



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# LE SPÉCIALISTE

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 12 n° 1 – Mars 2010

**NÉGO 2010**  
**PRISE 2**  
**PAGES 8 ET 9**



**DIABÈTE**  
**État d'urgence !**

Une  
nouvelle  
**ADRESSE**

voir texte p.35

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!  
*Votre médecin spécialiste*

**Sogemec**  
ASSURANCES 

# LIPITOR<sup>MD</sup>

## Des indications rendues possibles grâce aux preuves accumulées

### AVC

# LIPITOR<sup>MD</sup>

est indiqué pour réduire le risque d'IM et d'AVC chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque<sup>††</sup>.

Réduction de **48%** du risque relatif d'AVC\*  
[IC à 95 % de -69 % à -11 %]  
RRA<sup>†</sup> = 1,3 % démontrée  
 $p = 0,016$

†† Chez les patients de l'essai CARDS qui étaient atteints de diabète de type 2, mais non de MCV, et qui présentaient au moins un des facteurs de risque suivants : antécédents d'hypertension, rétinopathie, albuminurie et tabagisme.

\* Essai comparatif avec placebo, mené à double insu auprès de 2 838 patients atteints d'un diabète de type 2, répartis de façon aléatoire pour recevoir un placebo (n = 1 410) ou 10 mg de LIPITOR (n = 1 428). Les patients n'avaient pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire, présentaient des taux initiaux de C-LDL  $\leq 4,1$  mmol/L et de TG  $\leq 6,78$  mmol/L, et étaient atteints d'au moins un des troubles suivants : rétinopathie, albuminurie, tabagisme et hypertension artérielle. Les paramètres principaux de l'étude étaient les suivants : accident coronarien aigu, revascularisation coronarienne ou accident vasculaire cérébral. Réduction du risque relatif de 37 % [IC à 95 % de -52 % à -17 %],  $p = 0,001$ . Accident vasculaire cérébral : réduction du risque relatif de 48 % [IC à 95 % de -68 % à -11 %].

† RRA = réduction du risque absolu

Δ RRI = rapport des risques instantanés

§§ Chez les patients hypertendus de l'étude ASCOT-LLA n'ayant pas de maladie coronarienne mais présentant au moins trois des facteurs de risque coronariens suivants : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, hypertrophie ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'EKG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL  $\geq 6$  et antécédents familiaux de coronaropathie précoce.

### IM

# LIPITOR<sup>MD</sup>

est indiqué pour réduire le risque d'IM chez l'adulte hypertendu ne présentant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins trois autres facteurs de risque coronarien<sup>§§</sup>.

Réduction de **36%**  
RRI<sup>Δ</sup> = 0,64 [IC à 95 % de 0,50 à 0,83]  
du risque relatif d'IM non mortel et de maladie coronarienne mortelle<sup>§§††</sup>  
RRA<sup>†</sup> = 1,1 % démontrée<sup>††</sup>  
 $p = 0,0005$

§ LIPITOR n'est pas indiqué pour la prévention de la maladie coronarienne mortelle.

†† Les résultats n'étaient pas concluants chez les femmes, en raison du faible nombre d'événements.

† Essai comparatif avec placebo, mené à double insu auprès de 10 305 patients souffrant d'hypertension et recevant un traitement antihypertenseur, répartis aléatoirement pour recevoir LIPITOR à 10 mg (n = 5 168) ou un placebo (n = 5 137). Les patients n'avaient pas d'antécédents d'infarctus du myocarde, avaient un taux de CT  $\leq 6,5$  mmol/L et présentaient au moins trois des facteurs de risque cardiovasculaire suivants : hypertrophie ventriculaire gauche; autres anomalies spécifiques, visibles à l'électrocardiogramme; diabète de type 2; artériopathie périphérique; antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire; sexe masculin; âge  $\geq 55$  ans ou plus; microalbuminurie ou protéinurie; tabagisme; rapport CT/C-HDL  $\geq 6$ ; ou antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce. Paramètre principal : IM non mortel et mortalité d'origine coronarienne. Taux initiaux moyens de C-LDL : 6,0 et de C-HDL : 3,4 et 1,3 mmol/L.

†† Rapport des risques instantanés = 0,64 [IC à 95 % de 0,50 à 0,83].

