaissances dans la discipline même du nursing, tout en insistant sur les mécanismes à l'origine des choix humains et sur les habiletés nécessaires pour encourager l'autonomie des personnes. De plus, une base complémentaire de connaissances dans les sciences biologiques et sociales est cruciale pour une compréhension globale de l'homme, de ses modes d'interaction avec l'environnement et de ses modes d'adaptation. Les notions de changement, d'exploration et d'expérimentation étant implicites à nos orientations, il s'ensuit qu'il nous faut développer et maintenir une ouverture constante aux modes de pensée ainsi qu'aux méthodes propices à l'investigation systématique et à l'action professionnelle. La structure et la séquence de notre programme de baccalauréat sont donc organisées en fonction de tout ce cadre dans lequel prend place l'exercice professionnel.

Notre programme dure trois ans et comprend neuf cours de nursing, sept de biologie et cinq en sciences sociales. Nous postulons que la théorie propre au champ d'études du nursing provient essentiellement de la pratique. En conséquence, nous choisissons systématiquement les expériences cliniques qui permettent à l'étudiant(e) de s'engager dans un processus de décision conscient et réfléchi en identifiant, transposant et utilisant d'abord les connaissances issues de la pratique du nursing et, en second lieu, des autres sciences. La séquence des expériences éducatives s'établit de manière à ce que l'étudiant(e) développe progressivement un ensemble de connaissances en nursing ainsi que les habiletés requises en fonction des orientations caractéristiques de notre programme d'études. Un support pédagogique constant lui permet de reconnaître dans le comportement humain les manifestations reliées aux différents domaines de connaissance et de répondre graduellement aux complexités de la pratique en milieu clinique.

Le premier cours de nursing consiste en un aperçu global et théorique des orientations que nous privilé-

gions et il constitue une introduction aux méthodes d'investigation systématique. C'est dans le second cours de nursing que l'étudiant(e) fait ses premières expériences cliniques. Celles-ci concernent l'aide aux personnes âgées dans la prise en charge des activités quotidiennes, compte tenu des changements sociaux et des autres modifications liées au vieillissement. Une telle expérience nécessite la collaboration de l'individu et de sa famille et elle permet l'identification de modes de comportements favorables à la promotion de la santé individuelle. L'étudiant(e) identifie, chez l'individu ou sa famille, les modes d'apprentissage et choisit les interventions en nursing les plus appropriées. Le troisième cours poursuit ce thème mais insiste cette fois sur l'individu aux prises avec une maladie l'empêchant de prendre en charge ses activités quotidiennes. La personne malade étant habituellement soignée à l'hôpital, l'étudiant(e) acquiert le savoir nécessaire pour aider l'individu à faire face à l'hospitalisation, à s'y ajuster et à en assumer les conséquences dans sa vie et celle de sa famille. Par la même occasion, l'étudiant(e) développe sa compréhension des divers traitements médicaux et utilise ses connaissances pour favoriser, chez l'individu et la famille, la fidélité à ces traitements. Pendant le dernier cours de nursing de la première année, l'étudiant(e) travaille auprès d'adultes d'âge mûr en situation de chirurgie élective pour les aider à s'y préparer, à la vivre et à s'en remettre de façon satisfaisante. Il (elle) donne assistance à ces personnes et à leur famille pour qu'elles réagissent positivement à la menace, aux restrictions et à l'inconfort qui accompagnent l'intervention chirurgicale et la thérapie subséquente. L'étudiant(e) acquiert donc des connaissances spécifiques ayant trait à l'appréciation de la situation, aux méthodes d'intervention et à l'évaluation des résultats vis-à-vis la douleur, la fatigue, l'alimentation, la mobilisation et l'asepsie.

Durant toute la première année, le développement des connaissances et des habiletés en nursing est stimulé grâce à l'accent continuellement placé sur la cueillette et l'analyse des données afin de mettre en évidence les interrelations de différentes situations cliniques. Ainsi, l'étudiant(e) est guidé(e) pédagogiquement vers une intégration de diverses notions de physiologie, de biologie cellulaire et moléculaire, de nutrition et de pharmacologie

dans un contenu pertinent au nursing. Il en va de même pour l'intégration du contenu relatif à la famille, à l'origine ethnique, à la vie urbaine et au changement social. En plus d'apprendre comment entrer en relation avec les individus et les familles dans une perspective de support et d'éducation, l'étudiant(e) développe également les habiletés techniques requises dans des situations spécifiques.

En deuxième année, le premier cours situe l'étudiant(e) auprès d'individus qui vivent l'expérience d'une maladie prolongée et susceptible de mettre fin à leurs jours. Le contexte de la science médicale contemporaine exige alors que l'étudiant(e) apprenne à maîtriser diverses facettes de la technologie, à comprendre les motifs des divers plans de traitement médical nécessaires au maintien de la vie et à réduire le plus possible le risque potentiel de déshumanisation dans de telles situations. Ces dernières sont caractérisées d'une part, par un sens d'intensité et d'urgence dans les activités de l'équipe de santé et d'autre part, par la peur, l'incertitude, la solitude et l'impuissance de la personne et de sa famille. Il importe alors que l'étudiant(e) apprenne à travailler en tenant compte de ces deux dimensions et fasse un choix valide et rationnel de ses priorités d'interventions, utilisant au maximum les forces de la personne et de sa famille.

Une plus grande importance encore est accordée à la famille et à la santé durant le second et le troisième cours de la deuxième année. L'étudiant(e) apprend à aider les parents qui se préparent à une naissance et qui la vivent. Il (elle) assiste les parents dans l'évaluation de la croissance et du développement de leurs enfants ; il (elle) leur enseigne les habitudes de vie saines et leur montre à réagir adéquatement aux situations de crises de maturation sans oublier l'hospitalisation. L'étudiant(e) apprend également à intervenir selon les divers schèmes de fonctionnement familial manifestés lorsqu'un membre est invalide en permanence ou présente des comportements qui modifient les attentes et les responsabilités au sein de la dynamique familiale. Simultanément, il (elle) aide la famille à mieux collaborer avec divers membres de l'équipe de santé et avec les services appropriés en vue d'obtenir des résultats bénéfiques d'une action concertée.

Pendant la deuxième année, l'étudiant(e) améliore considérable-

ment ses capacités d'investigation et d'analyse des situations cliniques. De plus, il (elle) poursuit le développement de ses connaissances et la maîtrise de ses habiletés en matière d'interventions, que celles-ci relèvent de la technique de l'information, de l'éducation ou du support. Sa capacité d'évaluer la qualité des soins s'accroît constamment tout en devenant plus rigoureuse. En effet, l'étudiant(e) devient plus habile à apprécier l'efficacité des moyens qu'utilisent les individus et les familles afin de promouvoir, améliorer ou modifier leur profil de comportement en matière de santé. L'acquisition des connaissances utiles à la pratique du nursing se poursuit en s'appuyant sur la microbiologie, la pathologie et la psychologie. Ces sciences favorisent une meilleure compréhension de l'humain et de sa réponse à l'environnement.

Le programme de la troisième année insiste à la fois sur la santé et la maladie mais situe ces deux aspects dans une approche auprès des groupes dans la communauté. Le premier cours de la troisième année permet d'appréhender en situation clinique à faire l'identification et l'évaluation des besoins d'une communauté en matière de santé, le dépistage de problèmes reliés à la santé d'un groupe, l'élaboration de programmes éducatifs permettant aux groupes d'apprendre des mesures de prévention et de promotion de la santé. Ce choix d'expériences cliniques met en relief l'organisation du système de distribution de soins, l'orientation communautaire et l'approche interdisciplinaire par rapport aux soins. L'étudiant(e) apprend ainsi à aider les gens, non seulement à accéder aux services de santé disponibles, mais aussi à les utiliser. De plus, il (elle) encourage les personnes à prendre la responsabilité de leur santé et à l'améliorer. Durant le dernier cours, grâce à une participation active comme membre de l'équipe de santé, l'étudiant(e) a l'occasion d'utiliser toutes ses connaissances et ses habiletés développées antérieurement. Ce contexte de l'équipe lui permet d'appréhender à distribuer les soins en termes d'efficacité et d'efficience, dans une perspective de contraintes budgétaires. Ce même contexte permet également à l'étudiant(e) de voir plus clairement comment utiliser au maximum et de façon stratégique les habiletés et le savoir complémentaires des autres membres de l'équipe de santé. Cette interdépendance suppose que l'étudiant(e) connaisse les relations sociales

et interpersonnelles qui favorisent la productivité de chacun des membres de l'équipe. Il (elle) aura recours à des notions relatives aux groupes de référence, au conflit, à la répartition des responsabilités dans un groupe, à la formation des normes et à d'autres dimensions du comportement en société déjà étudiées en psychologie sociale.

Après avoir complété notre programme de premier cycle universitaire, le (la) diplômé(e) devrait avoir acquis les habiletés et le savoir nécessaires pour assister les personnes dans l'apprentissage à l'autonomie, qu'elles soient malades ou en santé. Le (la) diplômé(e) devrait également avoir acquis les modes de pensée propres à l'investigation systématique et à l'esprit critique dans le domaine du nursing. De plus, il importe que ce nouveau professionnel de la santé soit désormais en mesure de créer un environnement qui facilite à l'individu et à la famille, une maîtrise aussi efficace que possible des situations auxquelles ils ont à faire face. Tout ce qui précède exige que le (la) diplômé(e) ait acquis une vision globale lui permettant de situer la pratique du nursing dans son contexte social et qu'il (elle) ait développé les habiletés requises en leadership et en gestion.

Conclusion

L'orientation fondamentale des deux programmes que nous avons décrits provient essentiellement d'une conception semblable de la personne, de la santé et du service. Nous croyons que la personne est indissociable du réseau complexe d'interrelations d'ordre physique, psychologique, culturel et social dans lequel elle vit et que la santé est une qualité de cet être qui se manifeste par sa capacité à composer positivement avec les situations de la vie courante. Dans ce contexte, l'infirmier(e) se doit d'être l'agent catalyseur des énergies potentielles des personnes vers leur autodétermination en matière de santé. Alors même que l'infirmier(e), avec ses collègues des autres professions de la santé, doit souvent suppléer aux forces vitales des personnes en situation de maladie, il (elle) ne peut ignorer la puissance thérapeutique que portent en elles ces personnes dans leur réseau naturel d'interrelations.

Ce retour à la conception originelle du nursing permet de situer la personne, la famille et la communauté

au centre des décisions à prendre par l'équipe des professionnels de la santé et nous devons être conscients des exigences que pose la formation d'un(e) infirmier(e) capable d'exercer ce rôle dans un système à tendance bureaucratique et déshumanisante.

summary

The range of the individual needs related to health goes far beyond diagnosis and treatment. The process, described in this paper, of educating a nurse who will facilitate the expression of a person's needs as well, as involve this person in the fulfilment of these needs, is thus shedding a new light upon the expression "bénéficiaire des services".

bibliographie

1. Fortier T. :

Grefte et émondage d'un nursing en croissance : Communication au 49e Congrès de l'ACFAS, Université de Sherbrooke, 13-15 mai 1981. (Extraits de la communication).

2. En collaboration :

Dossier de présentation de programme, Baccalauréat en Sciences de la santé (Sciences infirmières), 1980.

3. Allen M. :

Comparative theories of the expanded role in nursing and implications for nursing practice : A working paper. Nursing Papers/Perspectives en nursing, 1977 ; 9(2) : 38-45.

4. Allen M. :

Notes on the contribution of nursing to health care. Nursing Papers/Perspectives en nursing, 1979 11(4) : 56-60.

5. Schein E. :

Professional education : Some new directions. New York : McGraw-Hill, 1972.

6. Arygis C. et Schon D. :

Theory in practice : Increasing professional effectiveness. San Francisco, Jossey-Bass, 1974.

7. Donaldson S. et Crowley D. :

The discipline of nursing. Nursing Outlook 1978 ; 27 : 113-20.

8. Fuller S. :

Holistic man and the science and practice of nursing. Nursing Outlook, 1978 ; 27 : 700-704.

9. Kramer M. :

Philosophical foundations of baccalaureate nursing education. Nursing Outlook, 1981 ; 29 : 224-228.

10. Schlotfeldt R. :

Nursing in the future. Nursing Outlook, 1981 ; 29 : 295-301.

La santé vécue chez les personnes âgées

Olive Goulet⁽¹⁾

Résumé

On est souvent porté à croire que la santé et le vieillissement sont incompatibles. La recherche en gérontologie et la nouvelle flexibilité des représentations de la santé autorisent une remise en question de ce préjugé. D'autre part, une enquête sur la santé menée auprès d'une population choisie de personnes âgées suscite certaines questions, notamment en ce qui a trait aux stratégies de prévention s'adressant aux individus de 65 ans et plus. Les perceptions que les personnes âgées ont de la santé s'accordent-elles avec des politiques misant sur la prise en charge individuelle de la santé ?

Il y a deux ans, sur l'invitation du laboratoire de gérontologie sociale, l'École des sciences infirmières s'engageait dans un projet de recherche multidisciplinaire dont le but était d'étudier l'intégration sociale des personnes âgées et leurs recours aux services médico-sociaux. Pour l'École, il s'agissait d'assurer la responsabilité d'une enquête particulière sur la santé qui, à toutes fins utiles, lorsqu'on croit cette dernière menacée, est à l'origine d'un recours aux services médico-sociaux. Comme il fournissait entre autres l'occasion de recueillir des données sur la façon dont les personnes âgées perçoivent et évaluent leur état de santé, le projet s'inscrivait naturellement dans le cadre des orientations de l'École dont les stratégies de prévention en matière de santé sont un des axes de recherche privilégiés. Accepter d'emblée que le vieillissement et la santé soient compatibles, n'est-ce pas faire preuve d'une témérité excessive ? Pour nos aînés comme pour les autres, les états de santé et de maladie sont des réalités en perpétuelle mouvance, fluides et instables. Dans cet article, nous tenterons de confirmer que vieillissement et santé sont en fait conciliables.

Le vieillissement et la santé : une problématique

Longtemps, on a cru que vieillissement et maladie allaient de paire et ce qui était considéré comme le vieillissement n'était à vrai dire que la maladie¹. L'état actuel des connaissances en gérontologie permet d'entrevoir le vieillissement comme un phénomène non pathologique, un processus d'usure inhérent à la nature, qui n'échappe pas à la recherche d'explications tant biologiques que psychosociales.

Parallèlement, on observe que les représentations théoriques de la santé prennent une extension marquée qui, tout en les enrichissant, ne rend pas pour autant plus facile la mesure de l'état de santé. Il n'existe pas une définition de la santé qui soit universellement reconnue et acceptée² et ceux qui s'accommodent de la notion de bien-être physique, mental et social instaurée par l'O.M.S. se font de plus en plus rares. On conviendra néanmoins que l'O.M.S., par sa définition de la santé, a eu le mérite d'associer le bien-être psychosocial au bien-être physique en les proposant, au-delà de la simple absence de maladie, comme déterminants importants de la santé.

1) B.A., B. Sc. inf., M.S.N., professeur agrégé, École des sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Article reçu le : 8.12.81
Avis du comité de lecture le : 23.2.82
Acceptation définitive le : 6.3.82

Malheureusement, en assimilant la santé à un état, fut-il de bien-être, on la réduit à une position statique. En l'opposant à l'absence de maladie, on suggère par surcroît une polarisation qui nie la possibilité de situations intermédiaires. Dans ce contexte, il faut être soit en santé, soit malade. Les concepts de santé et de maladie sont-ils à ce point inséparables ? La singularité de la santé se repère-t-elle en dehors d'une nécessaire référence à la maladie ? Se peut-il que la santé soit une manière d'être, une façon de vivre, de se développer³ et que la maladie ne gêne pas inévitablement le vécu quotidien ?

En dehors du modèle explicatif traditionnel et médical de la santé, axé sur l'absence de maladie, on propose maintenant un modèle "fonctionnaliste" à l'intérieur duquel la santé est identifiée à la capacité d'agir autant sur le plan physique que psychosocial⁴. La compétence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne devient donc logiquement un indicateur de santé. A cet égard, un groupe consultatif de l'O.M.S. suggérait dès 1958 que, chez les personnes âgées, ce que l'individu est capable de faire ou croit qu'il est capable de faire est un indicateur de santé fort utile⁵. Aux États-Unis, alors que d'après le Bureau of Health and Vital Statistics, 62,9% de la population âgée ne connaît aucune limitation de ses activités⁶, on estime par ailleurs que 75,0% des personnes vieillissantes souffrent d'au moins une maladie à long terme⁷. On serait tenté de conclure qu'il y a effectivement un écart entre "avoir une maladie" et "être malade". Une personne porteuse d'une maladie ou d'un handicap, qu'il soit structurel ou fonctionnel, ne devrait-elle pas être perçue comme différente plutôt que malade ? D'autre part, bien que l'on ne comprenne pas de façon certaine et définitive comment les comportements humains sont affectés par les composantes objectives et subjectives des états de santé et de maladie, de même que par les interrelations complexes des aspects physiques et psychosociaux de ces états⁸, on a pu observer que le moment où un individu, confronté à des manifestations plus ou moins évidentes de la maladie, adopte les conduites associées au rôle de malade, varie d'une culture à l'autre ainsi que d'une classe sociale à l'autre⁹. Chez les personnes âgées, on ne peut écarter d'emblée l'éventualité qu'elles choisissent les bénéfices secondaires liés au rôle de malade en tant

que substituts aux gratifications et à la valorisation qu'elles tiraient de leur travail avant d'être retraitées. Notons également que les représentations subjectives de la santé et de la maladie ne sont pas étrangères à l'auto-évaluation de l'état de santé, que l'on considère comme un indicateur privilégié permettant de prédire de manière fidèle les résultats d'une évaluation soit-disant objective qui serait menée par des professionnels¹⁰. Enfin, il a été démontré que l'auto-évaluation de l'état de santé est le facteur déterminant principal de la satisfaction que l'on éprouve à vivre¹¹. Boyer croit que chez les personnes âgées, l'auto-évaluation influence l'intégration sociale¹². En somme, un bon état de santé est primordial au moment de la vieillesse, d'où l'intérêt et la nécessité d'inclure dans le projet "Intégration sociale des personnes âgées et recours aux services médico-sociaux au Québec" une étude de la dynamique de la santé, réalisée au moyen de l'enquête rapportée. L'objectif de cette enquête particulière sur la santé était d'identifier les écarts entre la santé fonctionnelle, la perception que la personne âgée a de sa santé, son état de bien-être psychologique et les démarches qu'elle entreprend en relation avec sa santé.

Méthodologie

Les données ont été recueillies auprès de 44 personnes âgées de 64 à 89 ans, 21 femmes et 23 hommes de la région administrative de Québec, vivant à domicile et provenant de deux milieux différents, soit un milieu urbain et un milieu semi-urbain. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi celles qui avaient participé aux enquêtes sur l'intégration sociale. L'âge moyen des personnes interrogées est de 71 ans.

Les entrevues étaient en partie à questions ouvertes, en partie à questions fermées. Aux fins de l'auto-évaluation de l'état de santé, on a eu recours à une entrevue ouverte, structurée, portant sur la santé vécue, au cours de laquelle les personnes âgées avaient non seulement à porter un jugement sur leur état de santé, mais aussi à le comparer à celui des autres vieillards qu'elles connaissaient. De plus, elles devaient décrire ce que représentait pour elles une personne âgée en bonne santé et identifier les changements qu'elles considéraient comme normaux en fonction de l'âge. Elles ont également été

interrogées sur leurs inquiétudes face à leur santé.

En ce qui a trait à la compétence fonctionnelle et aux recours aux services médico-sociaux, les questions étaient fermées et touchaient, d'une part leur capacité de se déplacer à l'extérieur et à l'intérieur de la maison, leur capacité de se livrer aux activités de la vie quotidienne et, d'autre part, leurs contacts avec les différents professionnels de la santé et leur consommation de médicaments.

En ce qui concerne la mesure de l'état de bien-être psychologique, nous avons utilisé le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale inspiré par les travaux de Lawton¹³.

Nous tenterons maintenant de dégager de cette étude de la dynamique de la santé certaines constantes pertinentes à l'objectif poursuivi.

Le statut de la santé vécue

La majorité de nos répondants (68,2%) ont évalué positivement leur état de santé, soit qu'ils le qualifient de bon (6,8%) ou très bon (61,4%) ; 6,8% le perçoivent comme franchement mauvais et entre ces deux extrêmes se situent ceux qui le considèrent comme assez bon (18,2%) ou comme plutôt mauvais (6,8%). Ces résultats se comparent à ceux obtenus au cours d'enquêtes menées ailleurs au Québec ou aux États-Unis,^{14,15} où le pourcentage de personnes âgées qui se disent en mauvaise santé varie entre 6,0% et 9,0%.

Bien que la plupart des personnes interrogées se disent en bonne santé, nous avons pu constater que 90,0% de nos sujets étaient porteurs de maladies à long terme, l'arthrite et le rhumatisme venant en tête de liste. Lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure ces problèmes perturbaient les activités de leur vie quotidienne, 34,0% ont répondu "pas du tout", 45,5% "un peu" et 20,5% "beaucoup". Enfin, les résultats de l'évaluation plus objective de la compétence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne montrent que 61,4% des personnes âgées sont tout à fait compétentes, que la réduction de cette compétence est minime chez 22,7%, moyenne chez 6,8% et considérable chez 2,3% des répondants. On remarquera que ce pourcentage de personnes âgées autonomes est comparable à celui des citoyens américains âgés (62,9%).

Tous ces chiffres ont la vertu de servir à démolir un préjugé négatif à l'endroit du vieillissement. Ils indiquent que nos aînés ne se considèrent pas tous comme des malades et qu'un bon nombre d'entr'eux sont capables de se livrer aux activités de la vie quotidienne, parfois en dépit de certaines limites. Par ailleurs, le discours que tiennent les personnes âgées, par rapport à leur santé, revêt une importance particulière pour qui se préoccupe des représentations de la santé.

A cet égard, les raisons qui motivent le jugement qu'elles portent sur leur état de santé ne sont pas sans intérêt, à cause notamment de la signification de leur contenu qui nous renseigne sur la perception que certaines personnes âgées ont de la santé. Chez les répondants qui ont une perception positive de leur état de santé (38/44), l'explication la plus fréquente est liée à l'absence de problèmes, quel qu'en soit le type. Vient ensuite le fait de "se sentir bien" ou "d'être en forme". Trois personnes attribuent leur bonne santé à une intervention personnelle, telle se ménager, ne pas se fatiguer ou, plus positivement, s'engager dans différentes activités; deux l'attribuent à l'intervention du médecin qui, disant-elles, "les suit bien". Dans un cas, le répondant s'est approprié le verdict du médecin lui confirmant qu'il était en bonne santé. Parmi les réponses marginales, en voici une qui est digne de mention: "Ma santé est meilleure que jamais, avant je ne connaissais pas ma maladie". Cette affirmation, aussi paradoxale qu'elle puisse d'abord paraître, illustre bien la différence entre "avoir une maladie" et "être malade". Les personnes âgées qui faisaient partie de notre échantillon croient d'ailleurs que certaines modifications de l'état de santé sont normales à mesure que l'on avance en âge, les fonctions physiologiques s'accomplissent moins bien et il y a une perte plutôt globale d'endurance. Les deux principales caractéristiques d'une personne âgée en bonne santé seraient, selon plus d'un tiers de nos répondants: la capacité de faire ce qu'elle veut et le bon état mental, entendu surtout dans le sens de bien-être psychologique. Il y a une nette prédominance de ces deux traits par rapport, par exemple, au fait de ne pas être malade ou d'avoir un bon fonctionnement physiologique qui a été évoqué par un certain nombre de répondants.

Faut-il s'étonner qu'en décrivant la personne âgée en bonne santé,

aucun répondant n'ait fait allusion sinon à une prise en charge personnelle, du moins à des actions visant à améliorer ou à protéger sa santé? On se souviendra que très peu de répondants associaient leur bon état de santé à une intervention personnelle, soit la surveillance de son alimentation, l'exercice, etc.

Nous avons noté que près de 20,0% des personnes interrogées perçoivent la personne âgée en bonne santé comme une personne chanceuse. Peut-être est-ce normal, en raison de préjugés solidement ancrés dans les esprits, d'attribuer une bonne santé à la chance. Faudrait-il déduire que nos aînés ont une attitude passive, attentiste, voire même fataliste, face à leur santé. Leur état de santé leur apparaît-il comme irrévocable, déterminé par des forces extérieures et échappant à leur contrôle?

Il serait nécessaire, de pousser plus loin la recherche dans ce domaine de façon à vérifier s'il y a commune mesure entre les attentes des professionnels de la santé qui, de plus en plus, prônent l'autonomie et la prise en charge individuelle en matière de santé, et celles des personnes âgées. Autrement, les stratégies de prévention, quelques raffinées qu'elles soient, risquent d'être stériles.

Conclusion

Tout comme l'on parle de vieillissement différentiel, de la même façon on pourrait qualifier la santé de différentielle. Dans une telle dialectique, vieillissement et santé sont compatibles. Le discours que nos répondants ont tenu sur la santé, sur leur santé, tend à confirmer la pertinence du choix de la compétence fonctionnelle en tant qu'indicateur de santé. S'il est rassurant de constater qu'une forte proportion de personnes âgées de 65 ans et plus sont autonomes, sont en quelque sorte en santé, en autant qu'elles ne connaissent pas de limitations de leurs activités, il est en même temps opportun de se demander comment accroître cette proportion et quelles sont les limites de la prévention.

A la période du vieillissement comme aux autres âges de la vie, la motivation de l'individu à se maintenir en santé est un facteur primordial dont peut dépendre le succès ou l'échec d'une intervention professionnelle. Certaines personnes âgées seraient-elles tentées de se "désengager" de la santé comme quelques-unes se "désen-

gagent" de l'existence, de leur entourage?

summary

There has been in the past a tendency to equate illness with old age. Gerontological research as well as a greater flexibility in the definitions of health seem to indicate that the elderly might be in much better health than one could expect. Content analysis of the data pertaining to the self assessment of health among a selected sample of elderly people raises some questions in relation with health education and prevention strategies. For instance, are the expectations of health professionals concerning self-control of health by the individual realistic when serious consideration is given to subjective definitions of health and illness?

bibliographie

1. Butler R. : Why Survive? Being Old in America. New York, Harper & Row, 1975.
2. Séguin F. : La Santé et le Pouvoir. In Villedieu, Y. : Demain la Santé, Québec Science, 1976, p. 259.
3. Hoke B. : Preventive Medicine and the Phenomenon of Health. Ottawa : Archives of Environmental Health 16, 1968, p. 269-278.
4. Shanas E. : Health Status of Older People. Amer. J. Public Health, 1974 ; 64 : 261-264.
5. Williamson J.B., Munley A. et Evans L. : Aging and Society. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1980, pp. 222-240.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe 1959 : The Public Health Aspects of Aging of the Population. Report of an Advisory Group, Oslo, 28 July - 2 August 1958. Copenhagen, W.H.O. 1959.
7. Limitation of Activity due to Chronic Conditions. Vital and Health Statistics Series 10. No 80, 1973.
8. Shanas E. et Maddox G.L. : Aging, Health and The Organization of Health Resources. In Binstock & Shanas, E. (éd.) : Handbook of Aging and the Social Sciences. New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 592-618.
9. Koos E.L. : The Health of Regionville : What the People Thought Did About it. New York, Columbia University Press, 1954.
10. Linn M.W. : Studies in Rating the Physical, Mental and Social Dysfunction of The Chronically Ill Aged. Med. Care, 1976 ; 14 : 119-125.
11. Palmore E. et Luikart C. : Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. Health Soc. Behaviour, 1972 ; 13. 68-80.

Quand un enfant
a mal aux oreilles,

tout le monde a
mal à la tête.



BactrimTM Roche[®] contre l'otite moyenne

- **Les médecins aiment son large spectre d'activité antibactérienne.**

Efficace contre la plupart des germes pathogènes courants, y compris l'*Haemophilus influenzae* ampicillino-résistant¹.

- **Les parents aiment son côté pratique et économique.**

Deux prises par jour — nul besoin de réfrigérer.

- **Les enfants aiment son goût.**

Agréable saveur de cerise.



Suspension 'Bactrim' 2 f.p.j.

Voir page 625
pour information posologique abrégée.

La relation d'aide en soins infirmiers : *une réalité souvent ignorée*

Jacques Chalifour⁽¹⁾

Résumé

Depuis plusieurs années, la relation d'aide occupe une place importante en soins infirmiers. Ainsi, l'infirmier(e) reçoit une formation qui l'habilite à établir, maintenir et mener à terme une intervention d'aide psychologique auprès d'une personne. Il (elle) est cependant placé(e) dans des conditions de travail qui souvent l'empêchent de démontrer sa compétence dans ce domaine. Cet aspect de son rôle est par le fait même moins bien connu des autres intervenants. Dans le but de pallier cette lacune, cet article décrit les principales caractéristiques de l'intervention d'aide psychologique en soins infirmiers.

Un grand nombre de recherches effectuées dans le domaine de la santé confirment l'influence déterminante que certains facteurs psychologiques exercent sur l'état de santé physique et mentale d'une personne¹⁻⁵. Dans le domaine des soins infirmiers, on reconnaît depuis longtemps l'importance de ces facteurs dans l'identification des besoins d'aide et dans le choix des interventions. En effet, dès les années 1950, Peplau⁶ se penche sur plusieurs de ces facteurs. Elle insiste sur l'importance de s'y attarder en vue d'une intervention thérapeutique optimale. Par la suite, plusieurs auteurs en soins infirmiers ont décrit des modèles d'intervention auprès des personnes manifestant des problèmes de comportements liés à certains facteurs psychologiques⁷⁻¹³. Actuellement, cette dimension est fortement présente dans l'enseignement et la recherche en soins infirmiers. Au cours de sa formation initiale au C.E.G.E.P. ou à l'université, l'étudiant(e) est familiarisé(e) avec la pratique de l'intervention d'aide psychologique. A la suite de ce premier contact, l'infirmier(e) peut parfaire ses connaissances et ses habiletés dans ce domaine particulier, en complétant des études de certificat, de maîtrise ou de doctorat en soins infirmiers avec une spécialisation en santé mentale. Au cours de ces différentes

étapes de formation, il (elle) acquiert progressivement des compétences lui permettant d'intervenir auprès d'une personne, d'un couple, d'une famille et d'un groupe.

Le but de cet article est de décrire brièvement comment l'infirmier(e) peut intervenir auprès d'un malade qui a un besoin d'aide psychologique. Pour ce faire, certains pré-requis, que l'infirmier(e) possède pour exercer ce rôle, seront énumérés. Par la suite, chaque phase de la relation d'aide en soins infirmiers sera définie et située dans le cadre d'entrevues structurées, où sont présentes les étapes de la démarche nursing, certaines attitudes facilitantes, de même que quelques techniques de communication permettant de les exprimer.

Pré-requis à une relation d'aide

Quel que soit le modèle thérapeutique utilisé, la qualité de l'intervention est liée aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes de celui qui l'applique. Ainsi, l'infirmier(e) qui entre en contact avec un client possède un certain nombre de caractéristiques qui ont un impact direct sur la teinte que prend la relation. C'est pourquoi il doit posséder des connaissances théoriques

1) M. Ps., M.N. Psy., professeur adjoint, École des Sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Tirés à part :

Jacques Chalifour, École des Sciences Infirmières, Pavillon Comtois, Université Laval, Ste-Foy, Québec, P. Q. G1K 7P4.

Article reçu le : 8.12.81

Avis du comité de lecture le : 23.2.82

Acceptation définitive le : 6.3.82

intégrées, être conscient de ses goûts, ses habiletés, ses attitudes, ses limites, ses valeurs, ses préjugés, etc. En d'autres termes, l'infirmier(e) doit pouvoir répondre à un certain nombre de questions qui guideront son intervention. A titre d'exemple, ces questions peuvent être les suivantes :

- Quelle est ma conception de la personne, d'un aidant, d'un aidé, de l'aide, de l'intervention thérapeutique, de la santé, de la prévention ... ?
- Quelles sont les limites de mon intervention ?
- Quels sont mes sentiments face à la maladie, la mort, la souffrance, mes propres réactions, les sentiments des autres ?
- Quels sont les buts que je poursuis par mon intervention d'aide ?

Les réponses qu'il (elle) se donne proviennent d'une part de sa démarche de croissance et de ses expériences de travail et, d'autre part, des théories et des modèles sur lesquels s'appuient ses interventions. Ces théories et ces modèles supportent en effet sa démarche de soins et influencent le choix de ses grilles d'observation, d'intervention et d'évaluation. De plus, les théories et les modèles choisis proposent des conceptions de la personne qui influencent sa façon d'être en situation d'aide. Voyons comment s'articule l'ensemble de ces connaissances et attitudes à l'intérieur de la relation infirmier(e)-client.

Les phases de la relation d'aide et le processus nursing

Multiplés sont les situations où l'aide psychologique de l'infirmier(e) est requise. Toutes ne peuvent être décrites ici. Il en va de même en ce qui a trait à l'intervention la plus appropriée. C'est pourquoi, le contenu de cet article porte sur la description d'un modèle d'intervention d'aide général dont les modalités d'application varient en fonction des situations envisagées. En effet, les besoins présentés par le patient, les conditions dans lesquelles se déroulent les rencontres, la durée de la relation thérapeutique sont autant de facteurs qui déterminent la place que doit prendre l'intervention psychologique dans l'ensemble de l'intervention d'aide. À titre d'exemple, qu'il nous suffise de penser à la personne hospitalisée en milieu psychiatrique et qui a coupé le contact avec l'entourage devenu trop anxiogène. Face à une telle si-

tuation, l'aide psychologique de l'infirmier(e) s'inscrit au centre de son intervention de soins. Une deuxième situation pourrait être celle d'une personne hospitalisée pour appendicite. La durée du séjour et les réactions psychologiques reliées à cette infection déterminent alors la part de l'intervention psychologique dans l'ensemble des soins. À ces deux exemples s'ajoute toute une gamme de situations que rencontre l'infirmier(e). Elles s'échelonnent de la simple demande d'information à la situation de crise de croissance ou situationnelle. En ce qui a trait aux conditions matérielles des rencontres, l'intervention d'aide peut par exemple se faire au lit d'un client au moment d'un soin physique, dans un bureau aménagé à cette fin ou encore au domicile du client.

La personne ainsi que le besoin d'aide psychologique (implicite ou explicite) qu'elle présente orientent l'intervention en soins infirmiers⁶⁻⁹. En effet, à l'intérieur du processus d'aide, l'infirmier(e) et le client ont à identifier le besoin d'aide psychologique et les sentiments qui s'y rattachent. Ils ont également à en favoriser l'expression et à y répondre tout en tenant compte des conditions physiques et psychologiques dans lesquelles ils se trouvent. Tout au cours des entrevues, l'infirmier(e) facilite cette démarche par sa façon d'être et d'agir. La plupart des auteurs qui ont décrit la démarche d'intervention psychologique en soins infirmiers situent celle-ci à l'intérieur de phases^{6-9,12,13}. La lecture des auteurs déjà cités permet de distinguer quatre phases dans la relation infirmier(e)-client. Ces phases sont : la pré-interaction, l'orientation de la relation, le travail et la terminaison de la relation.

La phase de pré-interaction

La phase de pré-interaction débute au moment où l'infirmier(e) sait qu'il (elle) doit rencontrer un patient. Au cours de cette première phase, il (elle) assume certaines tâches pré-requises à l'intervention d'aide qui s'amorce. Sa première tâche consiste à synthétiser l'information objective et subjective disponible sur le bénéficiaire. L'infirmier(e) se prépare ainsi à colliger des données qui prendront place à la seconde phase. Il (elle) prévoit ensuite les conditions matérielles et temporelles dans lesquelles se déroulera l'entrevue : la journée, l'heure,

l'endroit, la durée. Les membres de l'équipe en sont informés. Il (elle) prend le temps d'identifier ce qu'il (elle) pense et ressent à l'idée de rencontrer ce client en essayant de reconnaître ses préjugés, ses craintes et ses goûts. Cette démarche est reprise avant chaque entrevue. Après cette préparation physique et psychologique, il (elle) est prêt à rencontrer le malade. C'est alors que débute la deuxième phase de la relation, c'est-à-dire la phase d'orientation de la relation d'aide.

Phase d'orientation de la relation

Cette phase est centrale puisqu'elle donne la direction que prendra le processus d'aide. En effet, dès les premières rencontres, il peut s'établir ce climat de confiance dans lequel se dérouleront les entrevues ; chaque participant y valide de diverses façons la perception subjective qu'il a de l'autre. Cette phase est caractérisée aussi par un échange systématisé d'informations. Elle porte à la fois sur le besoin d'aide du client et sur les ressources humaines et matérielles disponibles pour y répondre.

Concrètement, au cours de cette phase de la relation qui s'amorce, l'infirmier(e) oriente la relation. Il (elle) informe le client sur les services offerts et comment il (elle) compte les lui offrir. C'est ainsi que s'établit entre l'infirmier(e) et le patient une entente (contrat) de service pour la durée de leurs rencontres. Une autre tâche consiste à orienter le client physiquement (si nécessaire) dans le centre de santé. Sur le plan administratif, l'infirmier(e) donne de l'information sur les ressources matérielles et professionnelles disponibles, de même que sur les politiques et les moyens de l'organisme qui le concernent. À cette phase de la relation d'aide, le client se voit encouragé à exprimer ses besoins d'aide. L'infirmier(e) et le client peuvent à l'aide d'un questionnaire (histoire nursing) partager un certain nombre d'informations. Celles-ci les aident à bien identifier les besoins et leur ordre de priorité ainsi qu'à reconnaître les goûts et les ressources disponibles chez le client afin d'y répondre.

Les attitudes facilitantes et leur expression

Tout au cours des entrevues, l'infirmier(e) et le patient expriment

► page 624

Issu de la recherche Upjohn sur le SNC

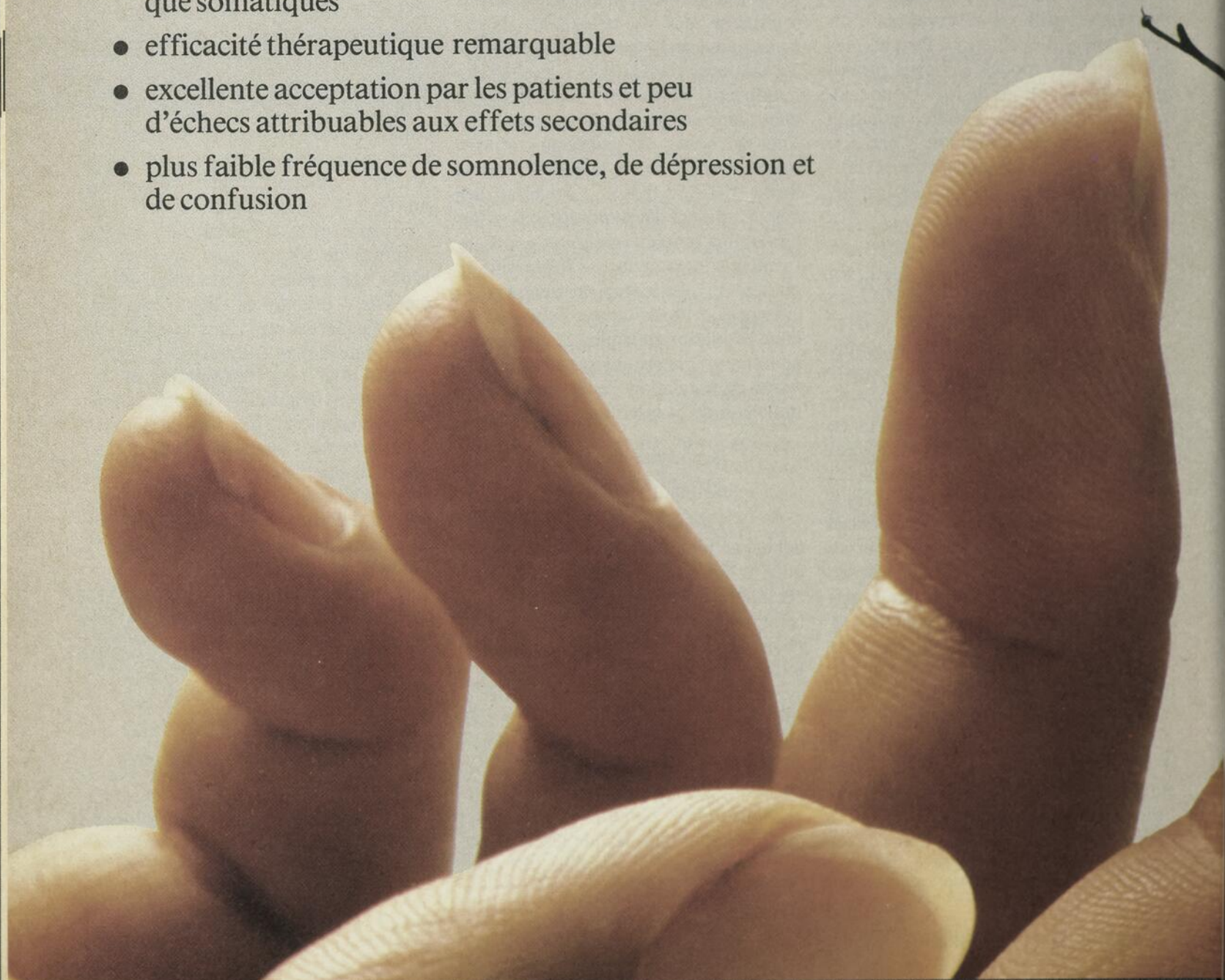
la promesse de

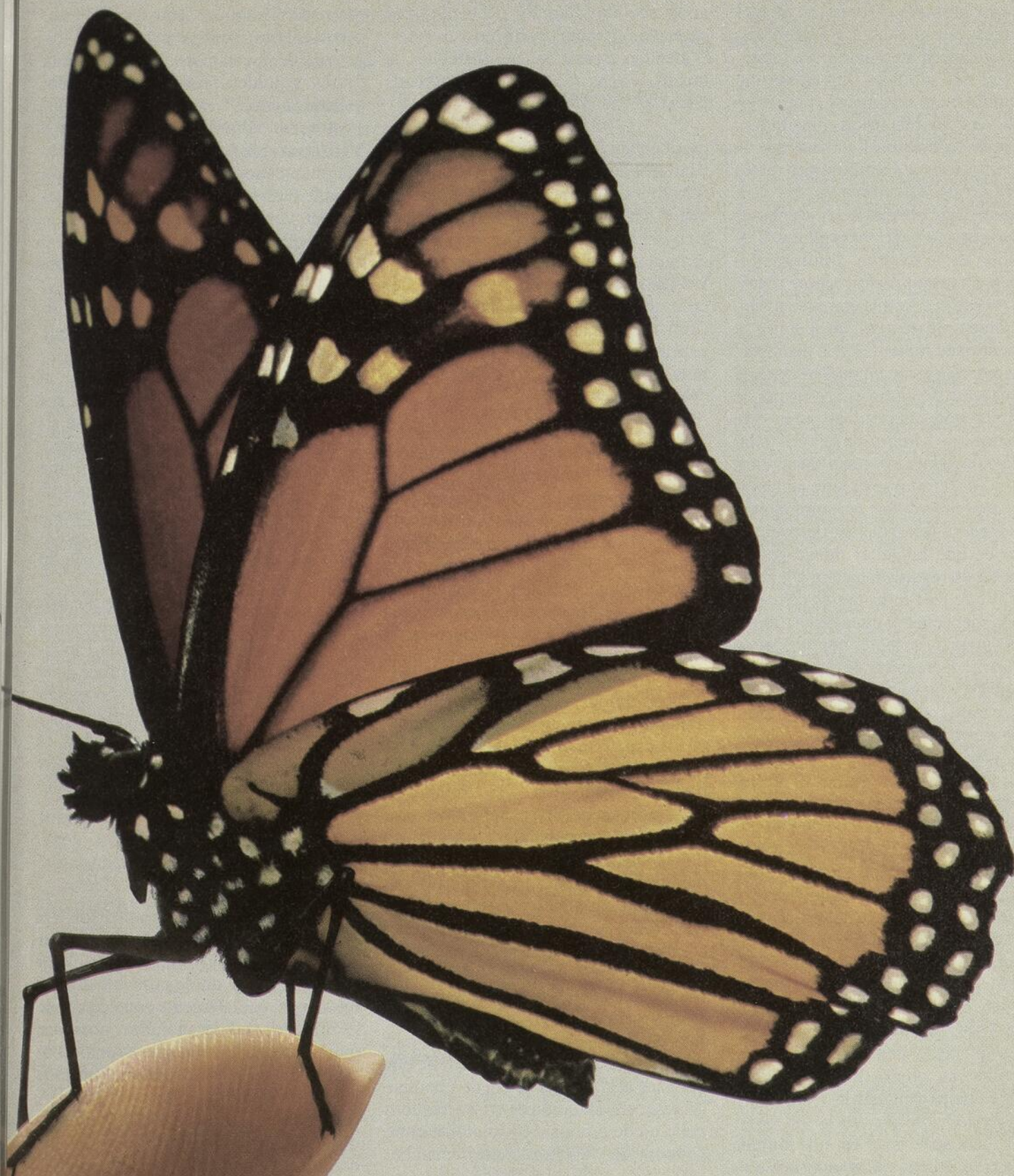
Xanax[®]
(alprazolam)

une différence mesurable

pour le patient anxieux

- réduit efficacement les symptômes, tant psychiques que somatiques
- efficacité thérapeutique remarquable
- excellente acceptation par les patients et peu d'échecs attribuables aux effets secondaires
- plus faible fréquence de somnolence, de dépression et de confusion





UN PRODUIT DE
LA RECHERCHE

Upjohn

SUR LE
SNC

824 MARQUE DÉPOSÉE: XANAX CF 1757.2

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS, ONTARIO

MEMBRE
ACIM

PAAB
CCPP

Renseignements thérapeutiques page 630

l'un envers l'autre, sous un mode verbal et non verbal, les sentiments qui les animent. Ces sentiments se reflètent dans des attitudes. Certaines d'entre elles sont essentielles à l'infirmier(e) qui désire offrir une aide psychologique. Les six attitudes suivantes sont particulièrement reconnues comme aidantes : la compréhension empathique, le respect chaleureux, l'authenticité, la confrontation, l'immédiateté et la spécificité¹⁴⁻¹⁶. Certaines de ces attitudes sont à privilégier selon les phases du processus d'aide. À la phase d'orientation de la relation, l'infirmier(e) privilégie surtout l'expression d'attitudes réceptives, soit la compréhension empathique, le respect chaleureux et l'authenticité. Ainsi, il (elle) manifeste de la compréhension empathique quand il (elle) tente de comprendre le monde émotif de son client et la perception subjective qu'il (elle) en a¹⁶. Il (elle) respecte le client dans ce qu'il est, dans ce qu'il vit. Il (elle) se montre authentique et congruent, dans ses communications quand il (elle) choisit de communiquer ce que lui (elle) même pense, sent et vit en regard du patient¹⁴⁻¹⁶. Cette façon d'être de l'infirmier(e) crée progressivement chez le client le sentiment d'être compris, accepté, non jugé et en confiance. Il acquiert le goût de risquer, d'aller plus loin dans la relation, de faire taire son attitude de jugement à son égard et de prendre certaines initiatives. L'infirmier(e) exprime ces attitudes verbalement quand il (elle) reformule¹⁶ ou reflète les sentiments^{14,17}. Par la reformulation du contenu émotif exprimé, il (elle) manifeste au client qu'il (elle) le comprend, le suit, s'intéresse à lui. Il (elle) stimule ainsi chez ce dernier la démarche d'exploration amorcée. De plus, la reformulation permet au client d'avoir une vue plus globale du vécu exprimé grâce à une compréhension à la fois du fond et de la forme¹⁴. L'infirmier(e) exprime ces attitudes de façon non-verbale en étant disponible au client (mentalement et physiquement) pendant le temps qu'il (elle) passe avec lui.

La spécificité est une attitude plus active. Elle s'ajoute aux trois attitudes réceptives déjà mentionnées. Effectivement, à cette étape d'exploration du besoin d'aide, l'infirmier(e) encourage le malade à parler de lui et de sa situation de façon de plus en plus spécifique et concrète. Il (elle) facilite ainsi la définition et l'expression de son besoin d'aide. L'infirmier(e) aide le client à rendre plus spécifique le contenu de ce qu'il exprime afin qu'il devienne

plus accessible et utilisable. Ainsi, une insatisfaction exprimée confusément dans une forme telle que : "Les gens ne nous écoutent jamais" pourrait, par exemple, prendre la forme suivante : "Quand je te parle de mes difficultés au travail, je sens que tu ne me comprends pas et ça me choque".

L'infirmier(e) facilite l'expression de la spécificité à l'aide de l'interrogation¹⁶⁻¹⁹. Les questions posées sont utilisées dans le but d'aider le client à nommer, décrire, préciser et analyser son besoin d'aide ainsi que les sentiments qui l'animent sans avoir à les justifier. Les quatre attitudes décrites jusqu'ici sont présentes chez l'infirmier(e) tout au cours des entrevues et exprimées à un degré d'intensité de plus en plus élevé.

La phase de travail

Au moment où l'infirmier(e) et le client se sont transmis de l'information, une troisième phase prend place ; la phase de travail. Au cours de celle-ci, l'infirmier(e) et le bénéficiaire continuent à préciser le diagnostic des besoins psychologiques et tentent d'y répondre. En fonction des besoins, des habiletés du thérapeute et des goûts du client, de nombreux moyens d'intervention psychologique sont possibles. L'intervention peut prendre la forme d'un enseignement²⁰ au cours duquel le client peut acquérir des connaissances ou des habiletés sur une situation entourant une habitude de vie ; diminuant ainsi son anxiété, ses craintes, etc. Dans une autre situation, un support thérapeutique²¹ peut se révéler être la meilleure solution ; l'infirmier(e) fait alors sentir au client par ses attitudes, qu'il (elle) le comprend et qu'il (elle) est disponible à ce qu'il vit. Une telle approche permet au patient d'exprimer des sentiments tels que l'agressivité, la tristesse, la peur ou autres. D'autres interventions inspirées de la démarche de solution de problème peuvent être choisies afin d'aider le client à composer avec une situation de crise situationnelle ou de croissance²², ou toute autre situation où s'applique cette démarche.

Les attitudes facilitantes et leur expression

À cette phase de la relation thérapeutique les attitudes facilitantes d'authenticité, d'empathie, de respect et de spécificité sont communiquées à un niveau plus élevé. Les contenus implicites présents dans la relation sont rendus de plus en plus explicites. Une

fois le contact bien établi, l'infirmier(e) et le patient acceptent davantage de se voir et de se considérer comme uniques dans leurs besoins et leur façon d'être. L'infirmier(e) peut se permettre d'exprimer de façon plus constante deux autres attitudes facilitantes. Ce sont "l'immédiateté" et la confrontation. L'attitude "d'immédiateté" permet à l'infirmier(e) de relever dans la communication de son client ce "qui semble être dirigé plus ou moins directement vers lui et vers leur relation réciproque¹⁶.

L'attitude de confrontation aide l'infirmier(e) à "plus ou moins explicitement et directement selon les niveaux, dénoncer les contradictions que l'aidé s'efforce encore de concilier dans sa vie et qui sont d'ailleurs, la plupart du temps, à la source de ses problèmes"¹⁶. Ces contradictions se situent souvent entre ce que la personne pense, sent, dit ou fait en regard d'une situation qui lui fait problème. Ces attitudes peuvent aussi bien s'exprimer à travers des questions, des reformulations ou une rétroaction basée sur le vécu²³.

À cette phase avancée du processus d'aide, le client adopte progressivement certaines attitudes de l'infirmier(e). Il commence à les utiliser dans sa vie, devenant à son tour davantage respectueux de l'autre, authentique, empathique, spécifique, immédiat et confrontant avec lui-même et les autres. La relation d'aide est alors sur le point de prendre fin.

La phase de terminaison

La phase de terminaison est amorcée dès la première rencontre, soit au moment où l'infirmier(e) et le client échangent sur la durée probable de leur relation. Généralement, cette phase se termine quand le malade considère qu'il a obtenu une réponse à son besoin d'aide ou qu'il a acquis une certaine habileté à solutionner ses problèmes. À cette phase, l'intervention psychologique porte particulièrement sur les craintes et l'anxiété engendrées par la fin de la relation. Chacun échange sur les sentiments qu'il vit face à cette séparation. Ils font une rétrospective des rencontres afin d'identifier les apprentissages effectués et les pistes qui restent à explorer. Les dernières entrevues sont consacrées à compléter le travail thérapeutique en cours. Il arrive cependant que, malgré l'intervention concertée de l'équipe, le client ne parvienne

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
- pneumonie 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 triméthoprine 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 hépatiques ou rénales, 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, alopecie et élévation de l'azote uréique sanguin, de l'azote non protéique sanguin et de la créatinine sérique.

Altérations hématologiques: neutropénie et thrombocytopenie 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 triméthoprine 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.

Pneumonie à *Pneumocystis carinii*: 20 mg/kg/jour de triméthoprine et 100 mg/kg/jour de sulfaméthoxazole en quatre doses fractionnées pendant 14 jours.

Présentation

Comprimé pour adultes: Comprimé vert, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE C sur une face, rainuré et gravé BACTRIM sur l'autre, dosé à 80 mg de triméthoprine 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 triméthoprine et 800 mg de sulfaméthoxazole.

Flacons de 100 et 250.

Suspension: Aromatisée à la cerise, contenant 40 mg de triméthoprine 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 triméthoprine 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 triméthoprine (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:

Ghaffar A et coll, Otitis Media in Children, *Can. Fam. Physician* 1981;27:1399-1402.

Can. 2026

'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



pas à combler son besoin d'aide physique ou psychologique. C'est alors qu'un processus de chronicisation ou de dégénérescence s'installe. Dans un tel cas, l'intervention psychologique pourra prendre une place importante de durée indéterminée.

La relation d'aide complétée, l'infirmier(e) fait une évaluation de sa démarche. Il (elle) en tire des enseignements utiles à sa pratique.

Conclusion

La relation d'aide en soins infirmiers est avant tout une expérience profondément humaine de communication. Elle constitue sûrement l'une des réponses au problème de déshumanisation des services offerts aux clients. À cause de sa formation, l'infirmier(e) possède les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour établir, maintenant et mener à terme cette relation d'aide. Afin d'illustrer ces affirmations, cet article portait davantage sur le "comment" de la relation d'aide et accordait ainsi moins d'attention à la philosophie et aux prémisses sur lesquelles s'appuie l'intervention d'aide. Le lecteur aura cependant compris que ce modèle s'inspire d'une conception humaniste de la personne. Dans son application, le modèle d'aide décrit comporte des limites qu'il partage avec tous les modèles d'aide. Entre autres, ces limites sont particulièrement liées aux compétences de l'infirmier(e) qui l'applique, aux caractéristiques et aux besoins de la personne aidée sans oublier les conditions dans lesquelles cette relation est vécue.

summary

For many years now, nurses have given a large place to the helping relationship. Educational programs in nursing emphasize the ability to establish, maintain and terminate such relationships. However, because of prevailing working conditions, it is often difficult for nurses to demonstrate their ability in this area. Thus, this aspect of their role is less known by other members of the health team. In an attempt to re-establish the status of one of the most important components of nursing practice, this article delineates the major characteristics of helping relationships, as they are implemented by nurses.

bibliographie

1. Holmes T.H. et Rahe R.H. :
The Social readjustment rating scale. J. Psychosomatic Res., 1967 ; II : 213-18.
2. Le Shan L. :
A basic psychological orientation apparently associated with malignant disease. Psychiat. Q. 1961 ; 36 ; 314-30.
3. Pelletier K.R. :
Mind as Healer Mind as Slayer. a Delta Book, San Francisco, 1979.
4. Alexander F. :
Psychosomatic Medicine. W.W. Norton, New York, 1950.
5. Selye H. :
Le Stress de la vie. Les Éditions La-combe, Montréal, 1975.
6. Peplau H. :
Interpersonal Relations in Nursing. Putnam & Sons, New York, 1952.
7. Ujhely G. :
Determinants of the nurse - patient relationship. Springer, New York, 1968.
8. Haber J. et coll. :
Le nursing en psychiatrie. Ed. H.R.W., Montréal, 1979.
9. Travelbee J. :
La relation d'aide en nursing psychiatrique. Ed. Renouveau Pédagogique, Montréal, 1978.
10. Orlando I. :
The dynamic Nurse-Patient Relationship. G.P. Putnam's Sons, New York, 1961.
11. Wiedenbach E. :
Clinical Nursing a helping art. Springer Publ., New York, 1967.
12. Robinson L. :
Psychiatric Nursing as a Human Experience. W.B. Saunders, Toronto, 1972.
13. Grace H.K. et coll. :
Mental Health Nursing a Socio-Psychological approach. W.M.C. Brown Cie., Dubuque, 1977.
14. Rogers C.R., Kinget G.M. :
Psychothérapie et relations humaines. Vol. 1, Institut de Recherches psychologiques, Montréal, 1969.
15. Carkoff R.R. :
Helping and Human Relations. Vol. 1, H.R.W., Montréal, 1969.
16. Auger L. :
Communication et épanouissement personnel. Les Éditions de l'Homme, Montréal, 1972.
17. Mucchielli R. :
L'entretien de face à face dans la relation d'aide. Entreprise Moderne d'Édition, Paris, 1975.
18. Benjamin A. :
La pratique de la relation d'aide et de la communication, Ed. E.S.F., Paris, 1974.
19. Gorden R.L. :
Interviewing ; Strategy, techniques and tactics. The Dorsey Press, Illinois, 1964.
20. Redman B.K. :
The process of patient teaching in nursing. The C.V. Mosby Cie., New York, 1973.
21. Brill N. :
Working with people the helping process. J.B. Lippincott Co., New York, 1973.
22. Aguilera D., Messick J.M. :
Intervention en situation de crise. The C.V. Mosby Cie., Toronto, 1976.
23. Hanson P.G. :
Giving Feedback : an interpersonal skill, in The 1975 annual handbook of group facilitators. University associates publ. California, 147-154, 1975.

Nursing et anthropologie : *deux "sciences carrefour" en voie de se rejoindre*

Gilles Bibeau⁽¹⁾

Résumé

Pour l'infirmier(e) tout comme pour l'anthropologue médical(e), la personne humaine ne se comprend véritablement que dans l'interrelation de ses dimensions biologique, psychologique et socio-culturelle. L'auteur montre dans une première partie comment cette parenté a conduit récemment à l'introduction de cours obligatoires d'anthropologie médicale dans environ un tiers des programmes américains de formation en nursing. Dans la seconde partie, il donne quelques exemples concrets de la contribution de l'anthropologie au nursing, dans les domaines de l'écologie médicale, de l'épidémiologie socio-culturelle et de la définition culturelle de la santé/maladie.

Qu'est-ce que l'anthropologie médicale et pourquoi les concepts centraux de cette nouvelle spécialisation de l'anthropologie doivent-ils être incorporés tant dans la théorie que la pratique des sciences infirmières ? Le nursing et l'anthropologie possèdent comme sciences certaines caractéristiques qui permettent de mieux comprendre le processus de rapprochement qu'elles ont effectué au cours des dernières années. On peut affirmer avec toute la tradition que le nursing constitue la plus humaine des sciences bio-médicales, alors que l'anthropologie est incontestablement la plus biologique des sciences humaines. Ces deux domaines scientifiques, le nursing et l'anthropologie médicale, se présentent donc comme des sciences globales qui cherchent à saisir les rapports qui s'instituent entre les différentes dimensions de la personne dans l'expérience de la maladie.

Traditionnellement, le nursing a été défini par la notion de "care" et on l'a associé à l'approche affective et expressive du malade. Ces caractéristiques sommaires ont permis pendant longtemps de baliser le champ spécifique d'activités propres aux infirmier(e)s et d'affirmer ce qui les distinguait de la médecine qui s'est davan-

tage préoccupée du "cure". Cette différenciation presque caricaturale ne suffit plus aux théoriciens du nursing qui essaient depuis une vingtaine d'années de mettre au point un modèle conceptuel qui identifierait enfin le nursing et le démarquerait du modèle médical qui a tendance à s'imposer à lui. Cette quête de l'identité a conduit à la création d'une avalanche de modèles qui se font tous écho et qui incorporent à peu près tous les mêmes éléments dans ce qui caractérise et identifie le nursing. Si l'on examine de façon synoptique les grands modèles qui dominent présentement la scène, on retrouvera ceux d'Orem¹, de Roy², d'Orlando³, de Wiedenbach⁴. On s'aperçoit vite que tous se structurent sur les deux mêmes fondements : d'une part, la personne humaine est définie en tant qu'être bio-psycho-socio-culturel et, d'autre part, cette personne est perçue comme capable de s'adapter adéquatement à son environnement et de prendre soin d'elle-même, capacités que le nursing vise justement à renforcer davantage. La valse des modèles, qui peut apparaître ardue quand on est confronté à de complexes diagrammes faits de cercles, de carrés, de flèches, de points et de lignes brisées, se révèle en réalité être un pas fort simple qui redit dans le langage d'aujourd'hui ce qui était tradi-

1) Anthropologue. Ph.D., professeur agrégé, École des sciences infirmières, Université Laval, Québec G1K 7P4.

Article reçu le : 8.12.81
Avis du comité de lecture le : 18.2.82
Acceptation définitive le : 6.3.82

tionnellement contenu sous le terme de "care".

Comme le nursing, l'anthropologie est une science carrefour et, à ce titre, elle se pose elle aussi des questions sur son identité. Son objet est l'étude de l'homme tel qu'il existe dans ses divers environnements écologiques et socio-culturels. L'anthropologue considère l'homme comme un être biologique qui vit dans un groupe humain et qui est créateur et porteur de culture. Cette société et cette culture ne peuvent se comprendre du point de vue de l'anthropologue que si elles sont replacées dans leur environnement écologique. La tension entre les dimensions biologique et psycho-sociale que j'ai signalée à propos du nursing se retrouve donc également dans l'anthropologie dont le projet fondamental est de montrer l'immense variabilité des stratégies culturelles mises en place par les groupes humains dans leurs négociations avec l'environnement écologique au sein duquel ils vivent.

Il me semble légitime de conclure que les sciences infirmières et l'anthropologie se rapprochent sur deux points essentiels. Cela suffit à en faire des partenaires dans une entreprise susceptible de les renouveler l'un et l'autre. Comme premier point, ces deux sciences sont intéressées par le difficile problème des articulations entre les dimensions biologique, psychologique et socio-culturelle de la personne, articulations qui devraient conduire à une compréhension véritablement globale de ce qu'est la personne. Elles accordent, de plus, une place capitale dans leur réflexion au concept d'adaptation, puisqu'elles saisissent la personne dans un milieu écologique donné, dans un groupe humain particulier et dans une culture qui s'imposent, en quelques sorte, à la personne et avec lesquels celle-ci doit négocier.

Ce court article, qui porte sur la rencontre de l'anthropologie et des sciences infirmières, est divisé en deux parties. La première partie présente l'historique de cette rencontre et fournit quelques indications sur le statut actuel de l'anthropologie médicale dans les facultés, départements et écoles de nursing aux États-Unis et au Canada. La seconde partie s'interroge sur la contribution de l'anthropologie médicale au nursing tant sur le plan de l'interprétation des problèmes reliés à la santé/maladie qu'à celui des différents lieux de la pratique du nursing.

L'histoire récente des rapports du nursing et de l'anthropologie

On peut aisément retracer dans les publications la réflexion qui s'est faite au cours des quelque dix dernières années sur la contribution de l'anthropologie au nursing. Déjà en 1969, Oliver Osborne du département de Nursing Psychosocial de l'Université de Washington lança le coup d'envoi en publiant dans *Nursing Research* un important article intitulé : "Anthropology and Nursing : Some Common Traditions and Interests"⁵.

Madeleine Leininger qui enseignait l'anthropologie médicale au Collège de Nursing de l'Université de l'Utah fit écho au texte de son collègue Osborne en publiant en 1971 "Nursing and Anthropology : Two Worlds to Blend"⁶. Ces deux textes ont réussi à lancer un débat important quant à la place que devait occuper l'enseignement des concepts anthropologiques dans la formation des étudiants.

A partir de 1976, la réflexion s'orienta davantage vers le caractère comparatif et transculturel de la contribution de l'anthropologie au nursing. Pamela Brink⁷ de l'École de Nursing de l'Université de Californie, à Los Angeles, édita une collection d'articles sur la pratique du nursing dans différents contextes culturels. Madeleine Leininger systématisa cette même approche en publiant en 1978 "Transcultural Nursing : Concepts, Theories, and Practices"⁸. Étant donné que la plupart des infirmier(e)s américain(e)s rencontrent dans leur pratique des personnes appartenant à différents groupes ethniques, plusieurs écoles de nursing ont décidé vers les années 1978 de sensibiliser leurs étudiants à la pratique du nursing dans un contexte multiculturel.

Une troisième ligne de réflexion a commencé à se développer, à partir de cette époque, en référence à ce que E. Bauwens a appelé dans son livre "The Anthropology of Health"⁹ l'application des principes de l'anthropologie à la pratique du soin (care). Cette incorporation des concepts anthropologiques à la clinique s'est surtout opérée dans les écoles de nursing des États du Sud-Ouest, l'Arizona, le Nouveau Mexique, le Texas, États dans lesquels cohabitent des Amérindiens, des Noirs, des Hispano-américains et des Américains blancs de diverses autres origines¹⁰. Il est assez normal que ce

soit dans ce contexte que se soit développée l'application clinique de l'anthropologie.

Pour structurer cette réflexion éparse et pour lui donner une plus large audience, diverses organisations apparurent à compter de 1979. Cette année-là fut en effet créé le Council on Nursing and Anthropology qui comprend aujourd'hui plus de 150 membres, soit des anthropologues/infirmier(e)s, soit des anthropologues non infirmier(e)s qui travaillent dans des institutions liées au nursing. Jusqu'en 1979, ces personnes avaient tout simplement été membres de la Society for Medical Anthropology et n'avaient revendiqué aucune spécificité. Cette spécificité de l'anthropologie appliquée au nursing s'affirma de plus en plus au cours des deux dernières années grâce aux multiples activités du Council on Nursing and Anthropology : un bulletin de liaison entre les membres est publié quatre fois par année, un répertoire présentant les activités d'enseignement et de recherche des membres a été mis au point en 1980 et une série d'esquisses de cours avec matériel pédagogique a commencé à être publiée en 1981¹¹. Pamela Brink de Los Angeles est à l'origine de ce regroupement des anthropologues qui travaillent en contexte infirmier.

Parallèlement, Madeleine Leininger a créé en 1979 la "Transcultural Nursing Society" dont le rôle est de mieux faire apprécier dans le domaine de la santé les besoins culturels spécifiques des diverses populations tant en Amérique qu'à l'étranger. Il ne s'agit pas d'une société rivale de la précédente et elle entend tout simplement être plus spécifique en se limitant au phénomène transculturel.

Grâce au regroupement d'anthropologues/infirmier(e)s au sein de ces deux organisations, ces scientifiques ont acquis une visibilité dans les différents congrès. Lors du congrès de l'importante Société Américaine d'Anthropologie appliquée qui a eu lieu à Edinburgh, Écosse, en avril 1981, 36 conférenciers participèrent à six symposia portant sur l'application de l'anthropologie au nursing. Il me semble important de citer ici les différents thèmes afin de donner une idée de l'extension des sujets abordés : 1) les pratiques transculturelles des soins de santé, 2) l'utilisation de l'anthropologie dans la pratique du nursing clinique, 3) l'utilisation des ethnographies de clients dans le nursing, 4) l'ethno-

graphie du nursing, 5) le contenu bioculturel dans la pratique du nursing, 6) le domaine du nursing transculturel¹². Les auteurs des communications étaient pour la plupart membres du Council on Nursing and Anthropology.

La Transcultural Nursing Society présidée par M. Leininger est également très active et on la retrouve dans chacune des réunions scientifiques importantes qui rassemblent les infirmier(e)s. Ce fut le cas par exemple en juin 1981, à Los Angeles, lors du congrès de l'International Council for Nurses.

Une telle activité a fini par produire des résultats et il n'est pas étonnant qu'un grand nombre d'écoles américaines de nursing possèdent présentement au moins un professeur doté d'une formation en anthropologie. P. Brink a mené une enquête en 1979 auprès d'un échantillon de 31 facultés, départements, collèges et écoles de nursing situés dans différentes régions des États-Unis¹³. Sur les 31 institutions, 12 possèdent présentement au moins un(e) anthropologue dans leur personnel enseignant et 5 autres ont planifié l'engagement d'un(e) anthropologue dans un futur rapproché. Les 12 institutions totalisent de fait un nombre de 24 anthropologues dont 20 cumulent la double profession d'infirmier et d'anthropologue. Les quatre anthropologues non infirmiers appartiennent au personnel à temps partiel. P. Brink a montré que l'intérêt pour l'anthropologie varie selon la localisation géographique des écoles de nursing. Dans l'ouest, sept institutions sur huit possèdent un anthropologue, dans le centre-ouest, trois en ont tandis qu'une seule en déclare dans l'est et dans le sud. Il y a donc une nette concentration de l'anthropologie appliquée au nursing sur la côte orientale des États-Unis, concentration qui peut s'expliquer en partie par le fait qu'on y trouve davantage d'institutions qui offrent un programme de doctorat. Cela ne saurait tout expliquer. Plusieurs institutions de l'est considèrent qu'un anthropologue pourrait constituer une ressource intéressante mais que sa présence est un luxe qu'on ne peut présentement se payer.

Une autre étude menée en 1979 par J. Quiring et G.T. Gray, sur les programmes de cours de 53 collèges et universités américaines, permet de situer la place de l'anthropologie par rapport à celle de la sociologie et de la psychologie dans les curricula de formation des étudiants en nursing¹⁴. Cette

enquête confirme les résultats obtenus par P. Brink. Dans ces 53 institutions, les cours de psychologie, de sociologie et d'anthropologie représentent 11% des cours obligatoires de ces programmes. Sur les 53 institutions, 23 exigent au moins un cours de psychologie et plusieurs en exigent plus d'un ; 41 programmes d'enseignement ont un cours obligatoire de sociologie et 10 en ont plus d'un ; quant à l'enseignement en anthropologie médicale ou clinique, il est obligatoire dans 16 programmes. Environ 30% des programmes américains de nursing semblaient donc avoir rendu obligatoire, dès 1979, une formation en anthropologie et on peut affirmer que ce pourcentage a augmenté durant les deux dernières années.

Nous ne disposons pas de données aussi précises en ce qui concerne les institutions canadiennes de nursing. Les programmes qui ont inscrit l'anthropologie médicale au nombre de leurs cours obligatoires sont nettement inférieurs à la moyenne américaine mais ce nombre est en constante augmentation depuis trois ans. À titre d'exemple, il faut signaler le cas de l'École des sciences infirmières de l'Université Laval qui a introduit depuis deux ans un nouveau programme dans lequel les étudiants suivent, dès la première année, un cours de psychologie (santé et développement psychologique), un de sociologie (structures sociales et santé) et un d'anthropologie (culture et santé). Cette entrée massive des sciences humaines dans le curriculum sera probablement suivie par plusieurs autres institutions de nursing au Canada et il serait à souhaiter que cette entrée ne se limite pas aux sciences infirmières, mais bien qu'elle vienne enrichir de la même manière la formation des autres professionnels de la santé. De la même façon, il serait souhaitable que la vision de l'humain véhiculée par les sciences humaines ne se borne pas aux cours de sociologie, de psychologie ou d'anthropologie mais qu'elle enrichisse les autres enseignements de leurs programmes de formation.

En terminant cette revue rapide des rapports entre anthropologie et nursing dans l'enseignement, il faut signaler que les programmes de nursing préfèrent les anthropologues socio-culturels aux anthropologues physiques. Il y en a effet jusqu'ici une polarisation sur les dimensions culturelles de la santé et de la maladie et on laisse dans l'ombre les interrelations entre les aspects biologiques et socio-culturels

qui sont aussi extrêmement importants pour l'anthropologie. Cette dernière constatation nous amène à la seconde partie de cet article, dédiée à la contribution de l'anthropologie médicale dans le développement d'un nursing qui en vienne enfin à réaliser son projet fondamental de globalité dans l'approche de la personne et de ses problèmes.

Quelques exemples concrets d'introduction de la perspective anthropologique en nursing

Lors de la conférence d'Edinburgh, tenue en avril 1981, une communication en deux parties a été présentée : la première par une anthropologue médicale et la seconde par une infirmière¹⁵. Leur document, intitulé "Marching to a Different Drum", démontrait à quel point une anthropologue et une infirmière, qui étaient pourtant toutes les deux engagées dans les soins de santé auprès de la même population aborigène d'Australie, pouvaient voir les problèmes de santé de cette population dans des perspectives totalement différentes. Dans le programme d'éducation à la santé, l'anthropologue insistait sur les soins indigènes donnés aux femmes enceintes, sur les pratiques d'éducation des enfants, sur les rôles masculins et féminins dans l'alimentation, sur l'utilisation des guérisseurs locaux dans la distribution des soins, etc. L'infirmière était consciente de l'existence de tout ce contexte culturel associé aux problèmes de maladie, mais elle n'avait pas en main les instruments lui permettant de découvrir ces différentes réalités. Grâce à la complémentarité des approches, un programme d'éducation à la santé véritablement enraciné dans les valeurs culturelles locales a pu être mis en place.

Certains lecteurs pourraient s'interroger sur la pertinence de l'exemple précédent dans notre contexte nord-américain. Afin de l'établir, il est nécessaire de rappeler, en quelques mots, l'événement qui est à l'origine de la décision de P. Brink, la fondatrice du "Council on Nursing and Anthropology" évoquée précédemment, de devenir anthropologue. Cela se passa lors de la consultation annuelle de l'anthropologue Margaret Mead au département de psychiatrie où étudiait P. Brink. Un des professeurs présenta le cas d'une jeune adolescente, en mettant en évidence ses tendances pseudo-

schizophréniques. Lors de l'analyse du cas, Margaret Mead se limita à signaler combien cette adolescente était semblable à toutes les autres filles de son âge qui vivaient à New York et sa description de la culture américaine des adolescents correspondait presque point par point avec ce que le psychiatre venait de qualifier de pseudo-schizophrénie. Ce qui était apparemment un comportement singulier aberrant prenait tout à coup une autre signification parce qu'on l'envisageait sur l'horizon de la culture des jeunes. On voit donc qu'il est pertinent d'établir des comparaisons transculturelles, même dans un contexte nord-américain.

Grosso modo, il me semble que l'apport de l'anthropologie médicale dans la reconceptualisation des phénomènes associés à la santé et à la maladie, peut se polariser autour de trois domaines principaux dans lesquels sa contribution est particulièrement patente. La perspective de l'écologie médicale permet en premier lieu de situer le trouble caractéristique d'une population dans le contexte des rapports que celle-ci entretient avec son environnement. La notion centrale de l'écologie médicale en est une d'adaptation et il n'y a pas de doute que ce concept rejoint le nursing au cœur même de ce qu'il est. Ce dernier peut véritablement reconceptualiser la santé et la maladie lorsqu'il les envisage dans un cadre écologique. L'auteur qui, de ce point de vue, semble interpeller les étudiants en nursing avec la plus grande force est René Dubos¹⁶.

Le second domaine est celui de l'épidémiologie socio-culturelle. Cette épidémiologie est plus complexe que l'épidémiologie classique qui cherche à traduire toutes les habitudes culturelles en variables discrètes et à mesurer leur importance respective dans la production des différentes maladies. L'anthropologie médicale préfère considérer les habitudes de vie (alimentation, alcool, absence d'exercice, etc.) du point de vue plus global du style de vie et analyse son lien avec certaines maladies. Dans ce domaine, les étudiants en nursing sont particulièrement intéressés par la littérature qui porte sur les "life events" et sur les stress.

Le troisième domaine concerne la définition culturelle de la maladie. Il n'y a pas que les groupes ethniques lointains qui possèdent un ensemble complexe d'idées à propos de

la maladie, de ses causes et de son traitement. Ici même au Québec, les classes laborieuses de femmes travaillant dans les industries de la chaussure de Montréal, les pêcheurs de la Côte Nord et de la Gaspésie, les paysans de la Beauce ne parlent probablement pas dans les mêmes termes de leur expérience de la maladie. Leurs langages diffèrent sans doute de celui des classes sociales plus instruites et il peut y avoir un large fossé entre le discours de tous ces profanes et celui que tiennent les spécialistes de la santé. En général, les étudiants en sciences infirmières aiment l'effort que fait l'anthropologue médical pour entrer dans la peau de ceux qu'il essaie de comprendre dans le but de restituer leur propre regard sur ce qu'est la santé et la maladie pour eux.

Munis de cette formation qui leur fait appréhender les problèmes de santé/maladie dans un contexte écologique, épidémiologique et culturel, les étudiants ont donc davantage la possibilité d'envisager un travail en profondeur tant dans le secteur des activités cliniques que dans celui de la prévention et de l'éducation à la santé auprès de différents groupes de personnes.

En guise de conclusion, il est utile d'évoquer quelque peu la confusion qui existe entre la psychologie, l'anthropologie et la sociologie, pour plusieurs personnes moins familières avec ces sciences. De nombreux spécialistes des sciences de la santé pensent par exemple, à tort, que l'enseignement de ces trois disciplines est pratiquement identique et qu'elles sont, somme toute, quasi interchangeables. Elles sont sans doute fort voisines si on les compare globalement à la biologie par exemple, mais leur caractère distinctif apparaît aussitôt qu'on les compare entre elles. De la même manière, pour une personne formée en sciences humaines, l'anatomie, la physiologie et la pathologie peuvent apparaître interchangeables tellement elles sont connexes ; mais physiologistes, pathologistes et spécialistes de l'anatomie accepteraient fort mal de voir reniée l'utilité spécifique de leur discipline et de les voir assimiler l'une à l'autre même si elles sont proches.

Sciences biologiques et sciences humaines sont donc de plus en plus appelées à se compléter afin d'améliorer la compréhension des problèmes et les interventions des infirmier(e)s. Une véritable introduction des sciences humaines dans leur curriculum de formation implique la partici-

pation de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Ceci permettra justement de développer un nursing qui tienne compte, non plus seulement en théorie, mais bien dans sa pratique, des dimensions bio-psycho-socio-culturelles de cet être humain en interaction avec son environnement.

Enfin, tel que nous l'avons vu au cours de cet article et, tel que des auteurs comme Reiker et ses collègues¹⁷ l'ont récemment suggéré, le regard anthropologique semble une composante essentielle de la formation de tout professionnel de la santé et, en particulier, de tout(e) infirmier(e).

summary

For nurses as well as for medical anthropologists, the human person is apprehended within a multidimensional framework which includes biological, psychological and socio-cultural elements. The author demonstrates in the first part of the paper how this communal approach has led since 1975 a high proportion of U.S. Faculties of Nursing to the introduction of obligatory anthropology courses in their curriculum. In the second part, the specific contribution of medical anthropology to nursing is assessed in three important domains : medical ecology, socio-cultural epidemiology and cultural definition of health/illness.

bibliographie

1. Orem D. : Nursing : Concepts of Practice. New York, McGraw Hill Book Co., 1971.
2. Roy C. : Introduction to Nursing : An Adaptation Model. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc, 1976.
3. Orlando I. : The Dynamic Nurse-Patient Relationship. New York, C.P. Pulman's Sons, 1961.
4. Widenbach E. : Clinical Nursing : A Helping Art. New York, Springer Publishing Co. Inc., 1964.
5. Osborne O. : Anthropology and Nursing : Some Common Traditions and Interests. Nursing Res. 1969 ; 18 : 251-255.
6. Leininger M. : Nursing and Anthropology : Two Worlds to Blend. New York, John Wiley and Sons, 1971.
7. Brink P.J. : Transcultural Nursing : A Book of Readings. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, Inc., 1976.
8. Leininger M. : Transcultural Nursing : Concepts, Theories, and Practices. New York, John Wiley and Sons, 1978.

► page 630

Xanax[®] comprimés (alprazolam)

Renseignements thérapeutiques

Mode d'action: Xanax (alprazolam) est une benzodiazépine dotée de propriétés anxiolytiques. Chez l'homme, les doses orales sont bien absorbées, et les concentrations de pointe sont atteintes 1 à 2 heures plus tard. La demi-vie d'une seule dose se situe entre 6 et 20 heures. Après des doses multiples, i.e., l'équilibre dynamique est atteint en 7 jours ou moins. L'urine est la principale voie d'excrétion du produit et de ses métabolites. Alprazolam se dégrade principalement par oxydation, entraînant la formation des métabolites primaires: alpha-hydroxyalprazolam et un dérivé benzophénonique. Le métabolite alpha-hydroxy est ensuite transformé en déméthylalprazolam. Les métabolites alpha-hydroxy et déméthylalprazolam sont actifs, et leur demi-vie semble être similaire à celle du produit, mais ils ne se retrouvent qu'en faibles quantités dans le plasma. Le taux de liaison aux protéines est de 80 p. cent.

Lors des études en laboratoire de sommeil effectuées chez l'homme, alprazolam a réduit la latence de sommeil, prolongé la durée et diminué le nombre de réveils nocturnes. Il a légèrement écourté les stades 3 et 4 et le sommeil MOR. L'augmentation de la latence du sommeil MOR est proportionnelle à la dose.

Trois doses de 0,5 mg d'alprazolam par jour, pendant 14 jours, n'ont pas affecté le temps de prothrombine ni les taux plasmatiques de warfarine chez des volontaires mâles ayant reçu de la warfarine sodique per os.

Indication: Xanax (alprazolam) est indiqué, comme traitement de courte durée, pour soulager les symptômes d'une anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse.

Contre-indications: Xanax (alprazolam) est contre-indiqué chez les personnes hypersensibles à ce composé ou aux autres benzodiazépines. Il l'est aussi chez la femme enceinte, le nourrisson, le myasthénique et ceux atteints de glaucome à angle étroit.

Mise en garde: Il est déconseillé d'utiliser Xanax (alprazolam) lors d'un diagnostic primaire de psychose ou de dépression.

Conduite d'un véhicule et occupations hasardeuses: Avertir les patients qu'avec Xanax, comme d'ailleurs avec tout médicament agissant sur le SNC, il ne faut pas s'engager dans des activités exigeant une parfaite acuité mentale et de la coordination physique, comme la conduite d'un véhicule ou l'utilisation de machines, particulièrement au cours de la période d'ajustement posologique, et jusqu'à ce qu'il ait été déterminé que le médicament ne cause pas, chez eux, somnolence ou vertiges. Ne jamais prendre d'alcool avec les benzodiazépines, surtout s'il faut conduire un véhicule, car on ne peut prévoir l'effet déprimant de cette combinaison sur le SNC.

Grossesse: L'innocuité du Xanax n'ayant pas été établie chez la femme enceinte, ce produit ne peut donc pas être utilisé durant la grossesse. Des études ont suggéré que l'emploi des benzodiazépines chloridiazépoxide, diazépam, ou du méprobamate, pendant les trois premiers mois de la grossesse augmente le risque de malformations congénitales. Alprazolam étant aussi un dérivé de la benzodiazépine, son emploi est rarement justifié chez la femme susceptible de concevoir, mais s'il faut y recourir, il importe d'avertir la patiente de consulter son médecin, si elle désire devenir enceinte ou croit l'être en vue de terminer le traitement.

Allaitement: Chez le rat, Xanax et ses métabolites sont retrouvés dans le lait. Il faut donc s'abstenir d'allaiter durant un traitement au Xanax.

Enfants et adolescents: L'innocuité et l'efficacité de ce produit n'ont pas été établies chez ceux de moins de 18 ans.

Précautions: Personnes âgées: Même après de faibles doses, les personnes âgées, débilisées ou atteintes de psychose organique restent susceptibles aux effets déprimants des benzodiazépines sur le SNC, effets qui se manifestent par de l'ataxie, une sédation excessive et de l'hypotension. La prudence est donc de rigueur, particulièrement si une baisse de la tension artérielle risque de causer des complications cardiaques. Pour éviter une hypersédation, une atteinte neurologique et d'autres réactions adverses, les doses initiales seront faibles et les augmentations faites par paliers et adaptées à la tolérance individuelle.

Dépendance: Ne pas administrer Xanax (alprazolam) aux personnes ayant des antécédents d'usage abusif de médicaments. La prudence est de rigueur pour les patients à potentiel de dépendance psychologique. Une brusque interruption du traitement aux benzodiazépines entraîne des symptômes de sevrage comme: irritabilité, nervosité, insomnie, agitation, tremblement, convulsions, diarrhée, crampes abdominales, vomissements et altérations mentales. Ces symptômes pouvant ressembler à ceux pour lesquels le patient est traité, il peut sembler y avoir une rechute. Si on soupçonne une dépendance, ou si le médicament a été administré à fortes doses et pendant une période prolongée, discontinuer le traitement de façon progressive.

Troubles mentaux et émotionnels: Tenir compte du risque de suicide chez les personnes souffrant de troubles émotionnels, surtout si elles sont déprimées, et prévoir les mesures d'urgence appropriées.

Ne pas traiter au Xanax si on soupçonne des tendances psychotiques, étant donné que l'emploi de sédatifs anxiolytiques peut causer, chez les psychotiques, une excitation et d'autres réactions paradoxales. Les benzodiazépines, et donc Xanax, ne doivent pas être employées pour traiter l'anxiété résultant du stress normal des activités journalières, sauf s'il y a des signes invalidants d'une anxiété pathologique.

Ces médicaments ne sont pas efficaces pour les troubles de la personnalité et les troubles obsessionnels compulsifs. Xanax n'est pas indiqué dans les dépressions et les psychoses.

Insuffisance rénale ou hépatique: En présence d'une insuffisance rénale ou hépatique, commencer le traitement avec des doses très faibles, et augmenter la posologie en tenant compte de la capacité

résiduelle de l'organe impliqué. Une étroite surveillance et des contrôles périodiques de laboratoire sont nécessaires.

Analyses de laboratoire: Des hémogrammes et contrôles périodiques de la fonction hépatique sont recommandés lors de traitements répétés.

Epilepsie: Les benzodiazépines pouvant aggraver les crises comitiales, il convient de faire preuve de prudence chez les épileptiques et de devoir ajuster la posologie des anticonvulsifs; éviter aussi une terminaison brusque du traitement au Xanax.

Interactions médicamenteuses: Les benzodiazépines risquent de potentialiser ou d'intervenir dans les effets d'autres médicaments agissant sur le SNC comme: alcool, narcotiques, barbituriques, hypnotiques non barbituriques, antihistaminiques, phénothiazine, butyrophénones, inhibiteurs de la monoamine oxydase, antidépresseurs tricycliques et anticonvulsifs.

Avant d'associer Xanax à un autre médicament agissant sur le SNC il importe donc d'étudier soigneusement l'action pharmacologique de ce dernier, pour éviter le risque d'effets additifs ou de potentialisation. Prévenir les malades à ce sujet et leur déconseiller l'usage de l'alcool durant le traitement au Xanax.

Réactions défavorables: Les réactions les plus fréquentes sont la somnolence, les troubles de la coordination et les vertiges. La décharge d'hostilité et d'autres effets paradoxaux comme l'irritabilité, l'excitabilité et les hallucinations peuvent survenir avec les benzodiazépines.

Réactions défavorables moins souvent rapportées, et données ci-bas, par catégorie:

Neurologiques: Vision brouillée, céphalée, crises comitiales, troubles de l'élocution, difficulté de vision du relief.

Psychiatriques: Agitation, confusion mentale, dépression, irritabilité, nervosité, troubles du sommeil, euphorie, léthargie, stupeur.

Gastro-intestinales: Sécheresse buccale, nausées, désordres gastro-intestinaux non spécifiques, vomissements.

Musculo-squelettiques: Spasmes musculaires, faiblesse musculaire.

Cardio-vasculaires: Hypotension, palpitations, tachycardie.

Dermatologiques: Prurit, rash.

Génito-urinaires: Incontinence, changement de la libido.

Hématologiques: Baisse du taux d'hémoglobine et de l'hématocrite, leucocytose augmentée ou abaissée.

Hépatiques: Élévation de la phosphatase alcaline, bilirubine, SGOT, SGPT.

Divers: Glycémie augmentée ou abaissée.

Symptômes et traitement du surdosage: Symptômes: Comme pour n'importe quel autre surdosage, il faut tenir compte du fait que plusieurs agents peuvent être impliqués. Un surdosage de Xanax (alprazolam) accroît son activité pharmacologique, soit les effets dépressifs sur le SNC qui se manifestent, à différentes intensités, par de la somnolence et une hypnose. Autres manifestations: Faiblesse musculaire, ataxie, dysarthrie et, particulièrement chez l'enfant, excitation paradoxale. Cas plus sévères: Diminution des réflexes, confusion et coma.

Si d'autres médicaments, l'alcool ou d'autres facteurs ne sont pas impliqués, le surdosage aux benzodiazépines est rarement fatal.

Traitement: Si la personne est pleinement consciente, la faire vomir. Surveiller les signes vitaux et appliquer les mesures générales de soutien. Effectuer un lavage gastrique dès que possible. Administration éventuelle de liquides intraveineux et maintien des voies aériennes.

Les expériences animales indiquent que des doses intraveineuses massives d'alprazolam peuvent causer un collapsus cardiopulmonaire. Ceci a pu être inversé par le respirateur à pression positive et une perfusion intraveineuse de lévarténol.

Ces expériences ont également révélé que l'hémodialyse et la diurèse forcée sont probablement de peu d'utilité.

Posologie et mode d'administration: La posologie de Xanax (alprazolam) doit être soigneusement individualisée, pour éviter le risque d'hypersédation ou d'altération des fonctions mentales et motrices. Pour soulager les symptômes d'une anxiété excessive le traitement au Xanax, comme pour tout sédatif anxiolytique, doit généralement être de courte durée. La thérapie ne dépassera pas une semaine mais, s'il faut la prolonger, le cas doit être réévalué après cette période et la posologie ajustée selon la nécessité. L'ordonnance initiale ne doit pas dépasser les besoins posologiques pour sept jours et ne peut pas être automatiquement renouvelable. Toute prescription ultérieure ne couvrira que de brefs traitements.

Posologie adulte: La posologie initiale est de 0,25 mg, deux ou trois fois par jour. Si nécessaire, augmenter par paliers de 0,25 mg, selon la sévérité des symptômes et la réaction du patient au traitement. On recommande d'augmenter la dose du coucher plutôt que celle du matin. Les symptômes d'une anxiété très sévère peuvent nécessiter de plus fortes doses de départ. La posologie optimale est celle qui permet de soulager les symptômes anxieux excessifs, sans altérer les fonctions mentales et motrices. Dans les cas exceptionnels, elle peut être portée au maximum de 3 mg par jour, en prises fractionnées.

Personnes âgées ou affaiblies: La posologie initiale est de 0,125 mg, deux ou trois fois par jour. Elle peut graduellement être augmentée, au besoin, selon la tolérance et la réaction au traitement.

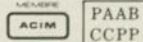
Présentation: Xanax (alprazolam) est présenté sous forme de comprimé ovoïde sécable: 0,25 mg (blanc) et 0,5 mg (pêche), en flacons de 100 et de 1000.

Monographie envoyée sur demande. CF 1756-28



UN PRODUIT DE LA RECHERCHE MARQUE DÉPOSÉE: XANAX 824 CF 1757.2

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA 865 YORK MILLS ROAD DON MILLS, ONTARIO



suite de la bibliographie de la page 629

9. Bauwens E.E. :

The Anthropology of Health. St. Louis, Missouri, The C.V. Mosby Company, 1978.

10. Spicer E.H. :

Ethnic Medicine in the Southwest, Tucson, The University of Arizona Press, 1979.

11. Byerly E.L. et Brink P.J. :

Cultural Variation in Nursing Practice, in Tood, H.F., P. Ruffini, J.L., Teaching Medical Anthropology, Washington, Society for Medical Anthropology, Special Publication No. 1, 1979.

12. Voir le compte-rendu qui vient d'en être fait par Brink, P.J. :

dans Med. Anthropol. Newsletter, 1981 ; 12 : (4) 16.

13. Brink P.J. :

Medical Anthropologists in Schools of Nursing, Med. Anthropol., 1979 ; 3 : 297-307.

14. Quiring, J. et Gray, G.T.

15. Bradle M. et Tiffey S. :

Health Care Education : Training Aboriginal Workers, in Session 316 : The Domain of Transcultural Nursing. Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology. Edinburgh, April 1981.

16. Tous les ouvrages de René Dubos sont populaires mais les étudiants préfèrent Man Adapting. New Haven, Yale University Press, 1965.

17. Reiker P.P. et Begun J.W. :

Translating Social Science Concepts Into Medical Education : A model and a Curriculum. Soc. Sc. Med. 1980 ; 14A : 607-612.

suite de la force de l'union de la page 660

tuyaux reliant les égouts et les conduits des lieux d'aisance aux cheminées. L'adoption d'une loi, exigeant la pose de tels conduits, serait une excellente mesure sanitaire. Il n'y a aucun doute que l'air méphitique des égouts est une des principales causes de la mortalité dans les grandes villes.

(Scientific American).

Union Méd. Canada, 1873 ; 2 : 218.

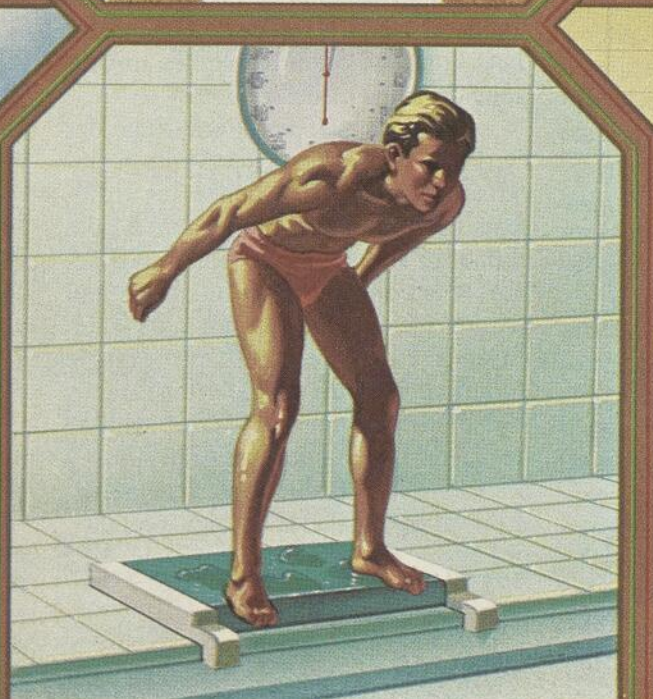
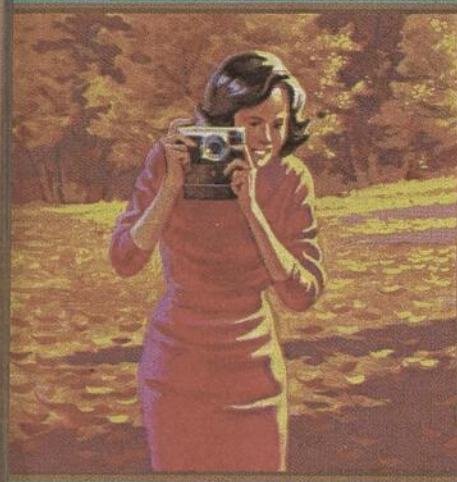
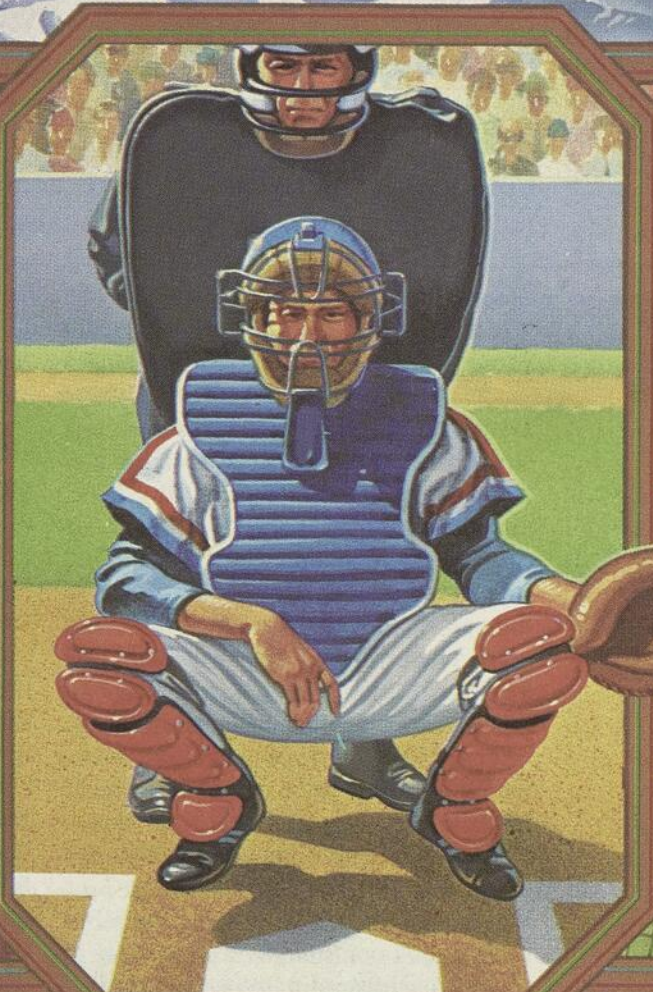
L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Pour respirer librement en tout temps

SUDAFED*

(Chlorhydrate de pseudoéphédrine)

**décongestion
sans somnolence**



DIVISION MÉDICALE WELLCOME
BURROUGHS WELLCOME INC.
LASALLE, QUÉ.

PAAB / *Nom déposé
CCPP / W-1016

Le nursing et la santé: *un point de vue*

Louise Pelletier⁽¹⁾

Résumé

La santé et la maladie sont considérées comme des entités mutuellement exclusives par bon nombre de professionnels de la santé. Le nursing envisage toutefois la réalité autrement. Pourquoi les individus ne pourraient-ils pas continuer à améliorer leur santé même s'ils ont une maladie?

La santé est une entité multidimensionnelle et les problèmes qui l'affectent sont des phénomènes complexes ayant des répercussions sur plus d'un aspect de la vie des individus et des populations. Il y a dix ans, ces considérations étaient au centre des préoccupations de ceux qui, à l'Université Laval, ont voulu préparer des professionnels de la santé qui soient aptes à jouer des rôles complémentaires au sein d'une équipe, croyant qu'un programme de formation initiale en sciences de la santé contribuerait à une perception plus juste des interrelations entre les diverses facettes de la santé. Dans les milieux cliniques, l'existence des équipes multidisciplinaires est plutôt chancelante mais, malgré ce sombre bilan, nous continuons à croire que le travail pluridisciplinaire est une nécessité qu'il faut s'efforcer de concrétiser dans la réalité quotidienne des institutions de soins et de services.

Il nous apparaît que l'une des façons de consolider l'intervention pluridisciplinaire est d'inciter les différents professionnels de la santé à faire connaître aux autres leur champs d'action et la conception qu'ils ont de leur propre rôle. Voilà pourquoi nous tenterons d'exposer dans cet article comment une infirmière voit la santé et la maladie et ce qu'elle se croit justifiée de faire pour aider les individus à conserver ou à améliorer leur santé, qu'ils soient malades ou bien-portants.

1. La santé et la maladie: une affaire de perspective

La santé et la maladie sont-elles des états objectifs définis qu'il est possible de circonscrire, d'observer, de diagnostiquer et sur lesquels on peut agir en toute connaissance de cause? Santé et maladie sont-elles des concepts mutuellement exclusifs? La santé est-elle observable et mesurable? Peut-on considérer la santé comme un potentiel à développer ou n'est-elle qu'une illusion qui se dissipe avec l'âge? Quand nous préconisons que les individus et les populations prennent leur propre santé en charge, savons-nous exactement ce que nous voulons qu'ils prennent en charge ou n'est-ce qu'un mot de passe qui nous permet d'entrer dans le camp des "avant-gardistes"? N'est-ce encore qu'une expression qu'on utilise pour relancer la balle dans le camp des bénéficiaires, lorsque nous sommes confrontés aux échecs de nos interventions? Nous sommes-nous jamais demandé ce que signifiaient santé et maladie pour les bénéficiaires de nos services professionnels?

Même s'ils ne sont pas faciles à définir et surtout à opérationnaliser, les concepts de santé et de maladie méritent qu'on y réfléchisse au moins quelque temps. Cette réflexion, si elle n'est pas considérée comme un simple exercice académique sans ancrage, peut nous conduire à réaliser que les décisions que nous prenons et que les gestes professionnels que nous posons découlent en quelque sorte de notre ma-

1) B. Sc. S. (Sc. inf.), M.N., professeur adjoint, Ecole des sciences infirmières, Université Laval, Ste-Foy, G1K 7P4

Article reçu le : 8.12.81
Avis du comité de lecture le : 2.3.82
Acceptation définitive le : 17.3.82

nière de concevoir la santé et la maladie. Ces conceptions ont elles-mêmes été façonnées par les connaissances que nous avons acquises au cours de notre formation et de notre expérience professionnelle, mais elles demeurent à la merci des idéologies nouvelles qui sont véhiculées de toute part.

La formation académique de bon nombre de professionnels de la santé les conduit à considérer la santé et la maladie comme des entités exclusives et ainsi à différencier les malades des bien-portants. En se référant particulièrement à la formation des médecins, Mechanic¹ considère que les conceptions populaires de la santé et de la maladie diffèrent fondamentalement des conceptions médicales. Selon Mechanic, les médecins sont formés à reconnaître et à diagnostiquer des maladies de la façon la plus précise possible, mais ils n'ont pas de mesure adéquate du fonctionnement global, de la vitalité et du bien-être. Les patients, au contraire, tendent à considérer la santé et la maladie de façon beaucoup plus globale et expérientielle. Les symptômes qu'ils expérimentent prennent de l'importance lorsqu'ils dérangent leur habileté à fonctionner et qu'ils interfèrent de façon significative avec leurs activités quotidiennes ; ils ont tendance à considérer leur santé en terme d'un sens global de bien-être.

Dans une étude exploratoire sur la santé et la maladie dans deux populations de Québec², nous avons eu l'occasion de vérifier que les personnes se référaient d'abord à leur capacité fonctionnelle et à leur état mental pour justifier l'auto-appréciation de leur état de santé. Dans cette étude, les indicateurs physiologiques venaient en troisième position, derrière les indicateurs sociaux et psychologiques utilisés par les répondants pour définir ce qu'ils entendaient par santé et maladie. Même si la recherche dans le domaine des conceptions populaires n'en est qu'à ses débuts et qu'il y a là un vaste champ d'intérêt à explorer, nous pouvons d'ores et déjà penser que les individus qui ont recours aux services des professionnels auraient eux aussi une façon d'appréhender et de concevoir leur propre situation en matière de santé et de maladie.

C'est précisément à la signification particulière que prennent la santé et la maladie, dans la situation de vie des individus, que s'intéresse depuis longtemps le nursing. Nous ne cherchons pas, comme infirmier(e)s, à dif-

férencier les malades des bien-portants. Notre formation professionnelle ne nous rend pas apte à diagnostiquer la maladie et à la traiter ; ces responsabilités appartiennent à la profession médicale. De notre perspective, un individu peut avoir un problème de santé, sans pour autant être malade ; à l'inverse, celui qui est malade a aussi un potentiel de santé, un actif qu'il peut continuer à développer. Ce sont les conséquences et les répercussions d'un problème, de même que les réactions de la personne à une situation qui, de notre point de vue, déterminent si la personne a besoin d'aide afin de conserver ou d'améliorer sa santé.

La santé et la maladie peuvent coexister chez une même personne, et il est possible à notre avis de conserver et d'améliorer le potentiel de sa santé, même en présence d'une pathologie. Qu'il nous soit ici permis de référer à une définition de la santé couramment utilisée en nursing "la santé n'est pas une qualité statique, c'est une façon de vivre, une manière d'être, c'est une façon de croître et de devenir"³. Il n'est pas suffisant à l'être humain de survivre, il lui fait également apprendre à vivre d'une façon qui lui permette l'expression optimale de ses capacités. Une telle expression est possible lorsque la personne peut choisir parmi les moyens d'améliorer sa qualité de vie et lorsqu'elle peut les réaliser⁴. La santé est dynamique puisqu'elle est un processus d'adaptation, de "coping" et de développement^{5,6}. Apprendre à vivre avec un problème de santé, à s'adapter à un nouveau rôle de parent, à vieillir ou à mourir dignement sont autant de situations qui constituent des occasions de développement personnel pour les êtres humains qui y font face.

2. Avoir une maladie et être malade : quelques différences

Selon Eisenberg⁷, une maladie, dans le paradigme scientifique de la médecine moderne, est une anomalie de structure ou de fonction des organes et des systèmes corporels.

Par ailleurs, être malade est une expérience qui implique non seulement des modifications biologiques, mais qui a aussi des répercussions psychologiques et sociales. En plus d'avoir à faire face à l'inconfort, à la douleur, à la souffrance et à certains dérèglements de ses rythmes biologiques tels que l'appétit, la digestion, le sommeil, ce-

lui qui est malade assiste aussi souvent à une transformation d'une ou de plusieurs parties de son corps. Ces transformations peuvent être des conséquences de la maladie elle-même ou de son traitement. Les modifications biologiques peuvent comprendre la perte de contrôle de certaines fonctions, telles que la préhension, la marche, l'audition, le langage et autres, en plus de modifier l'apparence extérieure de la personne en y laissant des cicatrices et des difformités.

Les transformations de l'être biologique ont également des implications sur les dimensions psychologiques de la personne et sur les relations qu'elle entretient avec son environnement physique et social. Plusieurs malades verront s'amoinrir leurs capacités à prendre soin d'eux-mêmes et à répondre à leurs besoins les plus élémentaires de se laver, de se nourrir, de se vêtir, de se mouvoir, etc. Pour certains, la diminution ou la perte d'autonomie ne sera que passagère et épisodique, alors que, pour d'autres, ceux qui souffrent de problèmes de santé à long terme, c'est un mode de vie différent qu'il leur faut envisager. Redéfinir les limites de son indépendance, ainsi que réajuster ses buts et ses attentes à la lumière des changements entraînés par la maladie, sont, parmi d'autres, des tâches majeures d'adaptation qui font partie de l'expérience de la personne aux prises avec un problème de santé.⁸ Il est important pour l'individu malade de maintenir un équilibre personnel et social satisfaisant, entre le fait d'accepter l'aide des autres et de prendre une part active dans la détermination de la direction de sa vie et de ses activités.

Etre malade signifie également surseoir, pour une période variable, à l'exercice de certains rôles, tels que celui d'écopier, d'étudiant, de travailleur, de parent, de support financier de la famille, etc. Il en découle que l'expérience vécue par la personne malade a aussi des répercussions sur les membres de sa famille et de son entourage immédiat.

Les tests diagnostiques, les procédures de traitement et divers aspects de l'environnement hospitalier génèrent aussi des stress supplémentaires. L'hôpital doté de tous ses appareils spéciaux est pour plusieurs un environnement physique peu familier et inquiétant. Séparés de leur famille et des êtres qui leur sont chers, au moment même où ils cherchent support et réconfort, exposés à des routines et à des

procédures auxquelles ils ne sont pas habitués, l'hospitalisation en elle-même est une expérience stressante, particulièrement chez l'enfant.

3. L'intervention de l'infirmière

Comme nous l'évoquions au cours des sections précédentes, le nursing s'intéresse principalement à la signification que prennent la santé et la maladie dans la situation de vie des individus. Il considère la perception qu'a la personne de la santé et de la maladie pour être en mesure de comprendre ce qu'elle vit et de déterminer les moyens qui sont susceptibles de l'aider lorsqu'elle en a besoin. Pour délimiter le champ de ses interventions et pour déterminer l'aide ou le support dont l'individu peut avoir besoin, l'infirmière considère l'état général de santé de l'individu, son niveau de développement, sa capacité fonctionnelle, de même que les composantes de l'environnement physique et social dans lequel il se trouve. L'évaluation de ces divers éléments permet à l'infirmière d'identifier les forces et les faiblesses de l'individu en vue d'utiliser les premières pour combler les secondes. Les interventions de l'infirmière visent à mobiliser les ressources de l'individu pour contrer les effets débilissants de la maladie, afin qu'il puisse continuer à développer son potentiel et à se réaliser. L'infirmier(e) cherche donc à aider l'individu à conserver l'intégrité de son être et à se retrouver dans les transformations qui accompagnent la maladie et son traitement, afin qu'il ne soit pas réduit à en subir les conséquences, mais qu'il puisse plutôt les mieux comprendre et les maîtriser. Pour arriver à ces buts, l'infirmier(e) aide l'individu à exprimer ce qu'il ressent et supporte les efforts qu'il fait pour surmonter les difficultés qu'il rencontre lorsqu'il doit apprendre à vivre avec son problème et l'intégrer à son mode de vie quotidien. Les apprentissages que l'individu est ainsi appelé à faire nécessitent souvent des réajustements dans l'exercice des rôles qu'il performait avant l'apparition de son problème de santé.

L'action de l'infirmier(e) déborde l'individu pour s'intéresser également aux membres de la famille et de l'entourage immédiat qui, à leur tour, deviendront des ressources que l'individu pourra utiliser et sur lesquelles il pourra compter. L'infirmier(e) contribue ainsi à dynamiser les relations

d'entraide que l'individu peut trouver dans son milieu naturel.

Même si l'infirmier(e) doit à certains moments faire des choses que l'individu ne peut accomplir de lui-même, il (elle) continue à l'encourager à demeurer le plus autonome possible dans ses soins. Il (elle) voit, par exemple, à ce que l'individu (ou sa famille selon les circonstances) soit impliqué dans la prise des décisions qui le concernent. Pour ce faire, il doit être honnêtement informé de son problème de santé et des conséquences des traitements qu'on lui propose. Il sera ainsi en mesure de faire un choix parmi les formes de traitement disponibles et de mieux adhérer à celui qu'il aura choisi, ou de refuser un traitement s'il juge que les conséquences sont plus néfastes que bénéfiques à sa santé et à la qualité de sa vie.

On comprendra alors que l'infirmier(e) doive, dans certaines circonstances, agir comme intermédiaire entre l'individu, sa famille et les autres professionnels de la santé. L'infirmier(e) fait appel aux services d'autres professionnels lorsqu'il (elle) identifie un problème qui dépasse les limites de sa compétence, et il (elle) intervient aussi auprès de ceux-ci pour réclamer que soient respectés les droits de l'individu et des membres de sa famille lorsqu'ils n'ont pas la force nécessaire pour le faire eux-mêmes.

Conclusion

A partir de points de vue différents sur la santé et la maladie, nous avons essayé d'expliquer à quoi s'intéresse le nursing et à quelle enseigne il se situe. Nous avons centré l'attention sur la situation d'individus malades pour illustrer qu'il est possible de continuer à développer la santé, même en présence d'une pathologie. Il ne faudrait pas en conclure que les interventions professionnelles en nursing ne visent que les personnes malades. Elles ont aussi pour objet, le cas échéant, le développement de la santé des individus et des groupes qui sont bien-portants.

Dans cet article, nous avons voulu mettre en évidence les aspects du rôle de l'infirmier(e) qui nous paraissent moins familiers aux autres professionnels de la santé. Nous serions fortement enclins à penser que, même si à l'heure actuelle tous les intervenants s'inscrivent sous la bannière de la santé, les perceptions de ce qu'il (elle) est sont à ce point opposées qu'il pourrait être opportun de distinguer les pro-

fessionnels de la santé des professionnels de la maladie, de façon à ce que le travail des uns n'interfère pas avec celui des autres. Serait-ce le prix à payer afin que le travail en équipe multidisciplinaire devienne une réalité?

summary

Health and disease are considered as mutually exclusive entities by many health professionals. Nursing however has a different perspective on this issue. Is it not that individuals, in spite of a disease, can maintain and even increase their health?

bibliographie

1. **Mechanic D. :**
Future Issues in Health Care : Social Policy and the Rationing of Medical Services. New York, The Free Press, 1979.
2. **Bibeau G. et Pelletier L. :**
Le discours sur la santé et la maladie dans deux populations de Québec. Université Laval, 1980 (à paraître dans les Actes du Colloque sur la médecine populaire et la religion traditionnelle. Collection Mercure du Centre canadien d'études sur la culture traditionnelle).
3. **Allen M. :**
The Health Dimension in Nursing Practice : Notes on Nursing in Primary Health Care. J. Adv. Nursing, 1981 ; 6 : 153-154.
4. **Litwack L., Litwack J. et Ballou M.B. :**
Health Counseling. New York Appleton-Century Crofts, 1980.
5. **Warner M. :**
Health and Nursing : Evolving one Concept by Involving the Other. Nursing Papers/Perspectives en Nursing, 1981 ; 13 : (1) 10-17.
6. **Watson J. :**
Nursing - The Philosophy and Science of Caring. Boston, Little, Brown and Company, 1979.
7. **Eisenberg L. :**
Disease and Illness - Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness, in Culture, Medicine and Psychiatry edited by KLEINMAN, A.M. The Neverlands : D. Reidel Publishing Company, Dordrecht (Holland), 1977.
8. **Moss R.H. éd. :**
Coping with Physical Illness. New York, Plenum Medical Book Company, 1977.

Les priorités en recherche infirmière au Québec dans les années 80 *

Marie-France Thibaudeau⁽¹⁾,
Suzanne Kérrouac⁽²⁾ et Fabienne Fortin⁽³⁾

Résumé

Les auteurs présentent certaines dimensions du rapport d'un colloque sur la recherche infirmière tenu à Montréal en 1980. Des professeurs-chercheurs en sciences infirmières des universités québécoises ont identifié, à partir de critères prédéterminés, des classes de priorité de recherche qui se rapportent aux thèmes suivants : l'élaboration et l'évaluation de modes de soin qui influencent la qualité de la vie de groupes-cibles, certains aspects de l'organisation des soins, la nécessité de créer des unités de soins qui serviraient à l'étude systématique de soins infirmiers et l'urgence de former des chercheurs en sciences infirmières. Les participants ont aussi identifié des plans d'étude appropriés aux domaines de soins suggérés.

Au printemps de 1980, des chercheurs en sciences infirmières de cinq universités québécoises (Laval, McGill, Montréal, Québec à Trois-Rivières, Sherbrooke) se rencontraient pour élaborer un plan visant à développer la recherche infirmière au Québec. De façon plus précise, il s'agissait de broser un tableau de la recherche infirmière, d'identifier les domaines de soins prioritaires en recherche infirmière et de définir les besoins se rapportant à la formation des chercheurs dans cette discipline au Québec. Ce colloque avait, quelque temps auparavant, donné l'occasion à des directrices et directeurs de services infirmiers des régions de Montréal et de Québec d'émettre leurs opinions quant aux domaines de soins à privilégier en recherche clinique. Depuis, les contraintes budgétaires qui affectent les services de santé, les institutions d'enseignement ainsi que les organismes de subvention à la recherche rendent de plus en plus impérieuse la nécessité d'identifier les domaines d'intérêt auxquels devraient s'intéresser les chercheurs en sciences infirmières et les organismes subventionnaires.

Il nous paraît à propos de relever un certain nombre de points du rapport de ce colloque, ainsi que de soumettre des réflexions personnelles en ce qui a trait aux orientations de la recherche infirmière dans les années 1980¹. Nous présentons d'abord certains postulats concernant la pratique et la recherche infirmière, ainsi que la nécessité de définir des priorités dans ce domaine. Puis, à la lumière des critères d'identification des priorités mises de l'avant lors du colloque, nous suggérons un ensemble de domaines d'intérêt auxquels les chercheurs doivent s'attaquer de façon urgente.

La pratique infirmière

Les fonctions fondamentales de la pratique infirmière sont (a) d'aménager l'environnement du client afin qu'il puisse bénéficier au maximum de la thérapie, (b) d'aider le client et la famille à faire face à la maladie et aux crises de la vie et (c) de leur donner l'occasion d'acquérir des modes de vie saine qui vont faciliter le développement personnel et améliorer le fonctionnement familial. La pratique infirmière rejoint un éventail de processus biologiques, psychologiques et sociaux et utilise des stratégies propres à réaliser ces fonctions.

* Cet article est tiré du rapport du colloque "La recherche infirmière au Québec" qui a été subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale, avril 1980.

1) M.Sc., professeur agrégé et doyen, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

2) Mn., M.Sc., professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

3) Ph. D., professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Tirés à part :

M.F. Thibaudeau, Doyen, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal, H3C 3J7.

Article reçu le : 8.12.81

Avis du comité de lecture le : 2.3.82

Acceptation définitive le : 17.3.82

Les infirmier(e)s exercent leur profession auprès d'individus, de familles et de collectivités, dans divers contextes sociaux et institutionnels. Les résultats que vise l'infirmier(e) sont l'amélioration de la santé du client et l'acquisition par le client et sa famille de comportements responsables face à leur santé.

La recherche infirmière

La recherche infirmière est l'investigation systématique des phénomènes relatifs à la pratique infirmière. Son but premier est le développement des connaissances se rapportant aux phénomènes de la pratique infirmière. Dans ce domaine, la recherche vise aussi à améliorer la qualité des soins infirmiers, à promouvoir la qualité de la vie des individus et enfin à augmenter l'efficacité du système de distribution de soins.

Pourquoi des priorités?

Définir des priorités en recherche est une aventure complexe et, par certains aspects, dangereuse pour la science. La découverte de la connaissance n'est pas toujours prévisible ; c'est le fruit d'un travail méthodique, long et ardu, d'esprits créateurs. Les lacunes dans le champ des connaissances propres à la discipline infirmière sont nombreuses et les activités de recherche ont atteint des niveaux variés de complexité. Aussi, déterminer à cette période-ci de son développement, les avenues spécifiques que la profession doit prendre, peut créer des contraintes à la profession, et ce, particulièrement aux chercheurs orientés vers la recherche fondamentale. Toutefois, si des priorités sont définies en termes généraux, elles peuvent alors servir d'orientation à la recherche clinique.

Toute société a des valeurs et des croyances qui vont orienter le choix de ses projets comme société. Ses ressources étant toujours limitées, cette société doit les répartir de manière à en maximiser l'utilisation dans la réalisation de ces projets. Notre société consacre d'importantes ressources aux soins de santé. Parmi ces ressources, les soins infirmiers occupent le plus gros volume. S'ils sont de qualité, les soins infirmiers peuvent contribuer de façon substantielle à la solution des problèmes de santé de la population mais, s'ils sont médiocres ou inappropriés, ils peuvent avoir des conséquences déplorables sur la santé des individus, sur le

fonctionnement et le coût des services. Il y a donc nécessité d'identifier les problèmes de santé que les chercheurs doivent étudier.

Critères d'identification des priorités

Trois grands critères sont utiles dans l'identification de priorités. Il s'agit d'abord de choisir des domaines de soins qui peuvent être étudiés avec des chances de succès, parce que la discipline dispose de certains outils pour mesurer les phénomènes en cause ou, si elle ne les a pas, elle a la possibilité de les construire. De plus, le niveau de développement de certaines sciences fondamentales au nursing est assez avancé pour permettre l'élaboration de cadres conceptuels appropriés à la pratique infirmière.

Le deuxième critère se rapporte à l'ampleur d'un problème, c'est-à-dire au nombre d'individus et d'institutions touchés par ce problème et à l'importance des conséquences découlant du fait d'ignorer ce problème. Ces conséquences se rapportent à la souffrance, à la désorganisation individuelle, familiale et sociale, aux coûts encourus par les services de santé et les individus.

Enfin, le troisième critère touche aux grands domaines d'action privilégiés par la société. Les lignes directrices fournies à cet égard par la société doivent aussi être prises en considération lors de l'identification des priorités de recherche d'une discipline. L'identification des domaines d'intérêt en recherche infirmière engendre une autre question, celle de déterminer si la formation des chercheurs constitue un besoin prioritaire et immédiat.

Les domaines d'intérêt

Dans le rapport du colloque, on note que deux classes de priorités ont émergé des discussions : l'une se rapporte aux thèmes de recherche identifiés, l'autre aux méthodes de recherche les plus pertinentes.

La première classe de priorités, les thèmes de recherche, comprend des domaines de soins particuliers et certains aspects de l'organisation des soins. De façon générale, l'élaboration et l'évaluation de modes de soins et de stratégies, qui améliorent l'état de bien-être des individus et de leur famille et augmentent leur indépendance en matière de santé, sont reconnues comme étant les sujets d'étude primordiaux en soins infirmiers.

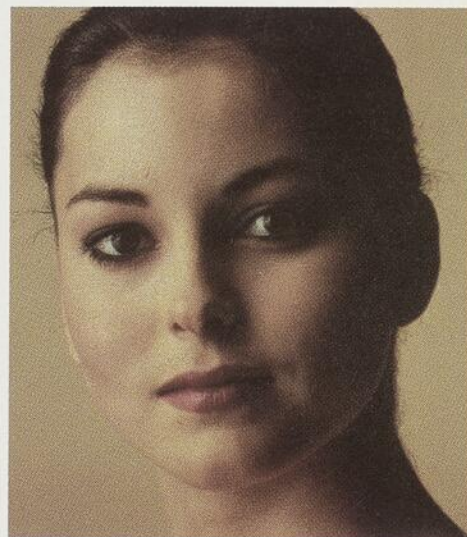
À cause du rôle central que joue la famille dans l'apprentissage des comportements de santé et dans les soins à divers types de malades, dans les institutions et à domicile, une attention particulière devrait être accordée aux stratégies infirmières qui vont aider la famille à assumer ce rôle et aux conditions qui en permettent l'apprentissage. L'acquisition de nouvelles connaissances sur ces sujets aura des répercussions à court et à long terme sur l'avancement de la science, l'efficacité des services, l'économie des ressources et l'enseignement infirmier. La voie dans ce domaine est déjà tracée par l'Université McGill et l'Université de Montréal qui effectuent des études avec des familles suivies dans des services de première ligne, dont un ou plusieurs membres requièrent des soins à domicile.

Les malades chroniques en institution et à domicile et les personnes âgées malades sont, sans contredit, les groupes de clients qui, à cause de leur nombre et du manque d'intérêt d'une grande partie de la population (jusqu'à la dernière décennie), y compris les chercheurs et les professionnels les plus chevronnés, devraient être l'objet d'une attention particulière des chercheurs. Un groupe de chercheurs en sciences infirmières à l'Université de Montréal développe et évalue un modèle de soins infirmiers spécifiques aux malades âgés chroniques en institution. Des projets sont aussi en cours aux universités Laval et du Québec auprès de populations âgées. Ce domaine de recherche est prometteur, à différents égards. Le niveau de compétence des chercheurs engagés, la qualité des outils d'évaluation maintenant disponibles et l'intérêt manifesté par des professionnels et des administrateurs des services de santé laissent présager une évolution valable et stimulante dans ce domaine.

Les femmes, dans tous les groupes d'âge, sont de grandes utilisatrices des services de santé. Leur recours aux services de santé dépasse de beaucoup les soins de santé requis par la fonction biologique de la grossesse et le rôle de protectrice de la santé familiale que la société leur attribue². Dans ces services, les femmes viennent en contact régulièrement avec des infirmier(e)s qui, jusqu'à dernièrement, véhiculaient, comme le reste de la société, sans y prêter trop d'attention, les normes sociales concernant le rôle de

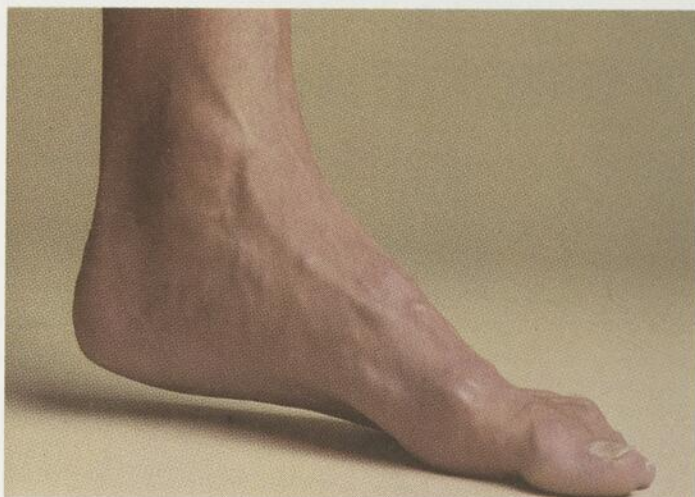
ANAPROX.®

Agent analgésique, anti-inflammatoire pouvant inhiber les prostaglandines.



ANAPROX.[®]

Dans les cas de traumatismes musculo-squelettiques.



entorses/foulures

troubles des
tissus mous

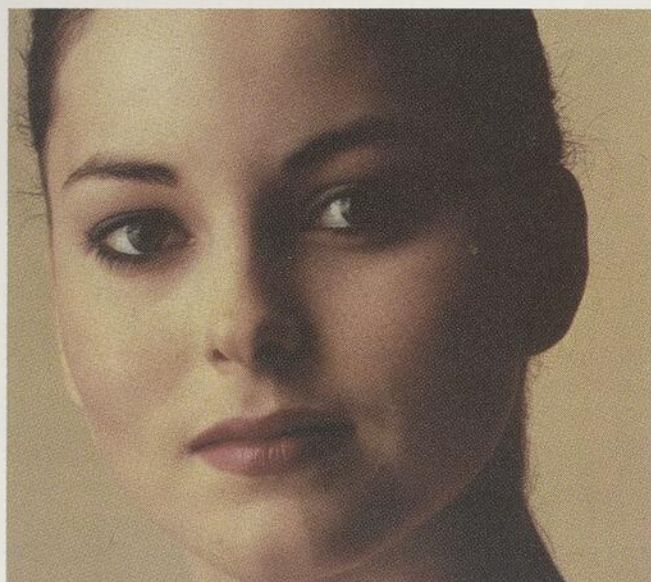
blessures sportives

Des études sur les traumatismes musculo-squelettiques non articulaires ou des tissus mous ont révélé des réductions importantes de la douleur et de la limitation de mobilité avec Anaprox.^{1,2}

Anaprox a été choisi par le comité médical comme l'analgésique officiel des Jeux d'été du Canada 1981.



Dans les cas de dysménorrhée.



Seize études à double insu réalisées à l'échelle internationale et un essai clinique canadien ont démontré que Anaprox apporte un soulagement bon à excellent des crampes utérines et des symptômes les accompagnant chez environ 80% des patientes.^{3,4}

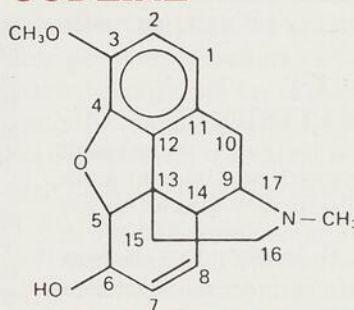
RÉFÉRENCES:

1. Backhouse C, Engler C, English J. Naproxen sodium and indomethacin in acute musculoskeletal disorders. *Rheum and Rehab* 1980; 19:113-119.
2. Wheatley D. A study of non-articular rheumatic disorders and their response to treatment with naproxen sodium. *Curr Med Res and Opinion* 1979; 6:229-235.
3. Dingfelder J. Primary dysmenorrhea treatment with prostaglandin inhibitors: A Review. *Am J Obstet Gynecol* 1981; Aug. 15; 874-879.
4. Smith L. Naproxen sodium in dysmenorrhea: A Canadian clinical trial. *Proceedings: Telemedical Symposium "Prostaglandins and Dysmenorrhea."* Sept. 10, 1980, Canada.

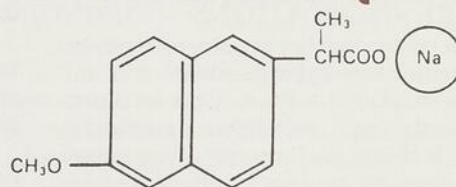
RÉPOND AUX BESOINS ANALGÉSQUES ACTUELS.

Anaprox, par sa structure, n'agit pas sur le système nerveux central.

CODÉINE



NAPROXEN SODIQUE



BIEN TOLÉRÉ.

Anaprox est généralement bien toléré. Les plaintes les plus fréquemment rapportées sont de type gastro-intestinal.

ACTION DURABLE.

Les taux plasmatiques sont obtenus en moins de 20 minutes, les taux maximums en 1 heure. L'effet analgésique se manifeste en moins d'une heure et peut durer jusqu'à 8 heures.

ANAPROX[®]

(naproxen sodique)

ACTIONS

Anaprox est un analgésique doué de propriétés anti-inflammatoires et antipyrétiques. Il inhibe la synthèse des prostaglandines comme le font certains autres agents analgésiques anti-inflammatoires, non stéroïdiens.

Le naproxen sodique est complètement absorbé par le tractus gastro-intestinal. Les taux plasmatiques s'obtiennent en moins de 20 minutes et le taux maximum, en une heure. Sa demi-vie plasmatique est d'environ 13 heures. L'effet analgésique est obtenu en moins d'une heure et peut durer au moins 7 heures.

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUES

Anaprox est indiqué pour le soulagement de la douleur bénigne à modérément grave, accompagnée d'inflammation dans les cas tels qu'un traumatisme musculo-squelettique et après une extraction dentaire. Il est également indiqué pour le soulagement de la douleur associée à des crampes du post-partum et à la dysménorrhée.

CONTRE-INDICATIONS

Il est contre-indiqué chez les patients qui ont démontré une hypersensibilité à ce médicament ou chez qui l'A.A.S. ou les autres médicaments non stéroïdiens produisent l'asthme, la rhinite ou l'urticaire. Il est contre-indiqué chez les patients souffrant d'ulcère peptique actif ou de maladies inflammatoires actives du tractus gastro-intestinal.

MISE EN GARDE

Anaprox n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 16 ans, les femmes enceintes ou celles qui allaitent car l'innocuité et la posologie n'ont pas été déterminées.

PRÉCAUTIONS

Intéraction médicamenteuse: Des précautions doivent être prises pour les patients qui prennent des anticoagulants coumariniques, une hydantoïne, un sulfamide ou un sulfonylurée puisque des interactions ont été remarquées avec d'autres agents non stéroïdiens.

*Ce médicament devrait être utilisé avec précaution chez les patients qui ont un fonctionnement rénal insuffisant, une fonction cardiaque altérée et dont l'apport sodique global doit être restreint. (Chaque comprimé contient environ 25 mg de sodium.)

*Le probénécide augmente les taux plasmatiques d'Anaprox et prolonge sa demi-vie.

EFFETS SECONDAIRES

Tube digestif: Les réactions suivantes par ordre décroissant de fréquence ont été observées: nausée, pyrosis, malaises abdominaux, vomissement, constipation, dyspepsie, stomatite, diarrhée, méléna, saignements gastro-intestinaux (occasionnellement graves) et hématémèse.

Système nerveux central: Ces réactions sont par ordre décroissant de fréquence: étourdissement, mal de tête, somnolence, confusion mentale, sensation ébrieuse, vertige, incapacité de concentration et dépression.

Sens: Ce sont par ordre décroissant de fréquence: tinnitus, troubles de la vue et d'audition.

Peau: Ce sont par ordre décroissant de fréquence: démangeaisons (prurit), éruptions cutanées, sudation, ecchymoses, urticaire et purpura.

Système cardio-vasculaire: Ce sont par ordre décroissant de fréquence: œdème, palpitations de dyspnée.

Dans ce groupe de médicaments, les autres réactions observées ont été: insuffisance cardiaque globale, pyrexie, maladie rénale grave, hématurie, jaunisse, œdème angio-neurotique, thrombocytopénie, éosinophilie, agranulocytose, anémie aplastique, anémie hémolytique, et ulcère gastro-duodénal accompagné d'hémorragie ou de perforation ou les deux.

TRAITEMENT DU SURDOSAGE

L'estomac doit être vidangé et les mesures usuelles doivent être prises. L'administration prompte de 5 g de charbon activé tendrait à réduire d'une façon significative l'absorption du médicament.

PRÉSENTATION

Anaprox (naproxen sodique) est disponible en flacon de 60 comprimés bleus de 275 mg, enrobés par film.

POSOLOGIE.

Dose initiale: 2 comprimés.



Puis: 1 comprimé chaque 6-8 heures au besoin.



Dose quotidienne maximum 5 comprimés.

SYNTEX

SYNTEX INC.
MISSISSAUGA, ONTARIO
MONTRÉAL, QUÉBEC

MEMBER
ACIM

PAAB
CCPP

"malade" que l'on impose si facilement à la femme. Les femmes, et plus particulièrement les femmes âgées et les mères seules, sont les pauvres de la société. Ces dernières se retrouvent avec de jeunes enfants et toutes ont tendance à avoir des revenus insuffisants ; elles représentent donc une population à haut risque. Des chercheurs à la Faculté des sciences infirmières étudient présentement des questions relatives aux problèmes de santé chez les femmes et élaborent des stratégies de soins infirmiers appropriés à certaines conditions, telles que la stérilisation chirurgicale, l'avortement, la violence familiale et la dépression.

Deux phénomènes relatifs à l'organisation des soins infirmiers sont d'une importance telle qu'ils devraient attirer l'attention de tous. Il s'agit du manque de contrôle des clients sur la situation de soins dans laquelle ils se trouvent et du manque d'autonomie de l'infirmier(e). Le premier phénomène serait associé à la déshumanisation des soins dans des structures bureaucratiques ; le second découlerait en grande partie de la formation inadéquate d'un grand nombre d'infirmier(e)s. D'ailleurs, les deux phénomènes découleraient d'un manque de formation adéquate de la majorité des infirmier(e)s soignant(e)s, pour faire face à la complexité croissante des soins infirmiers et pour assumer le leadership dans la manipulation de l'environnement, pour le bénéfice du client. L'organisation du milieu dans lequel se donne le soin a des répercussions importantes, non seulement sur la santé des clients, mais aussi sur la santé du personnel infirmier et sur l'efficacité de tout le système. Aussi, il est nécessaire de structurer un certain nombre de milieux où des infirmier(e)s universitaires pourraient réellement donner des soins infirmiers conformes à leur apprentissage. Les chercheurs contrôlèrent davantage de variables dans la situation de recherche et ils pourraient étudier les diverses composantes des soins. Ces milieux pourraient être des unités dans des centres hospitaliers généraux ou spécialisés, des centres de santé communautaire et des centres d'hébergement. Il pourrait s'agir de projets témoins et l'existence de ces milieux devrait être assurée pour une période assez longue pour obtenir des résultats concluants.

Une deuxième classe de priorités a été déterminée lors du colloque. Les participants ont insisté non seule-

ment sur les domaines de soins à privilégier, mais aussi sur le type d'études à entreprendre. Aussi, on préconise l'élaboration d'études descriptives, afin de mettre en évidence les différents champs d'activités de l'infirmière et les conditions qui permettent une pratique infirmier(e) efficace. Des études longitudinales devraient porter sur les différents aspects de l'acquisition des comportements de santé chez les individus, les familles et les groupes communautaires. Des approches de type expérimental ou quasi-expérimental cerneraient les stratégies utilisées par l'infirmier(e) et en évalueraient les effets auprès de la clientèle. Des études répétées sur les mêmes sujets (replication studies) préciseraient certaines composantes de la pratique infirmière et des analyses d'impact mettraient en évidence la contribution de l'infirmière dans le système de distribution des soins. Il apparaît assez clairement que la recherche infirmière peut être effectuée auprès de l'individu, de la famille, des groupes et de la communauté. Cette recherche peut impliquer une participation interdisciplinaire et se situe dans les différents centres du système de distribution de soins.

L'identification de domaines de recherche auxquels les infirmier(e)s doivent s'intéresser demeure un exercice stérile, s'il n'existe pas de chercheurs pour effectuer des études dans ces domaines. La formation des chercheurs en sciences infirmières apparaît donc de plus en plus comme une priorité que les institutions d'enseignement supérieur doivent prendre à leur compte sans délai. La qualité de la recherche et la qualité des soins en dépendent.

Conclusion

En tant que discipline de la santé, la profession infirmière a une responsabilité de leadership dans la direction des soins infirmiers, dans l'éducation des infirmier(e)s et dans le développement de la recherche qui soutient la pratique infirmière. Un effort de concertation a incité des professeurs-chercheurs en sciences infirmières à élaborer un plan de recherche infirmière au Québec. C'est ainsi que des domaines d'intérêt que les chercheurs doivent cerner de façon urgente ont été identifiés. L'élaboration et l'évaluation de modes de soins et de stratégies qui influencent la qualité de la vie de groupes-cibles, tels que les familles, les malades âgés chroniques et les

femmes, sont parmi les lignes directrices de cette orientation en recherche. Viennent ensuite des aspects de l'organisation des soins, tels que la déshumanisation des soins et le manque d'autonomie de l'infirmier(e), de même que l'étude systématique de modes de soins infirmiers. Enfin, il est certain que tout projet visant à évaluer l'influence des soins infirmiers sur les comportements de santé des individus devrait obtenir l'appui nécessaire des organismes subventionnaires et des services de santé.

Une définition des priorités en recherche infirmière ne saurait être valable que dans la mesure où la philosophie et les objectifs des organismes responsables de la santé de la population s'orientent dans une direction identique. La formation des chercheurs se doit d'être facilitée à l'aide d'une promotion de la recherche et de modalités de perfectionnement dans les institutions concernées.

summary

The authors present certain aspects of a report on a nursing research colloquium that took place in Montreal in 1980. Nursing professors, from five Quebec universities involved in research, determined a certain number of criteria to be used in the identification of research priorities. Priorities focus on the following themes: the development and the evaluation of patterns of care to improve the quality of life of some groups at risk, some aspects of the organization of care, the necessity to create research wards to study nursing care in a systematic way and the urgency to prepare nursing researchers. The participants have also discussed various types of research designs to be privileged.

bibliographie

1. Thibaudeau M.F., Kerouac S. et Fortin F. : La recherche infirmière au Québec. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal, novembre 1980.
2. Conseil du statut de la femme : Essai sur la santé des femmes. Gouvernement du Québec, juin 1981.

L'assurance-maladie au Québec : les objectifs de la profession médicale et de la société*

2. les objectifs de la société

Guy Rivard⁽¹⁾

Résumé

Le régime d'assurance-maladie du Québec instauré il y a dix ans a permis à notre société d'atteindre certains objectifs également partagés par la profession médicale : 1) l'accessibilité financière aux services médicaux pour tous ; 2) des éléments de solution aux disparités régionales en effectifs médicaux et, 3) une amélioration du niveau de santé de la population.

Dans la première partie de cet article, nous avons vu que, de façon générale, la profession médicale avait pu réaliser, au sein du régime d'assurance-maladie du Québec, des objectifs que nous jugeons primordiaux.

En abordant cette deuxième partie qui examinera si certains objectifs importants pour la société ont été atteints, il nous faut préciser que ces derniers peuvent être aussi ceux de la profession médicale et vice versa. Les objectifs les plus importants que devrait rechercher notre société peuvent être regroupés sous trois chapitres, à savoir : l'accessibilité financière aux services médicaux pour tous, une solution aux disparités régionales en ressources médicales et l'amélioration de la santé de la population.

Les objectifs de notre société

I Des services médicaux financièrement accessibles à tous

Tous les résidents de bonne foi de la province de Québec sont admissibles et doivent s'inscrire auprès de la Régie. En octobre 1980, on comptait 6,377,896 inscriptions, ce qui représente la quasi-totalité de la population, y compris les Amérindiens et les Inuits.

Les obstacles financiers à l'accessibilité aux soins ont été levés : le coût des services médicaux (et hospitaliers) ne représente plus une catas-

trophe économique pour l'individu et sa famille. Notre système a fait disparaître la crainte de la maladie. Cependant, il existe d'autres coûts suffisamment importants pour empêcher le citoyen d'utiliser les services médicaux de façon déraisonnable, par exemple : l'absence du travail, la perte de revenu, les dépenses reliées aux déplacements, les frais de garde des enfants, etc.

Un but atteint pour différentes catégories de bénéficiaires

Un des effets les plus bénéfiques du régime d'assurance-maladie concerne les économiquement faibles. Certes, de tout temps, les médecins du Québec ont considéré qu'il était de leur devoir professionnel et social de traiter gratuitement les "pauvres" qui généralement ont un plus grand besoin de services de santé que les "riches". Mais, il s'agissait d'une situation suffisamment stigmatisante pour amener certains patients à s'abstenir de recourir au médecin alors qu'ils en avaient besoin. Il a été clairement démontré qu'à la suite de l'avènement du régime d'assurance-maladie, les économiquement faibles de la région montréalaise consultaient un médecin plus rapidement et plus souvent et que les symptômes et signes pouvant laisser soupçonner une maladie importante étaient évalués de façon adéquate dans un plus grand nombre de cas^{2,3,4}.

Les femmes enceintes représentent un autre groupe qui bénéficie

* Cet article a été rédigé pendant une année sabbatique passée au Health Services Research Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, États-Unis.

1) M.D. adjoint au doyen de la Faculté de médecine, Université de Montréal, Conseiller médical au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Montréal, Québec, Canada.

Tirés à parts :

Faculté de médecine, Université de Montréal, Case Postale 6207, Succursale A, Montréal, (Québec), H3C 3T7 Canada.

Mots-clés :

Assurance-maladie
Québec : assurance-maladie
Accessibilité financière aux services médicaux
Services médicaux

Article reçu le : 10.11.81
Avis du comité de lecture le : 14.1.82
Acceptation définitive le : 29.1.82

d'une accessibilité plus facile et plus précoce aux services médicaux ; alors que seulement 41% des femmes enceintes de 1969-70 consultaient un médecin avant le troisième mois de leur grossesse, environ 55% le faisaient en 1971-72². Une donnée plus récente situe cette proportion à 62%, en 1978-79, pour la même région métropolitaine⁵.

La disponibilité médicale

Notre province n'a pas suivi le chemin tracé par le "National Health Service" britannique et le patient québécois n'a pas à passer chez l'omnipraticien avant d'être reçu par un médecin spécialiste. La liberté du patient doit cependant être contenue par la volonté du médecin spécialiste de réserver son temps pour les cas qui sont vraiment de sa compétence.

On s'attendait évidemment, à l'arrivée du régime d'assurance-maladie, à une modification des conditions de travail des médecins en pratique. Le phénomène a été quantifié par Enterline et coll. lors d'une enquête faite auprès des médecins de la région de Montréal, avant et après l'instauration du régime ; au cours d'un intervalle de deux ans, les médecins limitèrent les appels téléphoniques (une diminution de 41%), travaillèrent en moyenne 8½ heures de moins par semaine et, à toute fin pratique, cessèrent de faire des visites à domicile (une diminution de 63%)⁶.

Nous ne savons pas si le manque d'enthousiasme pour la consultation téléphonique a persisté ; en ce qui concerne les heures de travail par semaine consacrées aux patients, l'évolution de la situation, pour les médecins omnipraticiens, montre une nouvelle diminution de 50.7 heures en 1972 à 45 heures en 1978 et, pour les médecins spécialistes, de 44.5 à 42.4 heures, au cours de la même période⁷. En comparaison, l'omnipraticien américain de 1978 travaillait 45.8 heures par semaine et son confrère spécialiste se situait à l'intérieur d'un écart allant de 38.2 à 48.2 heures⁸.

Les visites à domicile suivent une évolution tout à fait différente qui dénote un renouveau d'intérêt chez les omnipraticiens pour ce type d'activités ; elles ont augmenté annuellement de 10.2%, 10.6% et 23.6% durant la période de 1976 à 1979. Cependant, seulement 3.3% de la population a été examinée par un médecin à domicile en 1979, pendant que 62.3% visitait au moins une fois un cabinet privé et que

31.5% s'adressait à la salle d'urgence ou à une clinique externe d'un centre hospitalier. Même si les chiffres absolus sont peu impressionnants, il s'agit quand même d'un résultat d'une importance capitale pour les personnes âgées et les malades chroniques ; toujours en 1979, 55.4% des visites à domicile ont concerné des personnes âgées qui, comme on le sait, ne constituent que 8.3% de la population québécoise.

Il est souhaitable, pour notre système de santé, que ces personnes âgées soient visitées à domicile, étant donné l'accroissement continu des visites aux salles d'urgence et aux cliniques externes des établissements. Toujours pour la région de Montréal, Steinmetz et coll. rapportent un accroissement de 80.9% des visites à la salle d'urgence par 1,000 habitants, de 1966 à 1974, et de 35.5% aux consultations externes⁹ ; nous avons calculé, pour l'ensemble du Québec, un nouvel accroissement de 24.9%, entre 1974 et 1979, pour ces deux types de services médicaux.

Cette fréquentation accrue de nos institutions hospitalières par la population a parfois été attribuée, en partie, à un manque de disponibilité des médecins, en particulier pour ce qui est de la communication téléphonique. Il ne faut pas oublier cependant que la population s'attend, de la part de la médecine, à des interventions diagnostiques ou thérapeutiques qui nécessitent l'artillerie technologique lourde qu'on ne retrouve habituellement que dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. De plus, l'instauration de l'assurance-hospitalisation, neuf ans avant l'assurance-maladie, a créé de mauvaises habitudes à la fois chez les médecins et les patients : de 1961 à 1970, on s'est accoutumé à utiliser l'hôpital pour investiguer et traiter des problèmes "ordinaires" de santé.

La disponibilité médicale ne peut exister qu'en autant que le médecin s'estime relativement heureux de participer au régime d'assurance-maladie. A notre avis, cette satisfaction existe au sein de la profession ; qui plus est, le droit aux services médicaux pour tous est devenu à ce point fondamental que personne ne souhaite retourner à la situation qui existait antérieurement à 1970. Si l'insatisfaction devait renaître au sein de la profession médicale, elle ne pourrait certainement pas conduire au genre de contestation que nous avons connu en 1967 et 1970.

A l'occasion, des médecins québécois se laissent tenter par le tapis rouge que déroulent des recruteurs agressifs en provenance de certains Etats américains et émigrent dans l'espoir de gagner des revenus plus substantiels et d'exercer leur profession dans un climat plus libéral. Sur ce point, les statistiques annuelles de la Corporation ne nous semblent pas avoir posé le diagnostic d'un exode médical aux proportions alarmantes⁷.

Cette émigration existe quand même (2.1% des omnipraticiens et 1.7% des médecins spécialistes, en 1978) et alimente l'argumentation de certains contestataires qui sont tentés de rejeter le système ; il faut reconnaître que d'autres considérations de nature politique, économique ou même très personnelle pourraient tout aussi bien être responsables d'un tel phénomène. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le nombre absolu de médecins diplômés des facultés de médecine canadiennes pratiquant leur profession aux États-Unis est maintenant légèrement inférieur à ce qu'il était avant l'avènement de l'assurance-maladie au Canada, c'est-à-dire 5,900 en 1979 contre 6,050 en 1967¹⁰. Wolfe a récemment démontré que l'émigration des médecins canadiens vers les États-Unis était de 1.7% en 1977¹¹.

L'utilisation des services médicaux

Les observateurs de la scène québécoise craignaient qu'en l'absence d'un ticket modérateur on n'assistât à une demande extravagante de services médicaux de la part des usagers. De l'avis de médecins montréalais interrogés par Enterline et son groupe, peu après l'introduction du régime, l'augmentation des patients consultant le médecin pour des raisons insignifiantes fut peu marquée (de 1.1% des visites en 1969-1970 à 1.9% en 1971-1972)⁶. Le nombre de services médicaux par habitant qui était de 6.7 en 1974 est passé à 7.2 en 1979, soit une augmentation de 7.5% sur une période de 5 ans (assurance-maladie ; rémunération à l'acte). Il existe un écart important dans l'utilisation des services médicaux selon le sexe et l'âge et, à la limite, les participants les plus fidèles (4.5% de la population) ont reçu, en 1979, 25 services médicaux ou plus, ont été vus par 8 médecins ou plus et sont responsables de 26% des honoraires qui ont été versés aux médecins rémunérés à l'acte.

Les statistiques de la Régie démontrent clairement que l'accroissement annuel du nombre total des services médicaux provient presque uniquement de l'augmentation du nombre de médecins. Pour la période de 1974 à 1979, le nombre de contacts-patients par médecin et par année a été remarquablement stable, l'écart se situant entre 3,183 et 3,267. Au cours de la même période, l'augmentation annuelle des médecins participants au régime a été, en moyenne, de 316 et, en 1979, la Régie dénombrait 4,491 omnipraticiens (à l'exclusion des résidents en formation) et 5,431 spécialistes.

Le ticket modérateur

En l'absence d'un ticket modérateur, les citoyens ont donc utilisé les services médicaux d'une façon qui nous apparaît raisonnable ; le régime est demeuré "gratuit" et les coûts de ce service à la population ont été partagés par les citoyens en santé et bien nantis via le système de taxation en vigueur. Morreale a calculé qu'en 1969-1970, les familles dont les revenus étaient les plus bas dépensaient 57 \$ par année pour obtenir des services médicaux alors que les familles les mieux nanties déboursaient 362 \$; dès la première année du régime, la contribution familiale du premier groupe a été réduite à 41 \$ par année et celle du second a été augmentée à 888 \$¹². Étant donné les nouveaux arrangements fiscaux de 1977 entre le fédéral et le provincial, il nous est apparu très difficile d'essayer de quantifier l'évolution des dépenses personnelles de santé à travers le système de taxation.

Le citoyen québécois peut recevoir les services médicaux nécessaires sans déboursier un sou directement et sans aucune limite quant au nombre de services obtenus au cours d'une période donnée. A ce jour, il y a eu consensus dans notre province à l'effet que le ticket modérateur (ou la franchise) représentait une façon de taxer les gens malades pour leur maladie. Nous partageons l'opinion généralement admise qui veut que tout ticket modérateur constitue un fardeau financier additionnel pour les classes sociales défavorisées ou à la limite du confort pécuniaire et que l'adoption d'une telle mesure ne protège pas nécessairement un système de santé contre la surconsommation de services^{13,14}. Pourquoi pénaliser ceux qui utilisent le plus les services médicaux (parce qu'ils en ont le plus besoin)

en ajoutant aux réticences qu'ils peuvent avoir à consulter un médecin un fardeau financier, si petit soit-il ? Nous verrons plus loin que l'augmentation des dépenses de la Régie pour les services médicaux dépend bien plus du nombre de nouveaux médecins et des hausses de tarifs que de l'engouement du public pour la visite médicale.

II Les effectifs médicaux sont-ils mieux distribués ?

Les disparités régionales en ressources médicales constituent un phénomène qui est courant dans tous ces pays où la médecine est encore considérée comme une profession libérale. Les médecins de première ligne aussi bien que les spécialistes, comme tout autre professionnel d'ailleurs, subissent plus facilement l'attraction des régions urbaines à cause de la qualité de la vie, de la qualité des services offerts à la population et aussi des occasions de récréation, d'éducation et d'activités diverses.

Un début de solution

La redistribution des ressources médicales entre les régions est plus évidente dans le cas des médecins omnipraticiens parce que leur nombre a augmenté plus rapidement que celui des médecins spécialistes et aussi à cause des mesures incitatives dont nous avons discuté dans la première partie de cet article. En 1979, les trois régions montrant le plus haut rapport médecin/population (3-Québec, 5-Cantons-de-l'Est, 6A-Montréal métropolitain) comprenaient 52.1% de la population québécoise ; le pourcentage de médecins omnipraticiens (par rapport à l'ensemble du Québec) y avait diminué de 60.0% en 1977 à 58.5% en 1979. En dépit de cette discordance entre la population et les effectifs médicaux dans ces trois régions, la Corporation professionnelle des médecins du Québec affirme que globalement il n'existe pas de problème quant à la répartition des omnipraticiens entre les régions⁷ ; les statistiques de la Corporation démontrent que 57.1% des nouveaux omnipraticiens se sont établis dans les trois régions les mieux nanties en effectifs médicaux, entre 1973 et 1977, et que cette tendance se maintiendra au moins jusqu'à 1982.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, il n'est pas surprenant de constater que les trois régions men-

tionnées dénombraient 79% de tous les spécialistes en 1977 et encore 78.3% en 1979. Il s'agit effectivement des régions qui abritent les quatre facultés de médecine de notre province et les médecins spécialistes qui pratiquent dans les centres hospitaliers affiliés aux universités offrent des services médicaux à une clientèle qui leur est dirigée par les médecins des autres régions.

Dans ses statistiques annuelles de 1979, la Régie prend une approche nouvelle pour étudier les disparités régionales en ressources spécialisées et définit des spécialités primaires, secondaires et tertiaires. On consultera cette publication pour constater que la chirurgie générale, l'orthopédie et la radiologie diagnostique sont les spécialités primaires les mieux distribuées et que, par contre, la médecine interne, la psychiatrie et l'ophtalmologie sont très inégalement réparties à travers le Québec ; l'obstétrique-gynécologie et la cardiologie suivent de près.

Pourtant, deux de ces spécialités mal distribuées ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des planificateurs qui ont présidé à notre réforme de la santé. En psychiatrie, par exemple, on a utilisé largement les vacations, on a identifié un budget "protégé" pour les activités psychiatriques et on est allé jusqu'à offrir des primes d'encouragement (variant, en 1981, de 12,000 \$ à 22,500 \$ pour deux années de service) destinées à attirer les psychiatres vers les régions éloignées des grands centres urbains.

En obstétrique et, à un moindre degré, en pédiatrie, on a favorisé la redistribution des effectifs grâce à une approche régionale qui a amené la fermeture de petites unités hospitalières, en majorité urbaines, dont la rentabilité était mise en péril par un débit peu considérable de patients.

Récemment, le ministère des Affaires sociales est allé plus loin dans sa volonté de mieux répartir les effectifs médicaux spécialisés et il a, par voie de législation, gelé les effectifs médicaux et dentaires des centres hospitaliers d'enseignement. Ces derniers jouissent évidemment d'un prestige qui rend la compétition très difficile pour les hôpitaux régionaux lorsque ceux-ci essaient de recruter des spécialistes dont les services sont essentiels. L'intention de notre gouvernement ne semble pas être pour l'instant du moins, de forcer une ré-allocation des ressources médicales d'une région vers

POUR ÉTEINDRE L'ARDEUR DE LA DOULEUR



CORTISPORIN* GOUTTES OTIQUES

STÉRILES (POLYMYXINE B, NÉOMYCINE, HYDROCORTISONE)

POUR RÉDUIRE L'INFLAMMATION
ET ÉLIMINER L'INFECTION

PAAB
CCPP

*Nom déposé
C-1021



DIVISION MÉDICALE CALMIC
BURROUGHS WELLCOME INC.
LASALLE, QUÉ.

une autre mais plutôt d'éviter que Montréal, Québec et Sherbrooke ne deviennent encore mieux nantis.

La situation actuelle

Certaines disparités régionales quant à la distribution des effectifs médicaux sont encore évidentes et il faudra plusieurs années avant de pouvoir évaluer les effets à long terme des politiques ministérielles à ce sujet : en 1979, les trois régions "pauvres en effectifs" dénombraient de 7.0 à 9.5 médecins par 10,000 habitants alors que les trois régions "riches" pouvaient compter sur un rapport variant de 18.5 à 24.9. De plus, le rang des douze régions et sous-régions socio-sanitaires est demeuré essentiellement le même entre 1974 et 1979 (tableau V).

Nous nous sommes demandé quel rôle les CLSC avaient pu jouer dans l'amélioration de la répartition des effectifs médicaux. Par définition, ces établissements ont reçu le mandat de rendre les soins primaires accessibles à tous ; cependant, le ministère semble hésitant à étendre son réseau et cette hésitation est probablement la conséquence d'un manque d'évaluation objective de l'efficacité de ce nouveau type de structure sanitaire. En août 1980, le ministère rapportait que 17% des CLSC ne fournissaient pas de services médicaux¹⁵ ; il est à souhaiter que ces CLSC soient situés dans des régions urbaines déjà bien desservies et que leurs équipes multidisciplinaires n'aient vraiment aucun rôle à confier à un médecin de première ligne!

Le rôle des autres professionnels

La solution qu'ont trouvée les États-Unis pour régler en partie le problème des disparités régionales en effectifs médicaux a été de former des professionnels de la santé tels que les infirmières cliniciennes (nurse practitioners) et les assistants médicaux (physician's assistants).

En 1977, on dénombrait 250 programmes de formation pour ce nouveau type de professionnels et les effectifs présents sur le marché du travail américain, en 1980, étaient aux environs de 28,000. En inventant cette nouvelle façon de procéder, les planificateurs américains n'avaient pas pour objectif premier de diminuer les coûts de la santé ; il est certain cependant qu'une partie substantielle des services actuellement rendus par les médecins peut être fournie par ces collaborateurs

Tableau V

Évolution des disparités régionales - 1974 à 1979*

Région	Augmentation des effectifs médicaux**	Augmentation du nombre de médecins/10,000 habitants	Rang*** 1974	Rang*** 1979
Régions les mieux nanties en effectifs				
6A- Montréal métropolitain	15.9%	23.5%	1	1
5- Cantons-de-l'Est	22.8%	18.7%	2	2
3- Québec	28.9%	23.1%	3	3
Régions les plus pauvres en effectifs				
8- Nord-Ouest	55.5%	41.7%	11	10
9- Côte-Nord et				
10- Nouveau-Québec	37.7%	17.3%	10	11
6B- Laurentides-Lanaudière	53.0%	31.9%	9	9

* Calculé à partir des statistiques annuelles de la Régie 1978 (page 39) et 1979 (page 58).

** Ensemble des modes de rémunération ; inclut les résidents en formation.

*** Basé sur le nombre de médecins par 10,000 habitants.

Tableau VI

Les indicateurs de santé - 1977

	États-Unis	Québec
Indices de mortalité :		
- Néonatale ¹	9.9	8.4
- Néonatale précoce ²	8.4	7.1
- Foetale tardive ³	7.1	6.2
- Périnatale ⁴	15.4	13.2
- Infantile ⁵	14.1	11.9
Prématuré ⁶	7.2	6.7
Espérance de vie à la naissance	hommes : 68.7 ans femmes : 76.5 ans	hommes : 68.6 ans femmes : 75.9 ans
Mortalité générale ⁸	h. blancs : 998 h. non-blancs : 967 f. blanches : 783 f. non-blanches : 672	hommes : 820 femmes : 560

1- Moins de 28 jours de vie par 1000 naissances vivantes.

2- Moins de 7 jours de vie par 1000 naissances vivantes.

3- Âge gestationnel de 28 semaines et plus par 1000 naissances (naissances vivantes et morts foetales tardives).

4- Morts foetales tardives et néonatales précoces par 1000 naissances (naissances vivantes et morts foetales tardives).

5- Moins de un an de vie par 1000 naissances vivantes.

6- Enfants de 2500 grammes et moins par 100 naissances vivantes.

7- Pour l'année 1975.

8- Taux brut par 100,000 habitants ; tous âges et toutes causes.

Sources : États-Unis¹⁷ ; Québec^{5,15}.

à un coût moindre et, selon les études les plus récentes, à qualité égale¹⁶.

Cependant, ces professionnels (que l'on appelle aussi "physician's extenders" chez nos voisins du sud) sont virtuellement absents de notre scène provinciale, même si le personnel infirmier que l'on retrouve dans les DSC et les CLSC joue un rôle assez semblable. L'augmentation du nombre des médecins québécois au cours des prochaines années ne favorisera certainement pas l'émergence de cette nouvelle catégorie de professionnels de la

santé ; la solution au problème des disparités régionales sera cependant facilitée par les changements démographiques au sein de la profession médicale.

III L'amélioration de la santé de la population

L'état de santé des Québécois

L'objectif principal de la politique sanitaire mise de l'avant par la Commission Castonguay était d'amé-

liorer la santé de la population en mettant sur pied un système intégré reposant sur une approche globale des problèmes de santé et des problèmes sociaux de l'individu. Au cours des ans, les différents indices de mortalité du Canada et du Québec se sont améliorés considérablement et se comparent favorablement avec ceux rapportés pour la population américaine (tableau VI). Loin de nous l'idée de penser que l'accessibilité "gratuite" aux soins de santé soit la seule responsable de cette amélioration ; d'autres facteurs ont sans aucun doute joué tels que de meilleures conditions de vie, une amélioration de l'hygiène personnelle, des services de santé et des services sociaux mieux organisés, etc.

En 1978, seulement deux États américains, le Massachusetts et le Connecticut, affichaient un taux de mortalité infantile au moins aussi bon que celui du Québec. La même année, avec un taux de mortalité infantile de 12 par 1,000 naissances vivantes, le Canada était au 11^e rang et les États-Unis au 16^e (avec un taux de 13.8) parmi 25 pays avec des populations de 2,000,000 et plus¹⁸.

Nos programmes sociaux et sanitaires contiennent des éléments qui peuvent contribuer à un tel résultat favorable. Par exemple, l'amélioration de nos indices de mortalité périnatale, néonatale et infantile peut être attribuée à des mesures telles que :

- 1- des subventions plus généreuses pour la recherche en génétique et en physiologie foetale et néonatale ;
- 2- un environnement de meilleure qualité (contrôle de la qualité des aliments, contrôles épidémiologiques) ;
- 3- une nutrition plus adéquate, une meilleure préparation et des habitudes de vie plus saines durant la grossesse (les programmes prénatals) ;
- 4- une technologie plus poussée (le monitoring foetal et l'utilisation de l'ultrasonographie) ;
- 5- l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé ;
- 6- la régionalisation des services d'obstétrique et de néonatalogie.

Sur ce dernier point, il est important de souligner qu'entre 1972 et 1977, le nombre de services d'obstétrique dans notre province a diminué de 130 à 104 alors que les accouchements augmentaient de 11% ; ces fermetures ont été faites aux dépens de petits services obstétricaux situés dans les régions urbaines⁵.

En guise de conclusion à ce très court chapitre sur la santé des Québécois, il nous faut reconnaître, avec Sidney S. Lee, que nous n'avons pas encore vraiment évalué les coûts et les bénéfices des nouvelles structures que nous avons mises en place dans le système de santé. Les années 80 devraient être caractérisées par une volonté collective de procéder scientifiquement à une telle évaluation¹⁹.

La prévention et le maintien de la santé

C'est d'abord par l'entremise des nouveaux modes de rémunération des services médicaux que le régime d'assurance-maladie aide, en quelque sorte, la cause de la prévention dans notre province. On sait évidemment que les services de prévention sont maintenant la responsabilité principale des 32 DSC et des 81 CLSC qui ont vu naissance depuis le début de la réforme des Affaires sociales au Québec. Les médecins (habituellement omnipraticiens) sous contrat avec les DSC sont ou bien à salaire, ou bien à vacation (rémunération fixe pour une période de trois heures de travail) pendant que les médecins rattachés aux CLSC sont pour la plupart salariés. En 1978, 583 omnipraticiens sur 4,275 travaillaient à temps partiel ou à temps plein selon ces modes de rémunération. En 1979, on assiste à une augmentation de 13.7% des heures travaillées et ainsi rémunérées mais ces deux modes de rémunération "nouvelle vague" ne représentent encore que seulement 2.8% des coûts totaux des services médicaux assurés par la Régie.

C'est aussi dans les nouvelles ententes entre le ministère et les fédérations médicales que l'on retrouve maintenant des clauses visant des services préventifs. En effet, les deux ententes, dans leurs préambules généraux respectifs, comprennent maintenant une liste d'examen ou services, pour fin d'emploi ou en cours d'emploi, exigés par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et considérés comme des services assurés par la Régie. Enseignants, chauffeurs d'autobus scolaires, policiers, manipulateurs d'aliments, employés des établissements du réseau des Affaires sociales représentent autant de catégories ainsi touchées par des services médicaux préventifs.

Pour l'ensemble du système de santé, l'approche de la prévention de

la maladie et du maintien de la santé est passée par la création de nouvelles structures et par la ré-allocation de ressources matérielles assez importantes des hôpitaux de courte durée vers des secteurs plus défavorisés. L'éducation populaire devra maintenant amener les gens à se rendre compte qu'on ne peut investir indéfiniment dans les services de santé, que la médecine a ses limites et qu'un meilleur état de santé dépend tout autant sinon plus de mesures préventives et de meilleures habitudes de vie.

Conclusion

Tout en maintenant intacte l'accessibilité aux services médicaux on pourrait quand même demander à la population d'accepter une nouvelle définition de la santé. Nous considérons que la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé est par trop idéaliste et préférons de beaucoup celle du professeur René Dubos qui introduit la notion d'un *modus vivendi* permettant à des hommes imparfaits de vivre une existence enrichissante, sans être trop pénible, en essayant de composer avec un environnement lui-même essentiellement imparfait²⁰. Si l'on est d'accord avec cette définition, être en santé signifie supporter et s'adapter et non nécessairement être libre de toute maladie ou infirmité ; il est utopique, pour un système de santé, de poursuivre l'objectif d'assurer à tout individu un état de bien-être complet au point de vue physique, social et émotionnel.

Dans la troisième partie, nous examinerons comment le Québec a réussi à contrôler l'accroissement des dépenses du régime d'assurance-maladie et aussi quels sont les ingrédients essentiels d'un régime d'assurance-maladie efficace.

summary

Besides financial accessibility to medical care for all, with many other benefits included, the Quebec Health Insurance Plan has allowed our society to reach two goals which are shared also by the medical profession : a better level of health among the population and some solution to medical manpower maldistribution. The coverage afforded by the Plan is universal and the comprehensive services include preventive items. Even if no co-payments or deductibles or premiums are required from patients, there is no clearcut evidence of over-utilization of services by the population.

SI L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE L'ANTI-KALIURIQUE DYAZIDE EST LE CHOIX LOGIQUE.

POSOLOGIE ADULTE: Hypertension - la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. La dose peut ensuite être augmentée ou réduite, selon les cas. Si deux comprimés par jour, ou plus, sont nécessaires, on les administrera en doses fractionnées. Oedème - la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. Après retour au poids normal, on peut instituer une cure d'entretien d'un comprimé par jour. Ne pas dépasser quatre comprimés par jour.

INDICATIONS: Hypertension légère ou modérée chez les malades accusant de l'hypokaliémie et chez ceux pour qui la déplétion potassique est tout particulièrement dangereuse (digitalisés, par ex.). Les médecins ne sont pas unanimes sur l'occurrence et/ou la signification clinique de l'hypokaliémie chez l'hypertendu traité aux diurétiques du type thiazide seuls, ni sur l'emploi des associations antihypertensives comme traitement systématique de l'hypertension. Oedèmes liés à l'insuffisance cardiaque globale, à la cirrhose, au syndrome néphrotique, oedème produit par les stéroïdes et oedème idiopathique. 'Dyazide' est précieux chez les malades dont la réaction aux autres diurétiques est inadéquate.

CONTRE-INDICATIONS: Dysergie rénale ou évolutive (notamment augmentation de l'oligurie et de l'azotémie) ou accroissement de l'atteinte fonctionnelle hépatique. Hypersensibilité. Potassium sérique élevé. Allaitement.

MISE EN GARDE: Les suppléments potassiques ne doivent pas être employés avec 'Dyazide' car l'hyperkaliémie peut en résulter. On a signalé de l'hyperkaliémie (>5.4 mEq/l) chez divers malades: de 4% chez les moins de 60 ans à 12% chez les personnes de 60 ans et plus - l'occurrence totale étant inférieure à 8%. En de rares cas, on a observé conjointement des troubles cardiaques. Procéder à des dosages périodiques du potassium, surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques ou lorsqu'une insuffisance rénale est soupçonnée ou avérée. Si l'hyperkaliémie se manifeste, cesser l'administration de 'Dyazide' et le remplacer par une thiazide seule. L'occurrence d'hypokaliémie est plus faible avec 'Dyazide' qu'avec les thiazides seuls; toutefois, si elle se manifeste, elle peut entraîner une intoxication digitale.

PRÉCAUTIONS: Effectuer périodiquement des épreuves de laboratoire (azote uréique, électrolytes, par ex.) et un E.C.G., surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques, dans les cas d'insuffisance rénale et chez ceux qui ont accusé de l'hyperkaliémie au cours d'un précédent traitement à l'aide de 'Dyazide'. Il peut se produire un déséquilibre électrolytique, notamment chez les malades soumis à des régimes pauvres en sel ou à de fortes doses de 'Dyazide' pendant de longues périodes. Suivre de près les cirrhotiques aigus pour déceler rapidement tout signe de coma hépatique. On peut observer une rétention d'azote réversible. Les malades doivent être observés régulièrement par suite de l'occurrence possible de dyscrasies sanguines, d'atteinte hépatique ou d'autres réactions idiosyncrasiques. Effectuer les épreuves de laboratoire nécessaires. Des réactions de sensibilisation peuvent se produire chez les malades ayant des antécédents d'allergie ou d'asthme. Il est recommandé de pratiquer des analyses hématologiques périodiques chez les cirrhotiques avec splénomégalie. Ajuster la posologie des antihypertenseurs administrés conjointement. Les effets antihypertenseurs de 'Dyazide' peuvent être accrus chez le malade ayant subi une sympathectomie. L'hyperglycémie et la glycosurie peuvent se produire. Chez les diabétiques, les besoins en insuline peuvent se trouver modifiés. Il arrive qu'apparaissent l'hyperuricémie et la goutte. On a signalé que les thiazides provoquent parfois une exacerbation ou une activation du lupus érythémateux disséminé. On a constaté des altérations pathologiques des parathyroïdes chez des personnes soumises à un traitement prolongé par les thiazides. Le triamterène peut provoquer une diminution de la réserve alcaline avec possibilité d'acidose métabolique. Il est possible que l'administration de 'Dyazide' provoque une élévation des transaminases. Les thiazides peuvent diminuer la réaction artérielle à la noradrénaline et accroître l'effet paralysant de la tubocurarine; par conséquent, on agira avec circonspection chez des malades sur le point de subir une intervention chirurgicale. Les thiazides traversent la barrière placentaire et se retrouvent dans le lait maternel. Il peut en résulter, chez le fœtus ou le nouveau-né, une hyperbilirubinémie, une thrombocytopénie, une altération du métabolisme glucidique et autres réactions indésirables qui se sont produites chez l'adulte. Ne pas prescrire aux femmes enceintes à moins que le médicament ne soit considéré comme essentiel à la santé de la malade.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES: Les effets secondaires suivants sont liés à l'emploi des thiazides ou du triamterène:

Voies digestives: xérostomie, anorexie, irritation gastrique, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, ictère cholestasique, pancréatite, inflammation des glandes salivaires. Les nausées peuvent généralement être évitées en administrant le médicament après les repas. Ne pas oublier que les nausées et les vomissements peuvent aussi indiquer un déséquilibre électrolytique (voir 'Précautions'). Système nerveux central: étourdissements, vertiges, paresthésies, céphalées, xanthopsie.

Réactions dermatologiques par hypersensibilité: fièvre, purpura, anaphylaxie, photophobie, éruptions cutanées, urticaire, angéite nécrosante.

Réactions hématologiques: leucopénie, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplastique.

Réactions cardiovasculaires: l'hypotension orthostatique peut se manifester et peut être aggravée par l'alcool, les barbituriques ou les narcotiques. Déséquilibre électrolytique (voir 'Précautions').

Réactions diverses: hyperglycémie, glycosurie, hyperuricémie, spasmes musculaires, faiblesse, impatience matrice, troubles transitoires de l'accommodation.

PRÉSENTATION: Comprimés couleur pêche, sécables, monogrammés SKF E93, en flacons de 100, 500, 1.000 et 2.500. DIN 181528.

PAAB Renseignements généraux disponibles sur demande.
CCPP © Smith Kline & French Canada Ltd. 1981 DZ M 181 CF

Dyazide
(25 mg d'hydrochlorothiazide, 50 mg de triamterène)

SK&F
une société SmithKline

SMITH KLINE & FRENCH CANADA LTD
Mississauga, Ont. L5N 2V7

bibliographie

1-Newacheck P.W., Butler L.H., Harper A.K., Piontkowski D.L., Franks P.E. :
Income and illness. Med. Care, 1980 ; 18 : 1165-1176.

2-McDonald A.D., McDonald J.C., Salter V., Enterline P.E. :

Effects of Quebec Medicare on physician consultation for selected symptoms. New Engl. J. Med., 1974 ; 291 : 649-652.

3-Siemiatycki J., Richardson L., Pless I.B. :
Equality in medical care under national Health Insurance in Montreal. New Engl. J. Med., 1980 ; 303 : 10-15.

4-Enterline P.E., Salter V., McDonald A.D., McDonald J.C. :

The distribution of medical services before and after "free" medical care - The Quebec experience. New Engl. J. Med., 1973 ; 289 : 1174-1178.

5-Blanchet M., Levasseur M. :

Périnatalité : bilan et prospective. Carrefour des Affaires Sociales 1980 ; 2 (édition spéciale-septembre) : 10-28.

6-Enterline P.E., McDonald J.C., McDonald A.D., Davignon L., Salter V. :

Effects of "free" medical care on medical practice - The Quebec experience. New Engl. J. Med., 1973 ; 288 : 1152-1155.

7-Contandriopoulos A.P., Lance J.M., Nguyen T.T. :

Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projection pour 1982. Montréal : Corporation professionnelle des médecins du Québec, juin 1979.

8-Glendon G.L., Shapiro R.J., éd. :

Profile of medical practice 1980. American Medical Association Pub OP 011, 1980.

9-Steinmetz N., Hoey J.R. :

Hospital emergency room utilization in Montreal before and after Medicare. Med. Care, 1978 ; 16 : 133-139.

10-Supply of Manpower in selected health occupations 1950-1990 :

U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication No. (HRA) 80-35. Septembre 1980.

11-Wolfe S. :

Immigration, Emigration and Opting out by canadian physicians under national Medicare. J. Pub. Health Policy, 1981 ; 2 : 80-86.

12-Morreale J.C. :

The distributional effects of National Health Insurance in Quebec. J. Health Polit Policy Law, 1978 ; 4 : 479-507.

13-Kane R.L., Kasteler J.M., Gray R.M. :

Poverty, Illness and Medical utilization. In : The Health Gap - Medical Services and the Poor. New York : Springer Publishing Company, 1976, pages 3-24.

14-Radical Statistics Health Group :

In defense of the National Health Service. Int. J. Health Serv., 1980 ; 10 (4) : 611-645.

15-Les Affaires sociales au Québec :

Gouvernement du Québec, 1980.

16-Wallen J. :

Current status and future prospects of nonphysician health care providers. In : Health United States - 1979, U.S. Department of Health, Education and Welfare. DHEW Publication No (PHS) 80-1232, 1980, pages 45-56.

17-Health United States - 1979 :

U.S. Department of Health, Education and Welfare. DHEW Publication no (PHS) 80-1232. 1980.

18-Wegman M.E. :

Annual summary of vital statistics - 1979 : with some 1930 comparisons. Pediatrics, 1980 ; 66 : 823-833.

19-Lee S.S. :

Quebec's Health System : A decade of change, 1967-77. L'Institut d'administration publique du Canada, 1979.

20-Dubos R. :

Man, Medicine and Environment. New York : Frederick A. Praeger, 1968.

bibliographie

suite de la page 618

12.Boyer E. :

Health Perception in the Elderly : Its Cultural and Social Aspects. In Fry, C. et coll. : Aging in Culture and Society. Comparative View Points and Strategies. Praeger Special Studies. New York, S.F. Bergin Publishers Books 1980, 198-216.

13.Lawton P. :

The Dimensions of Morale in Kent, Kastembaum & Sherwood (ed), : Research Planning and Action for the Elderly. New York. Behavioral Publications. 1976, pp. 144-165.

14.Beland F. :

Une enquête sur les personnes âgées de 3 villes du Québec. Les Premiers résultats Québec. Ministère des Affaires sociales. 1980, p. 14.

15.Williamson et coll. :

Op. cit.

Les diurétiques dans le traitement de l'hypertension artérielle

Serge Langlois⁽¹⁾

Résumé

Les diurétiques interviennent à toutes les étapes du traitement de l'hypertension artérielle. Parmi eux, les thiazides et leurs dérivés constituent les médicaments de choix. Bien utilisés, ils sont efficaces pour contrôler la tension de près de 50% des hypertendus légers ou modérés et sont relativement bien tolérés. Dans la plupart des cas, une seule prise quotidienne est suffisante et il n'est pas utile de dépasser les doses recommandées. L'hypokaliémie secondaire aux diurétiques est un phénomène dont la crainte est exagérée. L'évaluation du risque en regard des bénéfices attendus indique qu'il n'est pas justifiable d'employer de routine des suppléments de potassium ou des diurétiques conservateurs de potassium. Une kaliémie asymptomatique au-dessus de 3,0mEq/l n'a pas à être corrigée.

Les diurétiques constituent la pierre angulaire du traitement de l'hypertension. Indépendamment de leur site d'action au niveau du rein, plusieurs de ces agents possèdent un effet anti-hypertenseur propre en plus de potentialiser l'action des autres antihypertenseurs. Dans le traitement par étapes de l'hypertension, ils seront donc les médicaments le plus souvent utilisés en première ligne, tout en demeurant nécessaires dans les étapes ultérieures^{1,2}.

Mode d'action

Le mécanisme par lequel les diurétiques abaissent la tension artérielle demeure incertain. L'effet hypotenseur initial s'explique probablement par la réduction du volume extracellulaire avec baisse concomitante du débit cardiaque³. La résistance périphérique diminue et demeure abaissée, alors même que le volume extracellulaire se reforme, suite à la stimulation du système rénine-angiotensine-aldostérone. On croit qu'il persiste quand même un léger déficit hydrosodé, responsable de l'effet anti-hypertenseur chronique, lequel peut être annihilé par une diète riche en so-

dium ou une infusion de soluté physiologique⁴.

D'autres hypothèses ont été proposées pour expliquer l'effet anti-hypertenseur soutenu des diurétiques. Certains suggèrent qu'ils ont un effet direct de relaxation sur la musculature lisse des vaisseaux de résistance et de capacitance. Cela est certainement vrai du diazoxide, qui est une benzothiadiazine non diurétique⁵ et du furosémide dans les cas d'œdème pulmonaire aigu⁶. Cet effet "vasodilatateur" a aussi été attribué à une mobilisation du sodium et de l'eau qui seraient contenus en excès dans les parois vasculaires des hypertendus⁷; cette hypothèse n'a cependant pas été prouvée. Enfin on croit que les diurétiques diminuent la réponse pressive aux catécholamines ou à la stimulation sympathique^{8,9}.

Efficacité

Ce ne sont pas tous les diurétiques qui peuvent être utilisés comme anti-hypertenseurs. En fait, on reconnaît assez bien que les thiazides et les dérivés des thiazides sont les médicaments de choix, que les diurétiques de l'anse doivent être réservés aux cas où la fonction rénale est altérée et que les

1 M.D., F.R.C.P. (c), Centre de Néphrologie de Québec, Hôtel-Dieu de Québec.

Tirés à part:

Docteur Serge Langlois, 11, Côte du Palais, Québec, Qué G1R 2J6

Article reçu le: 8.12.81

Avis du comité de lecture le: 18.4.82

Acceptation définitive le: 26.4.82

conservateurs de potassium n'ont pas tous la même activité anti-hypertensive.

En plus de l'hydrochlorothiazide et de la chlorthalidone, il existe plusieurs médicaments de type thiazide qui peuvent être employés de façon interchangeable². Ce sont tous des dérivés sulfamidés, dont les doses et la durée d'action peuvent varier mais qui ont un effet comparable sur la tension artérielle (tableau I). L'expérience montre que 30 à 50% des patients avec une hypertension légère ou modérée peuvent être contrôlés avec un thiazide seul⁹. La réduction de pression est habituellement de l'ordre de 10 à 15%¹; la tension artérielle des gens normotendus ne baisse pas.

Parmi les diurétiques de l'anse, seul le furosémide a certaines indications dans le traitement de l'hypertension. Bien qu'efficace, l'acide éthacrynique n'est pas recommandé parce qu'associé à plus d'effets secondaires. L'acide tiélinique ou ticrynafén ressemble à ce dernier au point de vue structure, quoique son site d'action l'apparente plus aux thiazides. Il a la particularité d'être uricosurique¹⁰. Cependant il a été rapidement retiré du marché lorsqu'on s'est rendu compte qu'il pouvait provoquer une insuffisance rénale aiguë¹¹. Comme anti-hypertenseur, le furosémide n'est pas plus, sinon moins efficace que les thiazides^{12,13}. On doit quand même y recourir lorsque le taux de filtration glomérulaire est plus bas que 30ml/min, alors que les thiazides deviennent inefficaces^{1,13,14}.

Trois diurétiques ayant la propriété de diminuer l'excrétion urinaire de potassium sont actuellement disponibles. La spironolactone est un antagoniste de l'aldostérone qui, à fortes doses, a un effet anti-hypertenseur similaire à celui des thiazides^{13,15}. Le triamterène n'est pas un anti-hypertenseur efficace. Quant à l'amiloride, son efficacité est disputée; elle est probablement faible dans l'hypertension essentielle^{16,17}.

Effets secondaires

Les diurétiques ont, sur l'équilibre hydro-électrolytique, des répercussions qui sont prévisibles si on connaît leur mode d'action au niveau du rein^{9,18}. Ainsi les thiazides et le furosémide ont tendance à faire baisser la kaliémie, alors que la spironolactone, le triamterène et l'amiloride l'augmentent. Les thiazides et le furosémide peu-

Tableau I

Diurétiques utilisés dans le traitement de l'hypertension.

	Dose quotidienne optimale (mg)	Durée d'action (h)
Thiazides		
Benzoflumethiazide (Naturetin)	2.5 - 20	18 - 24
Benzthiazide (Exna)	50 - 200	12 - 18
Chlorothiazide (Diuril)	500 - 1000	6 - 12
Hydrochlorothiazide (Hydrodiuril, autres)	25 - 100	6 - 12
Hydroflumethiazide (Diucardin)	50 - 100	12 - 24
Methychlothiazide (Duretic)	2.5 - 10	24 - 48
Polythiazide (Renese)	2 - 4	24 - 36
Dérivés des thiazides		
Chlorthalidone (Hygroton, autres)	25 - 100	24 - 48
Métolazone (Zaroxolyn)	2.5 - 10	12 - 24
Quinethazone (Aquamox)	50 - 100	18 - 24
Diurétique de l'anse		
Furosémide (Lasix, autres)	80 - 320	4 - 6
Conservateurs de potassium		
*Amiloride (Midamor)	5 - 10	6 - 12
Spironolactone (Aldactone)	50 - 100	2 - 8
*Triamterène (Dyrénium)	50 - 300	2 - 8

* L'hypertension artérielle n'est pas acceptée comme indication pour ces médicaments.

vent aussi entraîner des déséquilibres tels que hyponatrémie, hypochlorémie, alcalose métabolique, hyperuricémie, hyperglycémie et déshydratation. D'autres effets secondaires rapportés avec ces médicaments incluent des réactions d'hypersensibilité (éruptions cutanées, fièvre), des désordres hématologiques (thrombocytopénie, leucopénie), des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, ictère cholestatique) et des symptômes généraux (étourdissements, paresthésies, faiblesse, crampes musculaires). Ces effets secondaires ne sont pas fréquents. L'hydrochlorothiazide et la chlorthalidone modifient parfois les lipides sanguins^{19,20}. Les élévations du cholestérol et des triglycérides qui ont été notées pourraient contribuer à l'athérosclérose et minimiser ainsi le bénéfice obtenu par la réduction de la tension artérielle.

Des hyperkaliémies importantes peuvent résulter de l'emploi des diurétiques conservateurs de potassium^{21,22}. La spironolactone entraîne assez souvent de la gynécomastie ou de la mastodynie, des troubles digestifs (nausées, vomissements, dyspepsie) et une hypotension orthostatique non reliée à la déplétion de volume extra-cellulaire¹⁵. Elle ne cause pas d'hyperuricémie et n'entrave pas le mé-

tabolisme des glucides. Les effets secondaires les plus fréquents avec le triamterène et l'amiloride sont les nausées, les vomissements, l'anorexie, la diarrhée, les céphalées et l'élévation de l'azotémie.

Usage clinique

La plupart des diurétiques prescrits comme anti-hypertenseurs peuvent être administrés en une seule prise quotidienne. Cependant la courte durée d'action du furosémide exige deux doses quotidiennes afin d'obtenir un effet soutenu. Pour ce qui est des autres diurétiques, la prescription B.I.D. est plus une affaire d'habitude ou encore vise à diminuer l'intolérance digestive; elle n'est pas nécessaire à l'obtention d'un effet anti-hypertenseur optimal. Même la spironolactone peut se prendre une fois par jour; alors que sa demi-vie demanderait une prise plus fréquente, un de ses métabolites, la canrénone, atteint des concentrations sanguines appréciables, à cause de sa demi-vie de 10 à 35 heures⁹. Or la canrénone est partiellement active. Cela explique qu'une hyperkaliémie secondaire à la prise de spironolactone peut prendre plusieurs jours à atteindre son pic et 4 à 6 jours à se corriger, après arrêt de la médication.

L'effet des diurétiques sur la tension artérielle débute habituellement rapidement (3-4 jours) et il tend à augmenter sur une période de plusieurs jours ou de quelques semaines⁹. On recommande donc de ne pas procéder à des changements de dose avant 4 à 8 semaines¹.

Un fait pourtant connu mais généralement mal apprécié avec les diurétiques est que la courbe décrivant la relation entre la dose et l'effet anti-hypertenseur a une pente assez faible. Ainsi 50mg de chlorthalidone auront un effet maximal chez une majorité de patients²³. Par contre des doses plus fortes amèneront souvent plus d'effets secondaires, sans nécessairement améliorer la tension artérielle¹³. La spironolactone requiert souvent des doses plus grandes que 100 ou 200mg par jour pour être efficace¹³, mais la fréquence d'effets secondaires est alors un facteur limitant¹⁵. En pratique, il est recommandé de débiter avec une faible dose et d'augmenter au besoin selon la réponse. Certains patients qui n'auront pas répondu initialement seront contrôlés avec les doses maximales. Cependant, si un patient n'est pas mieux contrôlé avec 100mg d'hydrochlorothiazide qu'avec 50mg, mieux vaut revenir à 50mg/jour et ajouter un autre anti-hypertenseur.

Diurétiques et potassium

Une des croyances les plus fortement ancrées chez beaucoup de praticiens est qu'il faut prescrire de routine des suppléments potassiques ou un diurétique conservateur de potassium à un hypertendu qui prend un thiazide ou du furosémide. Cette croyance est fortement entretenue par l'industrie pharmaceutique et est peu ébranlée par les nombreuses remises en question. Pourtant les études existent et nous permettent à répondre à plusieurs questions :

- 1- Les thiazides et le furosémide causent-ils de l'hypokaliémie ?
- 2- Si oui, de quel ordre ?
- 3- Si oui, chez quelle proportion de patients ?
- 4- L'hypokaliémie traduit-elle un déficit en potassium corporel total ?
- 5- L'hypokaliémie est-elle symptomatique ?
- 6- L'hypokaliémie entraîne-t-elle des conséquences fâcheuses à long terme ?
- 7- Y a-t-il des risques à l'utilisation des suppléments de potassium ?
- 8- Y a-t-il des risques à employer des diurétiques conservateurs de potassium ?

On ne dispute pas le fait que les thiazides et le furosémide augmen-

tent l'excrétion urinaire de potassium¹⁸ et provoquent une baisse de la kaliémie^{24,26}. Chez les hypertendus, cette baisse est en moyenne de 0,6 mEq/l avec les thiazides et de 0,3 mEq/l avec le furosémide²⁴. Dépendant de la kaliémie de départ, les kaliémies sous traitement se situent généralement entre 3,3 et 3,8 mEq/l²⁵. Une étude de revue a suggéré que jusqu'à 50% des patients pouvaient ainsi avoir une kaliémie au-dessous de 3,5 mEq/l et 7% au-dessous de 3,0 mEq/l²⁴. Dans beaucoup d'autres études, cependant, cette incidence d'hypokaliémie est beaucoup plus faible²¹. Citons l'exemple de 3 patients sur 50 au-dessous de 3,5 et aucun sous 3,1 mEq/l²⁷. De plus, ces valeurs abaissées furent transitoires²⁷.

Une hypokaliémie de cet ordre ne correspond pas nécessairement à un déficit corporel total. Sur 20 études où le potassium corporel a été mesuré par des méthodes isotopiques, on a retrouvé un déficit moyen plus grand que 200 mEq (soit environ 5% du potassium corporel total) dans seulement 5 cas²⁵.

Un des points importants qui doit guider la conduite thérapeutique est qu'une hypokaliémie légère ou modérée n'est le plus souvent pas associée à des symptômes ou signes cliniques identifiables^{24,27}. Autrement dit, les patients sont presque toujours asymptomatiques. De plus, il n'a pas été démontré qu'on pouvait attribuer à l'hypokaliémie ou au léger déficit potassique parfois induit par les diurétiques des conséquences fâcheuses à long terme ou des complications tardives^{24,25}.

Il n'en n'est pas de même pour les suppléments potassiques et pour les diurétiques conservateurs de potassium^{21,22,25,28}. L'étude la plus instructive est celle du programme de surveillance médicamenteuse de Boston²², où 283 réactions secondaires ont été rapportées chez 492 patients recevant du KCl (86% de ceux-ci pour prévenir plutôt que pour traiter une hypokaliémie). L'hyperkaliémie a contribué au décès de 7 patients et a menacé la vie de 21 autres.*

Il ressort de toutes ces données que la prescription de routine de suppléments potassiques ou de diurétiques

* Le lecteur intéressé à la question de la relation entre les diurétiques et le potassium est invité à consulter les références citées^{22,24-28}, où il trouvera non seulement des détails supplémentaires et des réponses à d'autres questions, mais également des bibliographies extensives.

ques conservateurs de potassium n'est pas justifiable. Cette recommandation a été réitérée à plusieurs reprises récemment^{1,2,27,28}. Si l'on décide d'instituer une thérapie anti-hypertensive à l'aide d'un diurétique, chez un patient qui ne prend pas de digitale, il n'y a donc pas lieu de prescrire d'emblée des suppléments de potassium ou un diurétique conservateur de potassium. La kaliémie sera vérifiée avant traitement et au bout de 4 à 8 semaines^{25,29}. Une hypokaliémie asymptomatique au-dessus de 3,0 mEq/l n'a pas à être corrigée^{1,25,26}. Ce n'est pas la valeur de laboratoire mais le patient qui doit être traité. Si l'on soupçonne que des manifestations telles que la fatigue, des crampes musculaires ou des arythmies cardiaques sont dues à l'hypokaliémie, on est alors justifié de tenter d'en faire la preuve en corrigeant l'hypokaliémie. La première étape consiste à recommander une diète riche en potassium et une réduction modérée de l'apport en sodium^{2,28}. Si l'on décide finalement d'utiliser des suppléments potassiques ou des diurétiques conservateurs de potassium, une surveillance biochimique périodique est nécessaire²⁹. On doit éviter de prescrire à la fois des suppléments de potassium et de l'amiloride, de la spironolactone ou du triamterène, seuls ou en association^{1,25,28,29}. En suivant ces recommandations, moins de 15% des patients qui prennent un thiazide en raison de leur hypertension, auront besoin d'un autre de ces agents. Les résultats en seront pour le patient un coût moindre, un risque diminué et une meilleure fidélité au traitement.

summary

In the step-care treatment of hypertension, diuretics have a role to play at each step. Thiazides and thiazide-like drugs can control the blood pressure of near 50% of patients with mild to moderate hypertension. Their tolerance is usually good. In most cases, a single daily dose is adequate, and it is not useful to give more than recommended doses. Hypokalemia secondary to diuretics has causes unwarranted concern. The balance of risks versus benefits indicates that one is not justified to prescribe routinely potassium supplements of potassium-sparing diuretics. Asymptomatic kalemia above 3.0 mEq/l needs not be treated.

bibliographie

1. Kuchel O.G., Mahon W.A., Mckenzie J.K., Ogilvie R.I. :
Approach to drug therapy for hypertension. *Can. Med. Ass. J.*, 1979 ; 120 : 565-570.
2. Laroche P. :
Traitement par étapes de l'hypertension artérielle. *Union Méd. Canada*, 1981 ; 110 : 397-400.
3. Tarazi R.C. :
Diuretic drugs : mechanism of antihypertensive action dans *Hypertension : mechanisms and management*. Edité par G. Onesti, K.E. Kim et J.H. Moyer, Grune and Stratton, New York, 1973, p.251.
4. Leth A. :
Changes in plasma and extracellular fluid volumes in patient with essential hypertension during long term treatment with hydrochlorothiazide. *Circulation*, 1970 ; 72 : 479-485.
5. Wilson W.R., Okun R. :
The acute hemodynamic effects of diazoxide in man. *Circulation*, 1963 ; 28 : 89-93.
6. Dikshit K., Vyden J.K., Forrester J.S., Chatterjee K., Prakash R., Swan H.J.C. :
Renal and extrarenal hemodynamic effects of furosemide in congestive heart failure after acute myocardial infarction. *N Engl. J. Med.*, 1973 ; 288 : 1087-1090.
7. Goldberg L.I., Rick J.H., Oparil S. :
Pharmacology of antihypertensive agents dans *Hypertension* édité par J. Genest, E. Koiv et O. Kuchel, McGraw-Hill, 1977, pp. 1007-1012.
8. Freis E.D., Wanko A., Schnaper H.W., Frohlich E.D. :
Mechanism of the altered blood pressure responsiveness produced by chlorothiazide. *J. Clin. Invest.*, 1960 ; 39 : 1277-1281.
9. Baer J.E. :
Diuretics dans *Pharmacology of antihypertensive drugs* édité par A. Scriabine, Raven Press, New York, 1980, pp. 1-20.
10. Lemieux G., Beauchemin M., Gougoux A., Vinay P. :
Treatment of arterial hypertension with tielinic acid, a new diuretic with uricosuric properties. *Can. Med. Ass. J.*, 1978 ; 118 : 1074-1078.
11. Paddack G.L., Wahl R.C., Holman R.E., Schorr W.J., Lacher J.W. :
Acute renal failure associated with ticrynafen. *JAMA*, 1980 ; 243 : 764-765.
12. Araoye M.A., Chang M.Y., Khatri I.M., Freis E.D. :
Furosemide compared with hydrochlorothiazide. Long term treatment of hypertension. *JAMA*, 1978 ; 240 : 1863-1866.
13. Drugs for hypertension :
Med. Letter Drugs Ther., 1981 ; 23 : 45-48.
14. Bennett W.M., McDonald W.J., Kuehnel E., Hartnett M.N., Porter G.A. :
Do diuretics have antihypertensive properties independent of natriuresis ? *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1977 ; 22 : 499-504.
15. Ogilvie R.I., Piasfsky K.M., Ruedy J. :
Antihypertensive responses to spironolactone in normal renin hypertension. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1978 ; 24 : 525-530.
16. Hoefnagels W.H.L., Drayer J.I.M., Smals A.G.H., Kloppenborg P.W.C. :
Spironolactone and amiloride in hypertensive patients with and without aldosterone excess. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1980 ; 27 : 317-323.
17. Kremer D., Boddy K., Brown J.J., Davies D.L., Fraser R., Lever A.F., Morton J.J., Robertson J.I.S. :
Amiloride in the treatment of primary hyperaldosteronism and essential hypertension. *Clin. Endocrinol.*, 1977 ; 151-157.
18. Seely J.F., Dirks J.H. :
Site of action of diuretic drugs. *Kidney Int.*, 1977 ; 11 : 1-8.
19. Ames R.P., Hill P. :
Elevation of serum lipid levels during diuretic therapy of hypertension. *Amer. J. Med.*, 1976 ; 61 : 748-757.
20. Ames R.P., Hill R. :
Increase in serum lipids during treatment of hypertension with chlorthalidone. *Lancet*, 1976 ; 1 : 721-723.
21. Spino M., Sellers E.M., Kaplan H.L., Stapleton C., MacLeod S.M. :
Adverse biochemical and clinical consequences of furosemide administration. *Can. Med. Ass. J.*, 1978 ; 118 : 1513-1518.
22. Lawson D.H. :
Adverse reaction to potassium chloride. *Q.J. Med.*, 1974 ; 43 : 433-440.
23. Tweeddale M.G., Ogilvie R.I., Ruedy J. :
Antihypertensive and biochemical effects of chlorthalidone. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1977 ; 22 : 519-527.
24. Morgan D.B., Davidson C. :
Hypokalemia and diuretics : an analysis of publications. *Brit. Med. J.*, 1980 ; 280 : 905-908.
25. Kassirer J., Harrington J.T. :
Diuretics and potassium metabolism : a reassessment of the need, effectiveness and safety of potassium therapy. *Kidney Int.*, 1977 ; 11 : 505-515.
26. Wilkinson P.R., Issler H., Kesp R., Raftery E.B. :
Total body and serum potassium during prolonged thiazide therapy for essential hypertension. *Lancet*, 1975 ; 1 : 759-762.
27. Lemieux G., Beauchemin M., Vinay P., Gougoux A. :
Hypokalemia during the treatment of arterial hypertension with diuretics. *Can. Med. Ass. J.*, 1980 ; 122 : 905-907.
28. Klotrix and other slow-release potassium tablets.
Med. Lett. Drugs Ther., 1981 ; 23 : 3-4.
29. Jellet L.B. :
Potassium therapy : when is it indicated ? *Drugs*, 1978 ; 16 : 88-94.

Lorsqu'un laxatif s'impose,
pensez à l'action prévisible de
Dulcolax[®]
bisacodyl



les dragées agissent durant la nuit,
les suppositoires et le micro-énéma
exercent leur effet en moins d'une heure

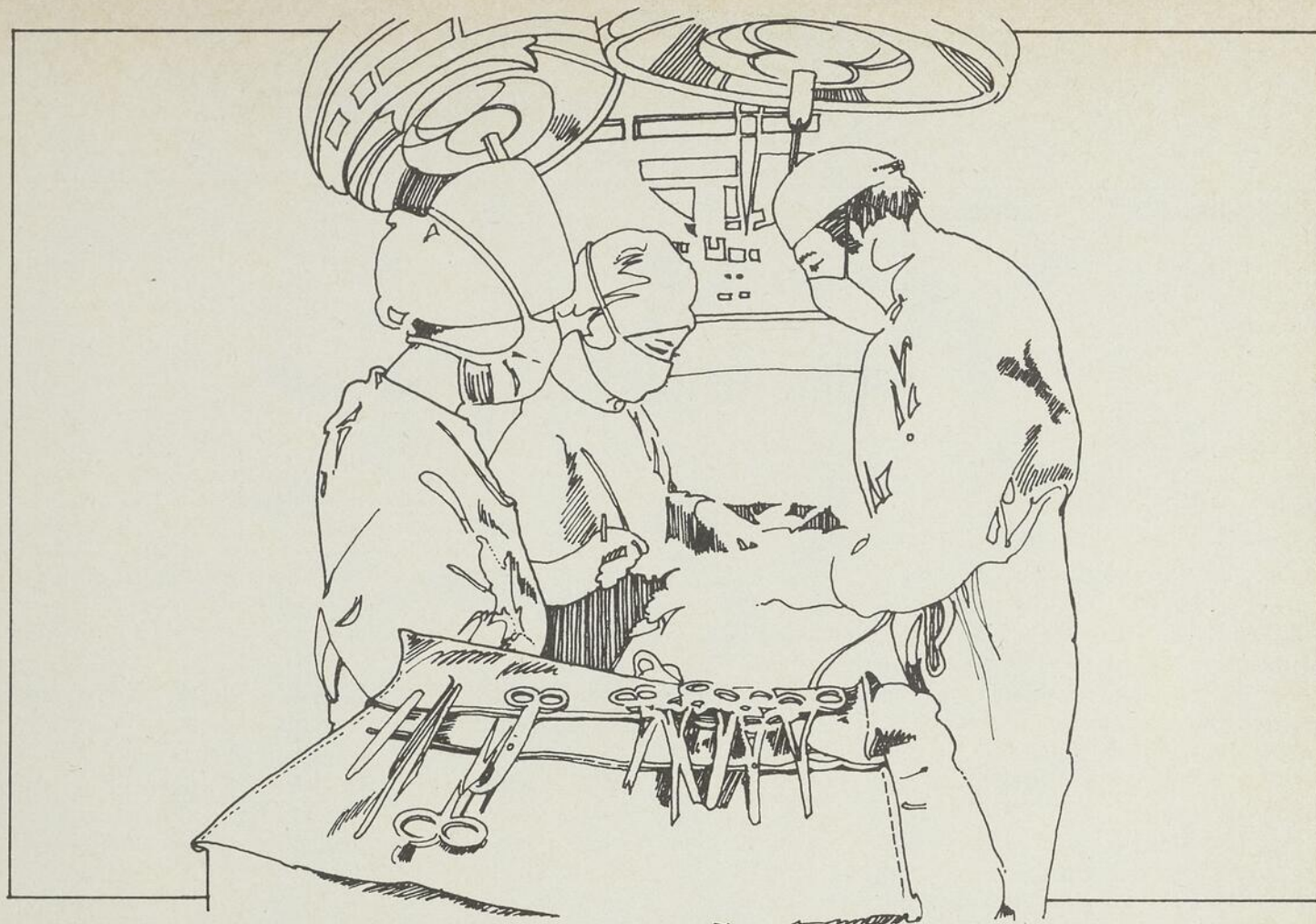
Dulcolax — Un laxatif pour toute la famille

Présentation: Dragées à 5 mg
Suppositoires à 10 mg
Suppositoires à 5 mg pour enfants
Micro-énéma 10 mg/5 ml

GUIDE THÉRAPEUTIQUE ET RENSEIGNEMENTS COMPLETS, SUR DEMANDE

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

FAAR
CCPP



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 _____

PT-UM-0782

Feuille volante

parasito

Une histoire de pêche

Pierre Viens⁽¹⁾

Lorsque la technicienne me téléphona le résultat, je l'invitai à suggérer au médecin traitant de m'envoyer ce malade. Les oeufs de bothriocéphale (ami lecteur : voilà déjà ton diagnostic ! Mais c'est précisément à cause de cela que les événements vont se précipiter...) le Taenia du poisson, ne se retrouvent pas si fréquemment sous nos latitudes compte tenu de nos habitudes alimentaires : manger du poisson cru relève davantage de la contestation sociale que de la gastronomie courante.

La semaine suivante, R.X., électricien de son métier, se présente à la clinique.

Consultant : Nous avons trouvé un parasite dans vos intestins. Il va falloir tirer cela au clair.

R.X. : Un parasite ? Mais c'est tropical, ces choses-là ! J'ai vu à la télé la semaine dernière des horreurs de vers et d'enfants maigres, mais je ne suis jamais allé au chaud, même pas en Floride !

Consultant : Tant mieux ! Car nous avons ici nos parasites à nous, et le vôtre est un de ceux-là. Vous êtes certainement un amateur de chasse et pêche ?

R.X. : Pas du tout ! Je vous avouerai même que je ne mange jamais de poisson.

Consultant : Mon cher monsieur, les choses qui arrivent par l'opération du Saint-Esprit sont de plus en plus rares de nos jours, et je vous engage à bien scruter votre mémoire...

R.X. : Au fait, j'y pense ! Effectivement, je suis allé à la pêche... Une fois. Avec un de mes amis. C'était au début de l'été dernier. Nous n'avions pas d'expérience, mais nous avions décidé d'essayer. Nous avons emprunté l'équipement de pêche et de camping, et nous avons passé quatre jours dans la Réserve du Saint-Maurice. Au risque de ne rien prendre, nous avons apporté de quoi noyer nos déceptions. Le deuxième jour, on avait attrapé quelques brochets mais le noyé-chagrin aidant, on a été surpris par la brunante sur le lac. Ça n'a pas été facile de rentrer au camp. En arrivant, on était un peu fatigué et fort titubant, mais surtout très affamé. Mon copain a allumé un feu, j'ai nettoyé un des brochets qu'on a fait "passer" à la braise. Et voilà ! Vous avez tout mon passé de pêche et mon record de consommation de poissons !

Consultant : C'est merveilleux, car ça explique tout. Voici votre ordonnance pour quatre comprimés de niclosamide qui vont régler très vite ce petit problème. A propos, comment se fait-il donc que vous ayez eu des analyses de selles ? Etiez-vous malade ?

R.X. : Pas du tout, je me suis toujours senti très bien ! C'est mon petit voisin, étudiant en biologie, qui voulait que je participe à une étude sur les diarrhées à titre d'échantillon-témoin !

Consultant : Il serait utile de demander à votre compagnon de misère de venir me voir.

Les selles du compagnon en question étaient une véritable omelette d'oeufs de bothriocéphale. Il confirma l'épopée de son compère, ingurgita la niclosamide et jura sur sa tête qu'on ne le reprendrait jamais plus une ligne à la main !

Je me plais, depuis, à raconter cette anecdote à tous les groupes d'étudiants que je rencontre.

Consultant : Le bothriocéphale est un taenia, un ver plat segmenté qui peut mesurer de 15 à 20 pieds de long. Sauf qu'il n'est pas, lui, solitaire : un Esquimau en a déjà éliminé une longueur totale de 351 pieds (117m), ce qui constitue un record, et de quoi écoeurer l'estomac le plus solide. Les oeufs sont rejetés dans les matières fécales, ils sont ingérés par des petits crustacés qui servent de nourriture à des ménés, et ainsi de suite jusqu'au gros prédateur de bout de chaîne qu'est notre brochet. Les larves infestantes sont dans la chair du brochet : elles mesurent un pouce de long, sont de couleur blanc nacré. Ça se voit... sauf quand on apprête le brochet en pleine nuit avec une vision quelque peu embrouillée. La cuisson les stérilise : en général, le poisson se mange bien cuit. Qui donc est un candidat à la bothriocéphalose ?

1. Nos deux loustics, aussi inexpérimentés en cuisine qu'en pêche ;
2. Indiens et Esquimaux qui, par la force des choses n'ont pas toujours le loisir et le feu pour bien cuire le poisson ;
3. Toute personne dont les habitudes alimentaires conduisent à goûter ou manger du poisson cru. Les femmes juives, lors de la préparation de mets rituels traditionnels. Les originaux en mal d'expériences culinaires hors de l'ordinaire.

Feuille *volante*

parasito

Étudiant : C'est donc une maladie reliée à la contamination de l'eau !

Consultant : Mais pas du tout ! Les oeufs de bothriocéphales provenant des excréments humains ne sont pas infestants comme tels ! Ils doivent suivre obligatoirement un cycle biologique très complexe avant d'aboutir dans la chair du brochet. C'est essentiellement, une parasitose liée à des habitudes alimentaires bien précises.

Étudiant : Est-ce à dire que les chasseurs-pêcheurs sont plus sujets aux parasitoses ?

Consultant : Forcément. Les poissons, le gibier sont toujours fortement parasités. Même les animaux domestiques. C'est normal. Les amateurs de vie au grand air doivent le savoir : il faut se laver les mains, bien faire cuire les viandes, et le tour est joué.

Étudiant : En faisant mon marché chez un poissonnier célèbre de Montréal, il m'est arrivé de voir de longs vers blancs filiformes sortant de filets de morue. C'est écoeurant !

Consultant : Pas du tout, il s'agit peut-être de larves d'Anisakis, l'ascaris du requin. Il suffit de les enlever (c'est facile), de bien cuire... Mais surtout de choisir un autre morceau, si possible !

Étudiant : Je croyais que les parasites ne se développaient qu'en pays chaud...

Consultant : Désolé de te décevoir : les parasites sont omniprésents, dans la mer des Caraïbes comme dans l'Arctique. Dès que le style de vie se rapproche des conditions naturelles, il faut se méfier. Taenias, bothriocéphales, ascaris et autres consorts sont légion, mais la plupart du temps peu virulents. Ils font partie du contexte "naturel".

Étudiant : Ce que je suis heureux que notre environnement urbain ait éliminé toutes ces bestioles...

Consultant : Pour les remplacer par le bruit, les gaz, la pollution chimique, le stress, et j'en passe. La sagesse n'est pas pour demain.

1) M.D., Ph.D., professeur agrégé au département de microbiologie et immunologie de l'Université de Montréal et membre du service des maladies infectieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Quand "le marchand de sable" ne fait pas son devoir...

Noludar® 300
prend la relève

®Marque déposée
Can. 1036



Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec J7V 6B3

PAAB
CCPP

Évaluation de la dystrophie musculaire de Duchenne

Partie II. Caractères du potentiel d'action d'unités motrices isolées au stade non-ambulatoire

Thérèse Simard⁽¹⁾

Résumé

L'électromyographie du potentiel d'action d'une unité motrice isolée d'un muscle de l'épaule non fonctionnelle et d'un muscle de la main encore fonctionnelle fut étudiée avec une électrode quadribipolaire multifilaire. Les données multiterritoriales myoélectriques simultanées ont servi à reconnaître avec certitude et à mieux interpréter des caractères EMG normaux, myopathiques et neuropathiques du substratum musculaire au stade avancé de la dystrophie musculaire de Duchenne. De telles études, chez des plus jeunes patients, pourraient sans doute aider à déterminer la période d'origine de ces caractères.

La détermination d'un pronostic individuel de malades souffrant de la dystrophie musculaire de Duchenne nécessite des études détaillées de l'état du système locomoteur à tous les stades de cette maladie. L'analyse de la qualité du fin contrôle neuromusculaire du stade avancé de cette maladie déjà rapportée par Simard¹, est ici poursuivie par l'étude des caractères myoélectriques distinctifs du potentiel d'action isolé chez ces mêmes patients.

Malgré un grand nombre d'études du système neuromusculaire de chacune des myopathies, leurs critères électromyographiques pathognomoniques demeurent encore très difficiles à déterminer. Jusqu'à présent, dans cette maladie, on a remarqué que le voltage du tracé interférentiel de l'effort maximal était abaissé, que certains potentiels sont de courte durée et que des potentiels multiphasiques de l'activité légère sont de haute fréquence. Les travaux de Kugelberg², Pinelli et Buchthal³ et de Isch⁴ affirment que ces signes sont ceux de toute myopathie. Gruener⁵ attire l'attention sur l'existence d'une activité de repos chez des sujets atteints de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne. Desmedt⁶ y reconnaît des "traînées fi-

nales" au potentiel d'action ("late components") et les impute à la division de certaines cellules musculaires durant une période dite de "régénération" propre au mécanisme de la dégénérescence musculaire.

Il est donc nécessaire d'ajouter des données qualitatives et quantitatives à ces informations afin de mieux cerner les problèmes neuromusculaires propres à chaque stade de la maladie. Les observations du potentiel d'action isolé deviennent très difficiles à interpréter si l'examen se pratique au niveau de l'activité légère, car l'activité de plusieurs unités motrices pourrait inclure des sommations momentanées de potentiels agissant à différentes fréquences et la forme du potentiel analysé en serait alors affectée. L'étude des caractères du potentiel d'action isolé dans les myopathies requiert donc une isolation parfaite de l'action de chaque unité motrice analysée par un apprentissage spécialisé¹.

Méthode

Dix patients atteints de la dystrophie musculaire de Duchenne depuis plus de 11 ans ont participé à cette étude électromyographique¹. On se rappelle que dans la posture d'examen prééta-

1) Professeur agrégé, Université de Montréal, Faculté de médecine, Département d'anatomie et Institut de Réadaptation de Montréal Montréal, P.Q., Canada.

Étude subventionnée par le Banting Research Foundation of Canada, CAFIR de l'Université de Montréal et le Conseil de recherches médicales du Canada.

Article reçu le : 9.11.81
Avis du comité de lecture le : 21.12.82
Acceptation définitive le : 22.2.82

blie en décubitus dorsal, une importance primordiale au maintien de la stabilité du corps et du membre supérieur droit fut accordée¹.

Une électrode multifilaire quadribipolaire⁷ fut introduite au chef claviculaire du deltoïde et au ventre du court abducteur du pouce pour une détection myoélectrique multiterritoriale. Après un court apprentissage menant à bien isoler un potentiel d'action d'unité motrice de forme et de sons distinctifs dans chacun des muscles mentionnés, on pratique un enregistrement électromyographique grâce à un système muni d'une enregistreuse sur papier linographique¹.

La lecture des caractères des potentiels d'actions isolés se base sur un signal de calibration. La valeur de l'amplitude en μV , de la durée en ms, de la vitesse du déroulement de l'information par seconde, peuvent être calculés en rapport avec le signal de valeur connue. La forme, la durée, l'amplitude, la fréquence du potentiel d'action sont observées sur une durée de cinq secondes et sur le tracé où l'amplitude de la détection est la plus élevée. L'analyse finale comprend une distribution de la fréquence de chaque observation des deux muscles étudiés.

Résultats

Quelques sujets ont présenté des potentiels d'actions isolés de forme normale, en effet 27% des observations sont de formes biphasique et triphasique.

Pour les deux muscles à l'étude, on a observé dans 35% des cas des potentiels d'actions multiphasiques de forme dentelée. On a reconnu des potentiels "à deux plages d'action" séparés de quelques ms d'un tracé d'inhibition et quelques autres potentiels suivis de "traînées finales". L'observation a démontré une durée normale (5-10 ms) pour la plupart des potentiels d'actions isolés ($10 + 7/22$, voir le tableau I).

Même si les potentiels "de courte durée" et monophasiques ne furent pas encouragés dans le choix de l'activité isolée, pour un sujet, ce fut la seule possibilité d'établir le fin contrôle. Tout au cours de l'effort lors de la réponse neuromusculaire répétée, on a observée à deux reprises une variation décroissante de quelques ms de la durée du potentiel d'action.

En général ($14 + 7/27$, voir le tableau), la plus haute déflexion des potentiels isolés fut d'amplitude normale (200 à 1000 μV).

Des potentiels de haute amplitude (potentiels "géants") furent cepen-

dant évoqués par deux patients provenant de différentes familles. Chez ces deux patients, une activité légère fut évoquée, au deltoïde, à l'étirement passif du bras (Figure 1), activité aussitôt supprimée à l'arrêt de la manoeuvre. Dans 75% des observations, l'amplitude de potentiels d'actions isolés fut clairement fluctuante. On remarque que cette fluctuation fut produite à différentes périodes de la contraction musculaire, quoiqu'elle semble être plus souvent notée à la fin du potentiel d'action (durant le retour au repos musculaire).

Une "haute fréquence" des décharges des potentiels d'actions d'unités motrices isolées fut généralement reconnue (77%) pour les deux muscles à l'étude. Une action "en doublets" (moins de 4 ms d'intervalle entre les décharges de la même unité motrice) fut observée à quelques reprises.

Discussion

Myopathie

Tous les sujets ont présenté les caractères généraux reconnus de la myopathie au cours des tests évoquant divers types de contraction musculaire. Dans les myopathies familiales, de type Duchenne de Boulogne, les potentiels d'actions d'unités motrices sont brefs,

Tableau I

Distribution de la fréquence des observations sur les caractéristiques des potentiels d'actions d'unités motrices isolées chez 10 patients non-ambulants et atteints de DMD.

		Deltoïde	Court abducteur du pouce	t/t	t/T%
Forme générale	Monophasique	1			
	Biphasique	5	3]		
	Triphasique	1		9/37	27
	Multiphasique		2		
	"Serrated" multiphasique dentelée	8	5	13/37	35
	Géant	2	1		
	Divisé en deux plages	1	1		
	Avec une composante finale	4	3		
Fluctuations de déflexions et périodes	Stable	4	4		
	Au début de la contraction	3	1]		
	Au centre de la contraction	6	2	25/33	75
	A la fin de la contraction	9	4]		
Amplitude (μV)	0- 200	1	2		
	200-1000	14	7		
	1000- +	2	1	3/27	11
Durée (ms)	Moins de 4	3			
	5-10	10	7		
	Variation	2		2/22	9
Fréquence (X/s)	Moins de 10	6	6		
	10-20	21	7]		
	20- +	7		41/53	77
	Décharges en doublets	3	3]		
Activité synchrone	Deux potentiels d'actions d'unités motrices	2	1		

greffées sur des oscillations "moniliformes" de la ligne de base⁴. Lorsque l'atrophie est sévère et la motilité très touchée, on peut recueillir des tracés simples à fréquence élevée de potentiels d'aspect neurogène⁴.

Il est toutefois remarquable de noter que 27% des observations des potentiels d'actions isolés dans cette étude démontrèrent une forme normale. Cette observation indique que, dans une fine activité volontaire, le choix d'unités motrices à activer semble donner une préférence aux unités dont les fibres musculaires sont moins affectées. Cette action préférentielle est probablement l'effet d'un facteur de sauvegarde innée pour éviter la détérioration fonctionnelle même à ce stade de la maladie.

Le signe pathologique, le plus fréquemment reconnu, fut toutefois l'apparence dentelée des potentiels d'actions multiphasiques évoqués volontairement. Cette dentelure est sûrement l'effet de l'action de fibres musculaires partiellement atteintes. Cette atteinte de parties de fibres musculaires et la réorganisation des plaques neuromusculaires sont bien démontrées, entre autres, dans des études histologiques chez de tels patients. Notons entre autres, les études de Dubowitz sur ce sujet⁸. Avec l'aide de l'électromyographie, on peut affirmer que la réorganisation neuromusculaire (déjà reconnue à la biopsie) apporte des unités motrices fonctionnelles chez de tels malades mais que, tout au cours du mécanisme dégénératif, certains segments subissent des changements subséquents qui privent du mouvement. L'analyse de la forme des potentiels d'actions, poursuivie ici dans la DMD avancée, a per-

mis de découvrir non seulement l'aspect multiphasique dentelé de potentiels d'actions mais aussi la grande fréquence de fluctuation d'amplitude de certaines déflexions internes chez 75% des potentiels d'actions isolés. En utilisant le même type d'électrode, les fluctuations des déflexions internes du potentiel d'action sont rarement observées physiologiquement⁷. Avec l'aide d'une électrode bipolaire confectionnée avec des fils fins, semblables à ceux utilisés pour cette étude, elles avaient été reconnues chez un sujet normal sportif qui s'est présenté à l'électromyographie à la suite d'une course prolongée⁹. En rapportant ce cas d'action normale inusitée, on arrive à croire qu'un état de fatigue musculaire pourrait en être le facteur causal. De plus, cette observation de fluctuations de certaines déflexions du potentiel d'action pourrait être l'effet d'une difficulté métabolique tout aussi bien qu'une instabilité dans la transmission de l'influx à travers la membrane musculaire affectée chez ces patients. Rappelons que des déflexions fluctuantes avaient été observées par Simard et coll., mais en moins grande fréquence, dans l'hémiplégie à étiologie cérébro-vasculaire¹⁰. Nous ne pouvons conclure qu'elles sont dues à une difficulté circulatoire, même si cette observation fut reconnue dans certaines études de biopsies, entre autres, de Engel¹¹, mais cette cause d'une lésion circulatoire ne peut être rejetée.

Neuropathie dans la myopathie

Une action répétée d'une synchronie de deux potentiels d'actions d'unités motrices fut observée chez trois patients de cette série, ceci démontre le comportement pathologique de certains motoneurones au stade avancé de la maladie. Ce comportement, déjà rapporté par Walton et Gardner-Medwin¹², fut ici identifié, il confirme donc les travaux antérieurs et éveille la question du moment de son établissement qui est encore inconnu. Les observations présentes ont démontré qu'occasionnellement des potentiels "géants" et une activité à l'étiement musculaire sont rencontrés dans la dystrophie musculaire progressive Duchenne. Ces signes observés généralement dans une lésion du système nerveux central avaient été reconnus dans la myopathie par Pinelli et coll.³ et témoignent d'une neuropathie installée. La haute fréquence des décharges de potentiels d'actions isolés, reconnue clairement dans la plupart des observations de cette série (77% des observations), illustre la perte d'unités motrices fonctionnelles dans les muscles examinés, une séquelle remarquée dans la neuropathie. Sans toutefois appuyer la théorie neurogénique de la dystrophie musculaire apportée par McComas¹³, une influence neurale sur la pathologie musculaire est ici reconnue.

Il faudrait, par des recherches subséquentes, découvrir la période où les signes ci-haut mentionnés s'installent pour éclairer les théories myogénique, neurogénique, membranaire et

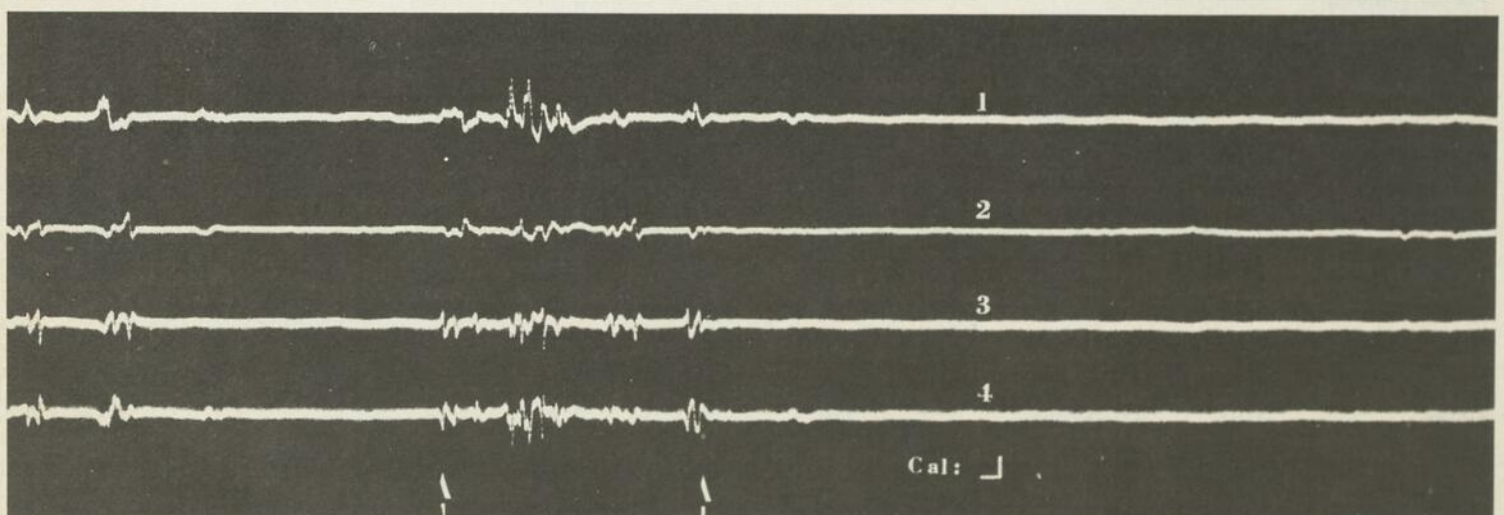


Figure 1.— Exemple d'électromyogramme démontrant une activité légère au deltoïde (portion antérieure) au moment de l'étirement du bras droit d'un patient au stade avancé de la dystrophie musculaire progressive (patient no 3). Cal. Amplitude : 100 μ V, Intervalle : 10 ms. Détection multiteritoriale quadribipolaire — 1er tracé : territoire superficiel, 2e tracé : territoire central, 3e tracé : territoire profond et 4e tracé : activité globale de 7-9 mm interpoles. Les flèches représentent la période d'application de l'étirement manuel du bras.

circulatoire de cette atteinte musculaire.

Différents signes pathologiques des potentiels d'actions isolés ont été mis en évidence. La fréquente dentelure des potentiels multiphasiques démontre la souffrance marquée des fibres musculaires qui sont privées de parties actives. La fluctuation irrégulière dans l'amplitude de certaines déflexions du potentiel d'action est possiblement l'effet d'une faiblesse musculaire propre à provoquer une fatigue physiologique marquée chez tous ces sujets. La fréquence élevée des décharges isolées et l'observation de potentiels à action synchrone illustrent la souffrance neuropathique installée à ce stade de la maladie.

Ces données sur l'action d'unités motrices isolées donnent une nouvelle dimension à l'évaluation qualitative du patient atteint de la dystrophie musculaire progressive Duchenne dont elle élargit les connaissances morpho-kinésiologiques au stade avancé de cette maladie. De telles études, à différentes étapes de la maladie, serviraient à concevoir les signes myoélectriques pathologiques propres à chacune des périodes. En réadaptation, la poursuite de l'analyse de ces signes pourrait sans doute aider à établir à un pronostic vital précoce sur lequel s'appuie un plan de traitement.

remerciements

L'auteur désire adresser des remerciements au docteur Jean-Yves Tremblay, des Jardins Versailles de Montréal, pour avoir référé les patients étudiés et à mademoiselle Liliane Poirier, infirmière des Jardins Versailles, pour son aide à l'obtention du consentement des patients à cette recherche et à la facilitation de leur transport au Département de recherche de l'Institut de Réadaptation de Montréal.

summary

Electromyography of isolated motor unit action potentials from both the non functional shoulder and a functional hand muscles was studied with a quadripolar multiwire electrode. Simultaneous multi-territorial observations enable us to interpret more more satisfactory, normal, myopathic and neuropathic EMG signs in the muscular substratum of the advanced stage of Duchenne muscular dystrophy. Similar studies, with younger patients are required for the determination of the origin period of those myoelectric characters and the value of their observed frequency.

bibliographie

1. Simard T.G. :
Evaluation du fin contrôle neuromusculaire de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne. Une étude fondamentale en clinique en réadaptation de 10 patients non-ambulants. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : 569.
2. Kugelberg E. :
Electromyogram in muscular dystrophies. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1949 ; 12 : 129-136.
3. Pinelli P. et Buchthal F. :
Muscle action potentials in myopathies with special regard to progressive muscular dystrophy. Neurology, 1953 ; 3 : 347-359.
4. Isch F. :
Electromyographie. Ed. Doin, 1963.
5. Gruener R. :
In vitro membrane excitability of diseased human muscle. In Rowland, L.P. (Editor) : Pathogenesis of the human muscular dystrophies. Fifth Int. Scientific Conference. Muscular Dystrophy Association, Amsterdam, Excerpta Medica : 243-258, 1977.
6. Desmedt J.E. :
Regeneration in Duchenne Muscular Dystrophy. Arch. Neurol., 1976 ; 33 : 642-650.
7. Simard T.G. :
Fine neuromuscular control of the posterior deltoid muscle during resistance to finger extension. Amer. J. Phys. Med., 1977 ; 56 : 275-292.
8. Dubowitz V. et Brooke M. :
Muscle biopsy : A modern approach. W.B. Saunders Co. Ltd., Toronto, 1973.
9. Simard T.G. :
A note on unusual electromyographic motor unit action potentials in human healthy subjects. Electromyography, 1971 ; 1 : 83-91.
10. Simard T.G., Rengifo R.D.G., Lopez L.A.D. et Ladd H.W. :
Electromyographic morphophysiology evaluation of single motor unit action potential after hemiplegia. Féd. Can. Soc. Biol., 1973 ; 16 : 400.
11. Engel W.K. :
Duchenne muscular dystrophy : A histologically based ischemia hypothesis and comparison with experimental ischemia myopathy. In the striated muscle. Int. Acad. of Pathol. Monograph, no 12, Pearson, C.M., Mustofi, F.D. (Editors). The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1973.
12. Walton J.N. et Gardner-Medwin D. :
Disorders of voluntary muscle. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3e éd., 1974, Rép. 1976.
13. McComas A.J. et Thomas H.C. :
A study of the muscle twitch in the Duchenne type muscular dystrophy. J. Neurol. Sci., 1968 ; 7 : 309-312.

OVULES VAGINAUX ECOSTATIN (Nitrate d'éconazole)

Classification thérapeutique SUBSTANCE ANTIFONGIQUE

DESCRIPTION: Le nitrate d'éconazole est une poudre fine, blanche à blanchâtre, soluble dans le méthanol et légèrement soluble dans l'éthanol, l'isopropanol, l'acétone, le benzène et le cyclohexane.

COMPOSITION: Les ovules vaginaux ECOSTATIN sont des ovules de couleur crème-blanchâtre à jaunâtre en forme ovale, chaque ovule contenant 150 mg de nitrate d'éconazole, formulé dans un excipient de triglycérides synthétiques d'huile de noix de coco.

EFFET: Le nitrate d'éconazole exerce un large spectre d'activité fongistatique *in vitro* contre les espèces du genre *Candida*. L'activité fongicide contre le *Candida albicans* a également été démontrée. Des études *in vitro* suggèrent que l'activité antifongique démontrée par le nitrate d'éconazole contre les espèces de *Candida* est principalement due à des altérations de la structure interne ou de la perméabilité de la membrane cellulaire du champignon.

INDICATION: Les ovules vaginaux d'ECOSTATIN sont indiqués pour le traitement local de la candidiase (moniliase) vulvovaginale.

CONTRE-INDICATION: Hypersensibilité au nitrate d'éconazole.

PRÉCAUTIONS: Si l'irritation marquée ou la sensibilisation surviennent après l'usage intravaginal, cesser le traitement à l'ECOSTATIN.

La candidiase rebelle peut être un symptôme du diabète non-décéléré. Des études appropriées de l'urine et du sang peuvent être indiquées chez les patientes réfractaires au traitement.

Durant la période de traitement, il peut être préférable d'aviser la patiente d'éviter les relations sexuelles ou, alternativement, de recommander l'emploi d'un condom.

Le nitrate d'éconazole étant absorbé en petites quantités du vagin humain, il ne devrait être employé durant le premier trimestre de la grossesse que si le médecin le considère essentiel pour le bien-être de la patiente.

Les patientes enceintes doivent être avisées d'utiliser de prudence dans l'emploi de l'applicateur vaginal.

EFFETS NOCIFS: L'ECOSTATIN peut occasionnellement causer une démangeaison, une sensation de brûlure ou d'autres signes d'irritation locale. Ces effets nocifs sont habituellement temporaires; ils sont rarement suffisamment sévères pour nécessiter l'arrêt du traitement.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE: Non connus.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION: Pour la vulvovaginite à *Candida*, la dose recommandée est d'un ovule inséré à l'heure du coucher pour 3 jours consécutifs. L'ovule doit être inséré haut dans le vagin au moyen de l'applicateur. La patiente devrait être couchée sur le dos durant l'insertion de l'ovule.

Il est important de poursuivre le traitement durant la menstruation. L'administration doit être poursuivie pour la période complète de 3 jours même si les signes et les symptômes de la maladie disparaissent.

Bien qu'un traitement de 3 jours soit habituellement suffisant, il peut être occasionnellement nécessaire d'entreprendre un deuxième traitement.

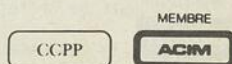
FORME POSOLOGIQUE: ECOSTATIN est fourni en paquets contenant un applicateur réutilisable et 3 ovules, chaque ovule contenant 150 mg de nitrate d'éconazole.

ENTREPOSAGE: Garder à la température de la pièce (15°-30°C).

Monographie du produit disponible sur demande.



SQUIBB CANADA INC.
2365, CÔTE DE LIESSE
MONTREAL (QUEBEC)



Halcion®

Hypnotique (triazolam)

Renseignements thérapeutiques

Mode d'action: Halcion (triazolam) est une benzodiazépine à action hypnogène de courte durée.

Lors des études (de 1 à 21 jours) effectuées chez l'homme, dans les laboratoires du sommeil, le triazolam a réduit la latence du sommeil, prolongé la durée du sommeil et diminué le nombre de réveils nocturnes. D'après certaines de ces études, une insomnie de rebond peut survenir lors de la cessation du traitement.

Aucun effet respiratoire significatif ni aucune dépression cardio-vasculaire importante ne furent observés au cours des études de tolérance effectuées avec des doses thérapeutiques de triazolam. Chez l'homme, les doses orales de triazolam sont bien absorbées. La demi-vie du produit est courte, soit d'environ trois heures, et après des doses multiples il n'y avait, dans le sang, aucune accumulation de triazolam ni de ses métabolites. La principale voie d'excrétion des doses orales est l'urine; l'excrétion fécale est d'environ 8%.

Dans deux études distinctes, des doses de 0.5 mg de triazolam n'ont pas affecté le temps de prothrombine ni les taux plasmatiques de warfarine chez des volontaires mâles ayant reçu de la warfarine sodique per os.

Indication et usage clinique: Halcion (triazolam) est un agent hypnotique utile pour le traitement de courte durée de l'insomnie. Il ne doit pas être utilisé pendant plus de 21 jours consécutifs.

Contre-indications: Halcion (triazolam) est contre-indiqué chez les sujets hypersensibles à ce composé ainsi que chez les personnes souffrant de myasthénie grave et celles avec antécédents de glaucome. L'innocuité et l'efficacité de ce produit n'ont pas été établies pour les sujets de moins de dix-huit ans.

Au cours des études expérimentales, le triazolam et ses métabolites furent sécrétés dans le lait des rates. Ces études n'ayant pas été effectuées chez l'humain, il s'ensuit que ce médicament ne doit pas être pris durant la période de lactation.

Mise en garde: Il importe d'avertir les personnes prenant le Halcion (triazolam) que l'emploi simultané d'alcool et de neurodépresseurs risque de produire un effet additif. L'association alcool/doses thérapeutiques de triazolam a causé une sévère dépression du système nerveux central.

Des cas d'amnésie antérograde, de sévérité variable, ont été signalés suivant l'emploi de doses thérapeutiques d'Halcion. D'autres benzodiazépines ayant également causé cet effet, des études sont actuellement en cours pour en déterminer la signification clinique.

On n'a pas pu démontrer de dépendance physique ni psychique chez des patients ayant reçu 0.5 mg/jour de triazolam pendant 90 jours, ni chez des volontaires normaux ayant pris des doses de 1 mg par jour pendant 42 jours. Il importe toutefois de surveiller de près les personnes ayant une tendance à abuser de médicaments.

Chez les patients âgés ou débiles, et chez ceux avec troubles cérébraux de nature organique, on recommande d'amorcer le traitement au Halcion avec la plus petite dose possible, pour l'augmenter graduellement, si besoin est, afin d'éviter le risque de sédation excessive, d'étourdissement et de troubles de la coordination.

Emploi durant la grossesse: L'innocuité du Halcion n'a pas été établie chez la femme enceinte. Ce composé n'est donc pas recommandé au cours de la grossesse ni durant la période de lactation. Des études ont révélé que l'emploi de benzodiazépines (chloridiazépoxide et diazépam) et de méprobamate, au cours du premier trimestre de la grossesse, risque de causer des malformations congénitales. Le triazolam étant un dérivé de la benzo-

Pour l'insomniaque une meilleure nuit de sommeil... minimum d'effet sur l'activité du lendemain

diazépine, son usage est donc rarement justifié chez la femme en âge de concevoir. S'il est prescrit, il importe d'avertir la patiente de voir son médecin, si elle pense être enceinte ou voudrait le devenir, en vue de terminer le traitement.

Précautions: Faire preuve de prudence en présence de symptômes de dépression ou de signes de dépression latente, particulièrement une tendance au suicide; des mesures de protection peuvent être nécessaires.

Avertir le patient de ne pas s'engager dans des activités exigeant une parfaite acuité mentale comme l'utilisation de machines ou la conduite d'un véhicule, peu de temps après la prise du médicament.

Se montrer vigilant face à un dysfonctionnement rénal ou hépatique.

Réactions défavorables: La fréquence et la sévérité des réactions défavorables du Halcion (triazolam) sont reliées à la dose. Les réactions les plus fréquentes sont: somnolence matinale, abrutissement, vertiges, étourdissement, troubles de la coordination, céphalée et nausées. Une somnolence grave et des troubles de la coordination signalent une intolérance au médicament ou le surdosage. Les réactions moins fréquentes sont: agitation, altérations gustatives, dépression, vue trouble, irritabilité, amnésie antérograde (voir MISE EN GARDE), constipation, éruption cutanée, diarrhée, malaises épigastriques, nervosité, faiblesse, confusion, yeux brûlants, sécheresse de la bouche, tinnitus, palpitations, fatigue, hoquet, hallucinations, troubles visuels, élévation des taux des SGOT, bilirubine totale et directe et phosphatase alcaline. Des réactions paradoxales (stimulation, excitation, hyperactivité ou autre réaction adverse du comportement) ont été rapportées. Leur fréquence est plus grande s'il y a des antécédents de troubles émotionnels et/ou de maladie mentale.

Symptômes et traitement du surdosage: Le surdosage d'Halcion (triazolam) se manifeste par une extension de l'activité pharmacologique, soit les effets de somnolence et d'hypnose. Il importe de surveiller la respiration, le pouls et la pression sanguine, et de prendre les mesures qui s'imposent. Effectuer immédiatement un lavage gastrique. Administrer des liquides i.v. et maintenir les voies aériennes libres.

Les études expérimentales sur les animaux indiquent que de massives doses intraveineuses de triazolam peuvent causer un collapsus cardiopulmonaire et que ce processus peut être inversé par la respiration mécanique positive et la perfusion i.v. de lévarténol. De plus, l'hémodialyse et la diurèse forcée ne semblent pas être fort utiles. Comme pour tout surdosage intentionnel, le médecin doit considérer la possibilité que le sujet ait également avalé d'autres médicaments.

Posologie et mode d'administration: Il importe d'individualiser la posologie pour obtenir l'effet hypnotique recherché et pour éviter une hyper-sédation et d'autres effets indésirables.

Posologie adulte: La dose initiale recommandée est de 0.25 mg, à ajuster selon la réaction du patient, avec un maximum de 0.5 mg.

Posologie gériatrique: Vu la sensibilité accrue des personnes âgées, la dose initiale doit être de 0.125 mg. Elle peut, au besoin, être portée au maximum de 0.5 mg.

Présentation: Halcion (triazolam) est présenté sous forme de comprimés sécables: 0.125 mg (mauve), 0.25 mg (bleu clair) et 0.5 mg (blanc) en flacons de 100 et de 500.

Monographie envoyée sur demande.

111 ans! La force de l'Union

Textes choisis
par Gabrielle Faucher

Emploi du phosphore dans les névralgies (docteur Messenger Bradley) — L'auteur conseille ce médicament surtout dans les cas de névralgie par épuisement, dans ces cas où suivant l'expression de Romberg la douleur semble être "un cri du nerf affamé réclamant les bienfaits d'un sang riche et réparateur", ou plutôt une demande pressante de phosphore, le nutriment spéciaux; du système nerveux.

M. Bradley emploie quelquefois le phosphore dissout dans un corps gras, en pilules entourées de gélatine, mais il préfère la teinture éthérée qu'il administre à la dose de cinq gouttes avant l'accès. Cette teinture est une solution éthérée de phosphore au centième; chaque dose représente donc environ un vingtième de grain du métalloïde. (Lyon Médical)

Moyen simple d'améliorer l'état sanitaire des villes — Le Dr Alfred Carpenter, de Londres, recommande fortement de mettre tous les égouts des maisons en connexion avec une des cheminées ou avec un tuyau ventilateur spécial se rendant jusqu'au toit. Par cet arrangement très simple, l'air circule dans les égouts et les gaz méphitiques, au lieu de s'introduire dans la maison pour produire des maladies typhoïdes ou autres, sont soumis à l'action purifiante de l'oxygène, rendus par là même non malfaisants et ensuite dissipés dans l'atmosphère.

A New York et autres villes (à Montréal, pourrions-nous ajouter), il existe des milliers de demeures malsaines, rendues telles par la pression de retour de l'air contenu dans les égouts, dont l'assainissement serait effectué en quelques instants par l'usage de quelques pieds de

► page 630



7811 MARQUE DÉPOSÉE HALCION CF 10372C

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
865 YORK MILLS ROAD
DON MILLS, ONTARIO



Communications de l'Association du diabète du Québec, Inc., 16 octobre 1981

L'effet de la Fenfluramine sur la Glycémie dans le Diabète. M. Verdy, L. Charbonneau, I. Verdy, et R. Bélanger. Services d'endocrinologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de l'Hôpital St-Luc.

Il a été suggéré que la Fenfluramine, un anorexigène connu depuis 15 ans, aurait un effet hypoglycémiant. Cependant ces études sont difficiles d'interprétation étant donné qu'il est impossible de dissocier l'effet du médicament de celui de la perte de poids sur la glycémie. Dans une étude à double insu, chez 28 femmes diabétiques traitées aux hypoglycémiantes oraux, nous avons observé chez les malades traités avec Fenfluramine ($n = 14$) (Pondéral Pacap^R, 1 caps. die h.s.) une baisse significative de la glycémie à jeûn qui est passée de $195 \pm 62 \text{ mg/dl}$ à $152 \pm 58 \text{ mg/dl}$ après 4 sem. et à $155 \pm 44 \text{ mg/dl}$ après 8 sem. Les valeurs correspondantes pour 14 malades ayant reçu un placebo étaient $185 \pm 44 \text{ mg/dl}$, $176 \pm 44 \text{ mg/dl}$ et $201 \pm 58 \text{ mg/dl}$ respectivement (moyenne $\pm$ écart type, analyse de variance, $p < 0.001$). La glycémie à 90 et 120 min. après un déjeuner standard faite au début et à la fin de l'étude était également plus basse chez les sujets traités avec Fenfluramine. La perte de poids, minime, des sujets contrôles (0.5 kg à 4 sem. et 0.9 à 8 sem.) n'était pas statistiquement différente de celle des sujets traités (1 kg à 4 sem. et 1.7 kg à 8 sem.). En conclusion, cette étude démontre que, indépendamment de son effet sur le poids, la Fenfluramine peut faire baisser la glycémie. Cet effet pourrait être secondaire à une potentialisation de l'effet des hypoglycémiantes oraux, ou encore à une action indépendante dont le mécanisme serait à élucider.

Nouvelles approches thérapeutiques: la pompe à insuline et le Medi-Jector. P. Hamet, F. Ducros, C. Doyon, D. Lopez, M. Hamet et J.-L. Chiasson. Institut de Recherches Cliniques de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les buts de cette étude étaient d'évaluer l'efficacité à long terme de l'auto-contrôle en utilisant la pompe à insuline et comparer les pompes avec les injections multiples par Medi-Jector. Nous avons administré un taux de base supplémenté de 2.7 u/20 g de glucides pour le petit déjeuner et de 1.8 u/20 g pour les autres repas. Les données recueillies à domicile ont été obtenues à partir d'un journal d'auto-contrôle. La première étude ($n = 8$) a démontré que l'auto-contrôle avec la pompe demeure très efficace même après une période de 12 mois. Les glycémies moyennes ($n = 340$) AC/PC étaient $175/230$ pré-pompe, $135/160$ sous surveillance médicale et $100/140$ après 12 mois d'auto-contrôle. Les valeurs de l'Hb A_{1c} étaient 11.2% pré-pompe, 7.8% sous surveillance médicale et 8.7% après 1 an d'auto-contrôle. Dans la deuxième étude 4 patients ont utilisé la pompe et 3, le Medi-Jector. Les 2 façons d'administrer l'insuline se sont avérées efficaces. Les glycémies moyennes ($n = 327$) AC/PC pré-Medi-Jector étaient $139/196$, avec Medi-Jector à l'hôpital $137/132$, et après 3 mois d'auto-contrôle, $104/119$; pré-pompe $155/195$, avec pompe à l'hôpital $112/134$ et après 3 mois d'auto-contrôle, $107/140$. L'Hb A_{1c}, d'une valeur initiale de 11.7% pré-Medi-Jector et 12.7% pré-pompe, est descendue après 3 mois de thérapie à 8.5% et 9% respectivement. Nous concluons que les patients sont capables d'effectuer un contrôle à long terme en utilisant les doses fractionnées de l'insuline selon la prise glucidique et ce, aussi bien avec la pompe qu'avec les injections multiples par Medi-Jector.

Le Traitement du Diabétique: Nouvelles Techniques de Contrôle et d'Auto-contrôle. J.-L. Chiasson, R. Morrisset et P. Hamet. Hôtel-Dieu de Montréal, Institut de Recherches Cliniques de Montréal.

Le traitement du diabète doit viser à une normalisation de la glycémie. Cela requiert un indice valable de contrôle de la glycémie. Il est évident que la mesure du sucre dans les urines ne signe pas la normoglycémie et reflète mal l'hyperglycémie ($r = 0.21$). Par contre la technologie moderne vient nous offrir de nouveaux moyens pour mesurer la glycémie capillaire. Le but de cette étude était d'évaluer ces différentes techniques en comparaison avec celles du laboratoire de biochimie. Lorsque les analyses étaient faites par plusieurs personnes le coefficient de corrélation pour les glycémies faites par Dextromètre étaient de 0.92 et de 0.83 pour celles faites par Chemstrip BG. Cependant, si une seule personne faisait les analyses, la corrélation était de 0.96 et de 0.93 respectivement. Les glycémies faites par Dextrostix sans réflectomètre nous donnaient une corrélation de 0.95 . Lorsque les glycémies étaient faites avec le Réflomat nous obtenions une corrélation de 0.98 . Enfin, le dernier-né, le Glucomètre donnait une corrélation de 0.98 . Les coûts par détermination peuvent varier de $0.46\$$ à $0.72\$$ pour le Dextrostix, le Dextromètre et le Glucomètre, de $0.54\$$ à $0.99\$$ pour le Chemstrip BG et de $0.70\$$ pour le Réflomat. Ces coûts demeurent 2 à 3 fois moins chers qu'au laboratoire. Ces méthodes étaient rapides et faciles de manipulation. En conclusion: a) la mesure du sucre dans les urines est un mauvais indice de la glycémie; b) ces différentes techniques pour mesurer la glycémie capillaire sont simples, rapides et précises, c) sont d'un coût raisonnable, d) et sont faciles d'application tant à domicile qu'à l'hôpital.

L'EFFET DE L'UTILISATION DE MULTIPLES DOSES D'INSULINE ULTRA-LENTE ET RÉGULIÈRE SUR LE CONTRÔLE DU DIABÈTE

J.F. Yale, D. Monier et A. Bélanger. Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

Depuis la publication de nombreuses études documentant la régression de certaines complications du diabète, suite au contrôle optimal de la glycémie, l'utilisation du "self monitoring", des multiples doses d'insuline et de la pompe à infusion se popularise.

Dans un premier temps, nous avons étudié sur ordinateur les courbes simulées de l'activité insulinaire suivant la fréquence et l'heure des injections d'insuline Ultra-Lente. Nous recherchons un horaire acceptable des injections afin d'obtenir une activité insulinaire de base stable. L'utilisation de trois doses d'insuline Ultra-Lente à l'heure des repas permet d'obtenir un plateau d'activité qui varie de $12,5\%$.

Par la suite, une étude clinique portant sur neuf (9) diabétiques utilisant trois doses d'insuline Ultra-Lente et Régulière par jour, nous a permis d'évaluer la qualité du contrôle obtenu. Nous avons utilisé comme critère de contrôle, l'hémoglobine glycosylée, la glycémie moyenne et la valeur du "M". Cette technique bien reçue de la part des diabétiques, amène une amélioration de la qualité du contrôle.

Nous en concluons que l'utilisation de trois injections d'insuline Ultra-Lente et Régulière par jour est une nouvelle alternative thérapeutique acceptable. Le contrôle clinique qui s'en suit est appréciable.

LA FORMATION DU DIABÉTIQUE: UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DU TRAITEMENT. C. Côté, Ecole de serv. soc. Univ. Laval, Québec.

Le relevé des recherches sur les facteurs psychosociaux reliés au traitement du diabète, font ressortir que l'"éducation" du diabétique, dans les cas de diabète sévère, est relié au contrôle du diabète. Education signifie non seulement transmission d'information. Elle implique une transmission graduelle et systématique des informations, suivant les étapes du traitement; les connaissances portent sur la maladie, ses effets, ses risques, sur les moyens d'y faire face ("Coping set") leurs effets et leurs conséquences. Cette éducation vise, au-delà de l'information, une formation cognitive et volontaire du patient; son engagement personnel basé sur une connaissance des effets de la maladie et des possibilités concrètes de vie satisfaisante.

L'intervention exige plus que de viser l'application de la diète et des injections prévues. Elle exige plus que des rencontres de vérification et de support. (Baker et Barcai) les praticiens doivent donc pouvoir compter sur la collaboration des centres multidisciplinaires, qui assurent une information systématique et continue dans des conditions facilitant la réception et l'apprentissage des informations transmises, mais non reçues, lors de la crise du début de la maladie. Les diabétiques y sont entraînés à prendre en charge, identifier, puis prévoir leurs états métaboliques, et à développer ainsi une relation plus responsable avec leur médecin. Ces centres constituent une ressource essentielle dans le traitement des groupes à risques élevés, et dans les interventions auprès du milieu.

DIABÈTE INSULINO-DÉPENDANT (D.M.) CHEZ LES JEUNES: ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, MONTREAL METROPOLITAIN - 1971-1981. M.M. Belmonte et Eleonor Colle: McGill University-Montreal Children's Hospital Research Institute; Roger Poirier et Jean Wilkins: Hôpital Ste-Justine; Robert Rosenfeld: Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont:

Grâce à la collaboration des hôpitaux susceptibles de recevoir les nouveaux diabétiques âgés de moins de 17 ans nous avons fait deux études, l'une rétrospective des dossiers entre 1971 et 1976 et l'autre prospective à partir de 1976 et qui se poursuit toujours. En autant que possible le sib le plus rapproché en âge au cas DM a servi de contrôle dans l'étude prospective où un questionnaire fut administré et des prises de sang obtenues. Le registre des nouveaux cas nous donne une incidence globale de la maladie de 9.05 cas par 100,000 de population par année. Chez les francophones l'incidence est moindre (7.4/100,000) que chez les autres (10.4/100,000). Quelle que soit l'origine ethnique, l'incidence est supérieure dans les milieux plus fortunés. Le risque qu'un sib soit affecté est de 4.3% et un d'un parent 3.4%. On a noté des fluctuations annuelles dans l'incidence de la maladie et une tendance plus marquée durant les mois d'automne et d'hiver. Aucune étiologie virale n'a été clairement décelée quoiqu'une relation non statistiquement significative a été notée à l'égard des Coxakie B. Les anticorps anti-îlots furent positifs dans 74.8% des cas. 29% des patients sont HLA:B8; 19%:B15; 27%:B18. L'association B8/B15 et B18/B15 est plus forte chez les D.M. que chez les sibs ou les contrôles. DR 3, DR 4 ou DR 3/DR 4 est présent dans 94% des cas. Conclusion: une influence génétique reliée au locus DR semble opérer dans le diabète insulino-dépendant sur lequel des facteurs externes superposés semblent jouer un rôle.

Processus d'évaluation de l'auto-contrôle du diabète à domicile. M. Hamet, J.-L. Chiasson, M. Bourque et P. Hamet. Institut de Recherches Cliniques de Montréal. Montréal (Québec) H2W 1R7.

L'auto-contrôle du diabète est un des moyens les plus efficaces pour améliorer les glycémies. Cependant il est difficile de décider de l'intervention thérapeutique uniquement d'après les glycémies enregistrées par les patients. Nous avons donc développé un système d'évaluation de l'auto-contrôle du diabète à domicile. Ce dernier comprend plusieurs étapes: L'initiation a pour but de déclencher le processus selon un calendrier pré-établi; elle comprend la collecte des données de base (Hb A_{1c}, poids, clearance de la créatinine, protéinurie, glycosurie, et l'indice tensionnel tibio-huméral). Le journal de l'auto-contrôle est le cœur de l'évaluation. Sur un formulaire pré-établi, le patient enregistre durant 3 jours des blocs d'information centrés autour des repas, composés des glycémies AC, dose et mode d'administration de l'insuline, prise alimentaire détaillée et glycémies 60 min PC. Après leur codification, on transmet alors ces données à l'ordinateur. Le résumé du traitement par ordinateur comprendra: le calcul calorique et sa répartition, les valeurs des glycémies et des constantes, la distribution de l'insuline et son rapport avec les glucides et sera comparé avec l'évaluation précédente. L'interprétation de ces renseignements par l'équipe médecin-diététiste décidera de l'intervention thérapeutique. Les résumés des résultats obtenus incluant les suggestions sont fournies dans le rapport au patient. Ce processus devrait faciliter l'intervention thérapeutique, et pourrait être offert à titre de service aux médecins et patients à l'extérieur de notre institution.

LA SEVERITE DE LA MICRO-ANGIOPATHIE DIABÉTIQUE EST-ELLE INFLUENCÉE PAR UN FACTEUR GÉNÉTIQUE? C. CATELLIER, M.D., Département d'Endocrinologie, C.H.U.L., Département de Médecine, Université Laval, Québec.

Une étude d'un groupe de diabétiques de la région de Québec décédés entre le 1^{er} janvier 1970 et le 1^{er} septembre 1981 révèle une survie moyenne depuis le diagnostic beaucoup moins longue que celles rapportées par d'autres groupes dans le monde occidental. Pour les diabétiques reconnus avant l'âge de 30 ans, la durée moyenne de leur diabète est écourtée de plus de 10 ans. Cette constatation, la première dans la population canadienne-française, s'ajoute au fait que le registre international des survivants insulino-traités depuis 50 ans ou plus ne contient aucun Canadien français et à celui de la rareté des diabétiques insulino-traités depuis plus de 40 ans dans notre milieu.

L'hétérogénéité bien reconnue du diabète sucré et sa présentation particulière dans certaines populations isolées, à la fois clinique ou de l'une ou l'autre des complications vasculaires, permet de soulever l'hypothèse d'un facteur génétique influençant la sévérité de la micro-angiopathie. Une enquête épidémiologique plus vaste dans la population canadienne-française du Québec apporterait des éléments pertinents à ce dossier.

ROLE DE L'HOMÉOSTASE GLUCIDIQUE MATERNELLE SUR LA CROISSANCE FOETALE ET LA FONCTION DE TRANSFERT PLACENTAIRE. J. Saintonge, R. Côté*, Dépt. de Pédiatrie, Centre de recherche, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Un. de Montréal.

Plusieurs éléments dans la littérature indiquent que la régulation glucidique maternelle influence la croissance foetale, lors de grossesses normales et diabétiques. Ceci suggère des modifications similaires de la fonction placentaire en relation avec l'équilibre glucidique maternel. Récemment nous avons démontré des changements concomitants de poids foetal et de transfert placentaire d'acides aminés et de glucose, lors de retard de croissance foetale spontané et en relation avec le degré d'intolérance au glucose lors de grossesses diabétiques. Dans ce modèle, un retard de croissance foetale spontané semble être secondaire à une insuffisance de masse et de perfusion placentaires. Lors de grossesses diabétiques, les changements de poids foetal semblent être modulés par des changements de transfert placentaire d'acides aminés.

Le but de cette étude, est de soumettre une hypothèse de travail, qui met en relief le rôle possible de la glycémie et de l'insulinémie maternelles sur la croissance foetale et la fonction de transfert placentaire. Cette hypothèse tenterait d'expliquer sur une base de physiologie placentaire, les changements de poids foetal associés à une augmentation de la résistance à l'insuline (hyperinsulinémie) ou à une hypoinsulinémie maternelle, dans différentes circonstances cliniques.

DIMINUTION DES RECEPTEURS β -ADRENERGIQUES DANS LE MYOCARDE DE RATS DIABÉTIQUES SOUMIS A UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE. A. Nadeau, L. Sylvestre-Gervais*, S. Rousseau-Migneron*, G. Tancrède* et M.H. Nguyen*. Laboratoires de Recherche en Endocrinologie et Métabolisme, C.H.U.L., Québec.

Le diabète sucré s'associe à un risque accru de maladies cardio-vasculaires; par contre, l'entraînement physique semble jouer un rôle préventif sur les maladies cardiaques. Afin d'évaluer l'effet d'un programme d'exercices répétés sur le cœur de rats rendus diabétiques par la streptozotocine (45 mg/kg I.V.), les récepteurs β -adrénergiques furent étudiés chez des rats diabétiques sédentaires ($n = 9$) ou soumis à un programme progressif d'entraînement sur tapis roulant pendant 10 semaines ($n = 10$), ainsi que chez des rats témoins ($n = 13$). La liaison de différentes concentrations de [3 H]-dihydroalprénolol (0.5 à 14.4 nM) aux membranes ventriculaires fut étudiée *in vitro*. Bien que les rats diabétiques sédentaires aient un nombre total de sites de liaison diminué par rapport aux rats témoins (2231 ± 207 vs 2922 ± 211 fmoles/ventricules; $p < 0.05$), il n'y a pas de différence si les résultats sont exprimés en densité de récepteurs: 1993 ± 164 vs 2308 ± 156 fmoles/g de ventricules ($p > 0.05$) ou 40 ± 3 vs 43 ± 3 fmoles/mg de protéine ($p > 0.05$). Par rapport aux rats diabétiques sédentaires, les rats diabétiques entraînés ont une franche diminution dans le nombre total de sites de liaison (1920 ± 179 fmoles/ventricules; $p < 0.01$) ainsi que dans la densité de ces récepteurs: 1782 ± 194 fmoles/g de ventricules ($p < 0.05$) ou 30 ± 3 fmoles/g de protéine ($p < 0.01$). Ces résultats démontrent que l'entraînement physique diminue tant le nombre que la densité des récepteurs β -adrénergiques chez les rats diabétiques. Compte tenu que l'usage de β -bloquants s'avère utile dans le traitement de certaines maladies cardiaques, on peut supposer qu'un effet analogue résulte de la diminution de ces récepteurs suite à l'entraînement.

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

DIRECTEUR BUREAU DE LA FORMATION ET DE L'ÉVALUATION

Les personnes intéressées à occuper le poste de Directeur du Bureau de la formation et de l'évaluation du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada à Ottawa, sont invitées à soumettre leur demande. Le poste deviendra vacant en septembre 1982 lorsque le Directeur actuel prendra sa retraite.

Responsable au Directeur général qui est l'administrateur exécutif en chef, le Directeur du Bureau de la formation et de l'évaluation dirige tous les aspects administratifs et réglementaires relatifs à l'agrément des programmes canadiens de formation médicale spécialisée, à l'évaluation des titres

des candidats auxdits examens et à la conduite des examens écrits et oraux.

Le Collège Royal offre à ses employés une ambiance stimulante, un salaire attrayant ainsi que des bénéfices marginaux importants. Tout candidat à ce poste doit détenir un doctorat en médecine et le titre d'Associé du Collège. Il (elle) doit posséder de l'expérience en éducation médicale et dans les méthodes de gestion. Il serait très avantageux que le candidat puisse parler et écrire dans les deux langues officielles.

Les demandes accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées au Directeur général, 74 Stanley, Ottawa, Canada K1M 1P4.

**Bureau de la formation et de l'évaluation
LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA
74, avenue Stanley
Ottawa, Ontario. K1M 1P4
TÉL: (613) 746-8177**

Index des annonceurs

Association des médecins de
langue française du Canada605

Boehringer Ingelheim
(Dulcolax)652

Burroughs Wellcome Inc.
(Sudafed)631

Calmic Medical Division
(Cortisporin Otic)645

Collège Royal des Médecins
et Chirugiens du Canada
(Examens)608
(Directeur)663
(Examens en Néphrologie) 664

Geigy
(Voltaren) 4e couv.-610

Gouvernement du Canada
(Ministère de la défense
nationale)653

Hoffmann-La Roche Ltd.
(Bactrim) 619-625
(Noludar)655

Smith Kline & French
(Dyazide) 3e couv.-648

Squibb Canada Inc.
(Ecostatin) 606-659

Syntex Inc.
(Anaprox) 637-638-639-640

Upjohn, Compagnie du Canada
(Halcion) 2e couv.-660
(Xanax) 622-623-630

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada *Examens en Néphrologie*

Le premier examen menant au certificat de compétence spéciale en néphrologie se tiendra à l'automne 1983. 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 en néphrologie 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 1983, doivent rendre compte des détails de leur formation en néphrologie (avec preuve à l'appui), le plus tôt possible et au plus tard le 1er septembre 1982, à l'adresse ci-dessous mentionnée. Seuls les candidats qui ont obtenu une évaluation préliminaire de leur formation pourront être admis à l'examen. Il est important de noter que cette évaluation est gratuite.

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

**Bureau de la formation et de l'évaluation,
Collège Royal des Médecins
et Chirurgiens du Canada,
74 Stanley,
Ottawa, Canada, K1M 1P4.**

Colloque sur la médecine préventive

Refonte des règlements de l'AMLFC

Juillet 1982
Vol. XVI, No 7

Rédaction:
Louise Desjardins
(514) 866-2053



A.M.L.F.C., 1440 rue Ste-Catherine ouest
suite 510, Montréal, P.Q. H3G 2P9

BULLETIN

Les dessous cachés de l'allergologie

BULL.: L'allergologie est une spécialité médicale relativement jeune. À quoi attribuez-vous son émergence?

J.H.: Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Il est certain que les recherches des dernières années ont mis en évidence la dimension scientifique de l'allergie. À cet égard, la découverte de l'IGE, l'anticorps responsable des réactions allergiques, a jeté les bases de la physiopathologie de toute allergie. Cette meilleure compréhension des phénomènes allergiques a permis le développement de méthodes diagnostiques beaucoup plus articulées. D'autre part, les manifestations d'allergie sont probablement plus fréquentes qu'elles ne l'étaient auparavant. L'intensité et la variété croissantes des agents polluants ou extérieurs, les variations de température, l'exposition à la fumée et à plusieurs autres irritants non spécifiques, qui ne sont pas nécessairement allergènes au sens pur du terme, ont sans nul doute contribué à l'augmentation des réactions allergiques. Dans ces conditions, il est normal que la spécialité qui s'intéresse à ces phénomènes, tende à croître en parallèle.

BULL.: De quand date la découverte de l'IGE?

J.H.: Depuis une vingtaine d'années environ. Auparavant, nos connaissances sur l'allergie étaient embryonnaires.

BULL.: Pourriez-vous expliciter davantage la relation qui existe entre les facteurs environnementaux et le

Le Dr Jacques Hébert est allergologue au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) depuis 1976. Il poursuit à la fois une carrière de chercheur et de clinicien puisqu'il est rattaché à l'unité de recherche en immunologie et en rhumatologie du CHUL et qu'il traite des patients allergiques hospitalisés ou reçus en clinique externe. Dans cette entrevue, il nous révèle des dimensions souvent oubliées de l'allergie et fait état des recherches actuelles en allergologie.

développement de l'IGE dans les manifestations allergiques?

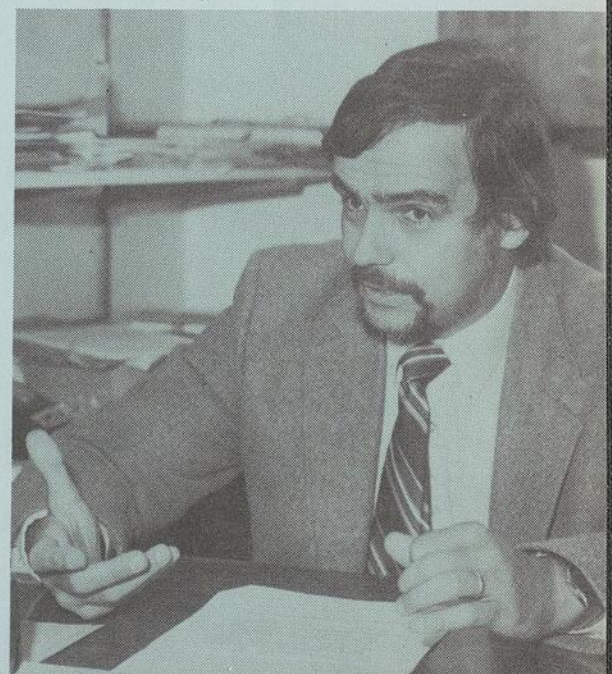
J.H.: Ne devient pas allergique qui veut. Les conditions d'environnement comptent pour beaucoup. Pour développer une allergie, il faut d'abord avoir été en contact. L'allergie à la pénicilline, par exemple, ne se manifestera jamais lors du premier contact, mais lors du second. Par ailleurs, la capacité à produire de l'IGE, lequel en retour est responsable de l'allergie, est sous contrôle génétique. Le bagage génétique variant d'un individu à l'autre, seuls ceux qui ont une susceptibilité héréditaire développeront une allergie. Lorsque ces personnes seront en contact avec un allergène, un chat par exemple, elles pourront produire de l'IGE et éprouver, en conséquence, les symptômes allergiques que l'on connaît.

Allergie et santé mentale

BULL.: Dans un congrès sur l'allergie, le Dr Oscar Frick de l'Université de Californie affirmait que l'allergie

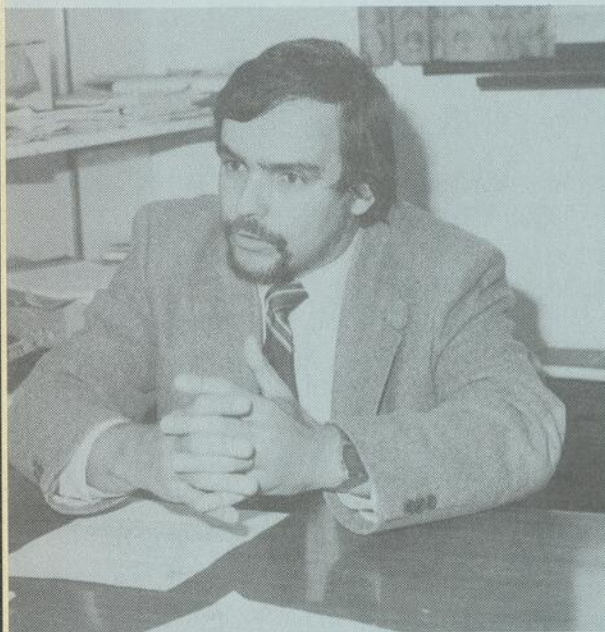
au lait peut causer des troubles mentaux. Qu'en pensez-vous?

J.H.: Le problème n'est pas si simple et il ne faudrait sûrement pas donner à quiconque l'impression qu'une allergie au lait peut causer des troubles mentaux. En fait, les manifestations allergiques comportent plusieurs volets. Essentiellement, elles se caractérisent par un oedème des muqueuses dans n'im-



porte quelle partie du corps. Ainsi, certaines réactions atteignent les voies respiratoires tandis que d'autres sont eczémateuses ou gastro-intestinales. Des manifestations neurologiques pourraient aussi se produire quoiqu'elles aient été rarement décrites.

Par ailleurs, il est certain qu'une personne allergique au lait et qui a de fortes crampes abdominales, de la diarrhée, de l'eczéma et des démangeaisons, peut devenir irritable, anxieuse et agressive. Cette agressivité peut prendre plusieurs formes. De là à dire que l'allergie est directement responsable de la dimension psychologique ou psychiatrique ou qu'elle est une manifestation d'une perturbation psychologique ou psychiatrique, il y a un pas que je suis loin de franchir.



BULL.: Pourrait-on dire qu'en allergie, les réactions physiques et psychiques s'interfluencent?

J.H.: On sait que des manifestations psychologiques peuvent être secondaires à une réaction allergique. Il est également certain que des problèmes psychologiques ou psychiatriques peuvent influencer une réponse allergique. Il y a sûrement une interaction entre les deux phénomènes, sans toutefois que l'on puisse établir une relation directe de cause à effet.

Des conséquences sous-estimées

BULL.: Les allergies peuvent-elles engendrer des maladies graves, voire mortelles?

J.H.: Il n'y a aucun doute là-dessus. Par exemple, quelqu'un qui

est allergique à l'aspirine risque certainement de décéder s'il en prend un demi-comprimé. Aux États-Unis, les allergies aux piqûres d'abeilles ou de guêpes sont responsables d'une cinquantaine de décès par année. Une réaction allergique sévère peut causer directement un arrêt cardiaque, sans atteinte pulmonaire ou autre, avec une chute de tension artérielle.

Par ailleurs, l'allergie peut engendrer des modifications importantes dans la vie des gens. On a déjà vu des boulangers allergiques à la farine qui ont été obligés d'abandonner leur métier. La réaction allergique est individuelle. Sa fréquence et son intensité ne sont pas prévisibles et sont reliées au simple fait de l'exposition, sans égard à la dose.

BULL.: Ces manifestations sévères se produisent-elles souvent?

J.H.: L'allergie a souvent tendance à être sous-estimée. Des accidents sont déjà arrivés parce que le médecin ou le pharmacien concevaient difficilement qu'une demi-aspirine puisse être mortelle. En outre, compte tenu des facteurs psychologiques souvent présents dans une manifestation allergique, la sévérité du problème peut être facilement mal évaluée. A priori, il est préférable de croire le patient et considérer qu'il y a un risque de complications sévères, jusqu'à preuve du contraire. Sans vouloir créer un climat de crainte, il faut demeurer vigilants face aux réactions allergiques car elles nous réservent parfois des surprises.

BULL.: Mais l'allergie n'est-elle pas un phénomène qui peut apparaître ou disparaître spontanément?

J.H.: Effectivement, l'allergie est dynamique parce qu'elle est influencée par l'environnement. On estime que 40% des allergies aux venins d'insectes disparaissent spontanément sans traitement. On ne peut malheureusement pas prédire combien de temps une personne souffrira d'une allergie.

Du soulagement des symptômes à la guérison

BULL.: L'allergie est-elle guérissable ou peut-on seulement en atténuer les symptômes?

J.H.: Certaines allergies sont guérissables. Pour d'autres, il s'agit d'améliorer de façon significative le

sort des personnes atteintes. La première étape du traitement, c'est évidemment d'enlever la cause lorsque cela est possible. Vient ensuite l'intervention médicamenteuse. Les antihistaminiques et les corticostéroïdes sont relativement efficaces pour le soulagement des symptômes allergiques. Il existe aussi des médicaments prophylactiques qui agissent actuellement sur les bronches et sur les yeux. Ils sont particulièrement indiqués pour les allergies aux poils d'animaux et au pollen. Enfin, les programmes de désensibilisation par les vaccins anti-allergiques sont relativement efficaces et peuvent diminuer de façon substantielle, sinon guérir, des manifestations allergiques. Leur utilisation s'avère très intéressante pour les allergies au pollen, moins pour certaines moisissures et poussières, nulle pour les poils d'animaux. Depuis quatre ans, il existe aussi un vaccin, efficace à 95%, pour les allergies aux venins d'insecte. On peut également désensibiliser une allergie à l'insuline, ce qui est particulièrement utile pour les diabétiques. Le vaccin contre l'allergie à l'aspirine n'existe pas encore et on emploie celui contre l'allergie à la pénicilline lorsque cela est absolument nécessaire. En fait, les programmes de désensibilisation pour les venins et les médicaments impliquent des risques et ils doivent être administrés en milieu hospitalier sous surveillance médicale.

BULL.: Quelles sont les perspectives d'avenir en allergologie?

J.H.: Malgré les progrès récents, le meilleur reste à venir car, tout comme l'allergie, l'allergologie est dynamique. L'une de nos recherches actuelles au CHUL consiste à étudier les mécanismes de régulation de la synthèse de l'anticorps de l'IGE. En effet, il ne suffit pas d'évaluer l'effet d'un vaccin sur les patients. Nous avons besoin de paramètres biologiques extrêmement rigides et rigoureux. Le dosage de l'anticorps de l'IGE ne nous renseigne que de façon partielle. Les résultats de nos recherches nous permettront d'établir des modes de désensibilisation qui modifieront la synthèse d'IGE des gènes allergiques, la diminueront et, en conséquence, éteindront à la source les réactions allergiques.

Il y a cinq ans, nous n'avions aucun vaccin à proposer contre les piqûres d'abeilles et de guêpes. Deux ans plus tard, ce n'est plus vrai. La même chose peut arriver pour les allergies aux poils d'animaux.

Un plan de redressement réussi

Grâce à une saine gestion financière et administrative, l'AMLFC a réussi, en quelques mois seulement, à rééquilibrer ses ressources budgétaires tout en maintenant ses principales activités. C'est essentiellement le message que les docteurs Omer Gagnon, président du conseil général, Monique Boivin, présidente de l'AMLFC, Pierre Doucet, trésorier et Raymond Robillard, directeur général, ont transmis aux conseillers généraux lors de leur réunion semi-annuelle, le 15 mai dernier. Le docteur Gagnon a souligné, en outre, que les règlements de l'association (voir encadré) ont été refondus dans un souci à la fois de démocratisation et d'efficacité.

Après avoir fait état des compressions de personnel qui se sont avérées nécessaires, le docteur Boivin a passé en revue les réalisations et les projets de l'AMLFC. Elle a précisé notamment qu'un colloque conjoint avec le Centre hospitalier de la

région de l'Outaouais (CHRO) aura lieu, en octobre à Hull, sur le thème de la médecine préventive. Par ailleurs, les membres du conseil d'administration entreprennent l'étude des objectifs de l'association dès le début de l'été.

Dans son rapport, le docteur Cadotte a souligné que la qualité de contenu et de présentation de L'Union Médicale du Canada est bien établie. De plus, la publicité se vend bien. L'insertion du Bulletin dans l'UMC semble, par ailleurs, susciter des commentaires positifs.

Le succès de la politique de redressement budgétaire, qui a pu s'opérer sans que les services aux membres enregistrent une baisse significative, exprime bien la vitalité de l'AMLFC. Celle-ci prendra certainement une vigueur accrue lorsque de nouvelles activités viendront répondre à d'autres besoins actuels de la profession médicale.



Le docteur Omer Gagnon explique aux conseillers généraux l'une des modifications qui ont été proposées aux règlements. À ses côtés, on reconnaît, de part et d'autre, le docteur Monique Boivin, présidente, et le docteur Raymond Robillard, directeur général.

Congrès français de médecine **TUNIS** du 19 au 21 septembre 1983

Le prochain congrès français de médecine aura lieu à Tunis du 19 au 21 septembre 1983. Les thèmes abordés seront: la maladie périodique, le traitement de l'insuffisance cardiaque, les infections intestinales et le remplacement du plasma. Des communications libres s'y ajouteront. Un programme sera disponible ultérieurement.

Erratum

La rédaction s'excuse auprès du Pr François Lhermitte de l'avoir présenté comme décédé dans l'entrevue avec le Pr André Roch Lecours que le Bulletin publiait en mai 1982. Nous souhaitons longue vie au Pr Lhermitte.



Réseau-Med
1 (514) 866-2057

Refonte des règlements de l'AMLFC *Principales modifications*

1. — Un membre du conseil d'administration est un «administrateur». Le terme «officier» désigne le président, le vice-président, le secrétaire et le trésorier de l'Association. Toutefois, par simple résolution, le conseil d'administration peut nommer d'autres officiers et déterminer leurs fonctions.
2. — L'Association est composée de quatre catégories de membres: les membres actifs, les membres associés, les membres honoraires et les membres étudiants.
3. — Les membres étudiants peuvent être membres du conseil général et être élus membres du conseil d'administration.
4. — Etant donné que le vice-président devient automatiquement président pour le mandat qui suit sa vice-présidence, il n'est pas tenu d'être membre du conseil général au moment de son accès à la présidence. Il en est de même pour le président sortant.
5. — Le conseil général élit le vice-président et huit administrateurs qui formeront le nouveau conseil d'administration avec le président en fonction et le président sortant; pour que leur candidature soit recevable, les nouveaux membres du conseil d'administration, à l'exception du président sortant, devront être aussi membres du conseil général.
6. — Le comité du budget et des finances est un comité statutaire de l'AMLFC. Le conseil d'administration peut constituer des comités lorsqu'il le juge à propos.

Prix de recherche 1982 offerts aux membres de l'AMLFC

Prix Powers aux étudiants, résidents et internes 400 \$

Attribué au meilleur travail de recherche clinique ou fondamentale qui contribue de façon originale à l'avancement de la science médicale. Le texte doit être inédit et rédigé en langue française.

Pour participer: faire parvenir au directeur général de l'AMLFC un manuscrit en six (6) exemplaires (maximum 30 pages tout inclus, à double interligne, format 8-1/2" x 11") signé d'un pseudonyme identifié sous pli séparé. Le texte primé sera publié dans l'Union Médicale du Canada.

Prix de la recherche fondamentale 500 \$

Attribué au meilleur travail de recherche fondamentale publié en 1981.

Pour participer: faire parvenir au président du comité des activités scientifiques de l'AMLFC une copie en six (6) exemplaires, rédigée en français.

Prix de L'Union Médicale du Canada 500 \$

Attribué au meilleur travail de recherche clinique publié dans l'Union Médicale du Canada en 1981.

Note: Chaque prix est indivisible et sera attribué à l'auteur principal si le travail est fait en collaboration. La remise des prix aura lieu à Hull, en octobre, lors des journées scientifiques qu'organise l'AMLFC en collaboration avec le Centre hospitalier de la région de l'Outaouais.

DATE LIMITE POUR PARTICIPER: le 15 AOÛT 1982

Tarifs préférentiels d'association sur présentation de votre carte de membre

			Occ. simple	Occ. double
Montréal et banlieue				
Le Parc Régent	Avenue du Parc	(514) 288-6666	66 \$	66 \$
Regence Hyatt	Centre-ville	(514) 879-1370	70 \$	70 \$
Ritz-Carlton	Centre-ville	(514) 842-4212	85 \$	85 \$
Holiday Inn	Centre-ville	(514) 842-6111	55 \$	62 \$
Holiday Inn	Place Dupuis	(514) 842-4881	55 \$	62 \$
Holiday Inn Richelieu	Rue Sherbrooke est	(514) 842-8581	55 \$	62 \$
Le Méridien	Centre-ville	(514) 285-1450	75 \$	75 \$
Québec				
Hilton international	Place Québec	(418) 647-2411	69 \$	83 \$
Loews Le Concorde	Place Montcalm	(418) 647-2222	65 \$	79 \$
Auberge des Gouverneurs	Place Haute-ville	(418) 653-1460	68 \$	82 \$
Auberge des Gouverneurs	Ste-Foy	(418) 653-1460	66 \$	78 \$
Auberge des Gouverneurs	Mont Ste-Anne	(418) 643-1460	42 \$	54 \$
Holiday Inn	Québec/Ste-Foy	(418) 653-4901	51 \$	58 \$
Autres villes				
Auberge des Gouverneurs	Alma		45 \$	57 \$
	Chicoutimi		50 \$	60 \$
	Gaspé		48 \$	58 \$
	Joliette		52 \$	63 \$
	Manoir Richelieu		41 \$	55 \$
	Matane	1-800-463-2820	45 \$	55 \$
	Rimouski		52 \$	64 \$
	Sept-Iles		53 \$	65 \$
	Sherbrooke		43 \$	52 \$
	Trois-Rivières		49 \$	61 \$
	Val d'Or		44 \$	51 \$
Hôtel Plaza de la Chaudière	Hull	(819) 778-3880	66 \$	66 \$
Loews Westbury	Toronto rue Yonge	(416) 924-0611	56 \$	66 \$

Ces tarifs sont en vigueur jusqu'au 31 décembre 1982.

Colloque sur la médecine préventive

Conjointement avec le Centre hospitalier de la région de l'Outaouais (CHRO), l'AMLFC vous invite à un colloque sur la médecine préventive qui aura lieu à Hull, les 21 et 22 octobre 1982.

Programme scientifique

Le jeudi, 21 octobre

Matinée

Séance inaugurale
Mot du président du conseil des médecins dentistes du CHRO

Dr Paul-André Meilleur

Mot de la présidente de l'AMLFC

Dr Monique Boivin

Prévention du cancer du sein

Dr Grégoire Bégin

Prévention du cancer du col utérin

Dr Yvan Boivin

Les examens périodiques

Dr Lise Frappier-Davignon

Prévention de la thrombose cérébrale

Dr Gérard Mohr

Après-midi

Prévention du deuxième infarctus du myocarde

Dr Pierre Thérout

Aspects préventifs des maladies vasculaires périphériques

Dr Rodolphe Paré

Mot de la présidente du Conseil consultatif canadien du statut de la femme

Mme Lucie Pépin

Le vendredi, 22 octobre 1982

Matinée

Le cancer dans notre entourage

Dr Elie Mouaikel

Les maladies pulmonaires d'origine industrielle

Dr André Péloquin

La santé dentaire

Dr Ghislain Dessurault

Immunisation

Dr Robert Bonin

Après-midi

La prévention: une affaire d'élite

Mme Denise Paul

Prévention du crétinisme congénital

Dr Jean Dussault

La mousse d'urée formaldéhyde

Dr Albert Nantel

Les aspects préventifs de l'alcoolisme

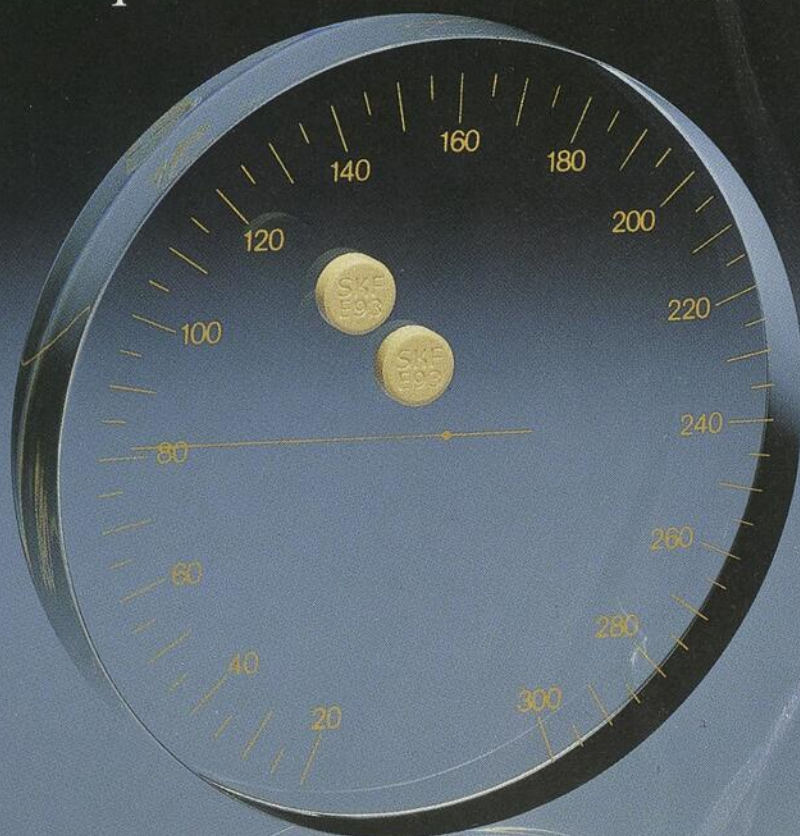
M. Guy Charpentier

Prévention et santé au travail

Dr Lise Goulet

QUAND L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE

La façon logique et simple de limiter la fuite
potassique liée au traitement diurétique



Abaisse la tension artérielle — Conserve le potassium

Dyazide®

(25 mg d'hydrochlorothiazide, 50 mg de triamterène)

SK&F
une société SmithKline

Renseignements thérapeutiques page 648

Le médicament que nombre d'arthritiques attendaient.



Avec Voltaren, en traitement à long ou à court terme, ils éprouvent pour la première fois un véritable soulagement de l'inflammation et de la douleur arthritiques.

PAAB
CCPP
G-1092

Voltaren[®] Geigy

Geigy
Mississauga, Ontario
L5N 2W5

Renseignements thérapeutiques page 610