§ Selon deux études multicentriques, comparatives avec placebo, menées en double insu pour évaluer la réponse en fonction de la dose chez des patients atteints d'hypercholestérolémie légère ou modérée (types IIa et IIb de Fredrickson), au cours desquelles les sujets ont reçu une seule dose quotidienne de LIPITOR durant six semaines.

### Hypercholestérolémie

# LIPITOR<sup>MD</sup>

Chez les patients atteints d'hypercholestérolémie Réduction du C-LDL démontrée<sup>††</sup> pouvant atteindre

**60%**  
(39% - 60%)  
dans tout l'intervalle posologique

LIPITOR (atorvastatine calcique) est indiqué comme adjuvant aux changements du mode de vie, y compris l'adoption d'une diète, pour réduire les taux trop élevés de CT, de C-LDL, de triglycérides, d'apolipoprotéine B (apo B) et le rapport cholestérol total (CT)/C-HDL de même que pour accroître le taux de C-HDL dans les cas d'hyperlipidémie et de dyslipidémie, lorsque la réponse au régime alimentaire et à d'autres interventions non médicamenteuses n'est pas satisfaisante, y compris :

- l'hypercholestérolémie primitive (type IIa);
- l'hyperlipidémie combinée (ou mixte; type IIb), dont l'hyperlipidémie familiale combinée, indépendamment de la fraction lipidique en cause (cholestérol ou triglycérides);
- la dysbétalipoprotéinémie (type III);
- l'hypertriglycéridémie (type IV); et
- l'hypercholestérolémie familiale (homozygote et hétérozygote). En présence d'hypercholestérolémie familiale homozygote, LIPITOR devrait être utilisé comme adjuvant à des traitements tels que l'aphérese des LDL, ou en monothérapie si on ne peut avoir recours à ce type de traitement.

Comme adjuvant à une diète, afin de réduire les taux de CT, de C-LDL et d'apolipoprotéine B chez les garçons et les filles (après l'apparition des premières règles) de 10 à 17 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote si, après l'essai d'une diète, le taux de C-LDL demeure :

- a.  $> 4,9$  mmol/L (190 mg/dL); ou
- b.  $> 4,1$  mmol/L (160 mg/dL) en présence de l'un ou l'autre des éléments suivants :
  - antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce;
  - au moins deux autres facteurs de risque cardiovasculaire chez l'enfant.

Avant d'instaurer le traitement par LIPITOR, il faut exclure les causes secondaires d'élévation des lipides plasmatiques (p. ex., diabète mal équilibré, hypothyroïdie, syndrome néphrotique, dysprotéinémies, maladie obstructive du foie et alcoolisme) et dresser un bilan lipidique pour mesurer le CT, le C-LDL, le C-HDL et les TG. Pour les patients dont le taux de TG est  $< 4,52$  mmol/L ( $< 400$  mg/dL), le taux de C-LDL peut être estimé au moyen de l'équation suivante :

$$C-LDL \text{ (mmol/L)} = CT - [(0,37 \times (TG + C-HDL))]$$

$$C-LDL \text{ (mg/dL)} = CT - [(0,2 \times (TG + C-HDL))]$$

Pour les patients dont le taux de TG est  $> 4,52$  mmol/L ( $> 400$  mg/dL), cette équation donne des résultats moins précis; les taux de C-LDL doivent alors être déterminés directement ou par ultracentrifugation.

Les patients dont la triglycéridémie est élevée ( $> 2,2$  mmol/L [200 mg/dL]) ou très élevée ( $> 5,6$  mmol/L [500 mg/dL]) peuvent avoir besoin d'un traitement hypertriglycéridémiant (fénofibrate, bezafibrate ou acide nicotinique), seul ou en association avec LIPITOR.

Généralement, un traitement d'association avec un dérivé de l'acide fibrique doit être amorcé avec prudence après en avoir soupesé les risques et les

bienfaits (voir les rubriques MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Effets musculaires, Interactions pharmacocinétiques, et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES de la monographie).

On observe le plus souvent l'hypertriglycéridémie chez les patients atteints d'un syndrome métabolique (obésité abdominale, dyslipidémie athérogène [hypertriglycéridémie, présence de particules de LDL petites et denses et faible taux de C-HDL], insulino-résistance avec ou sans intolérance au glucose, hausse de la tension artérielle et présence de facteurs thrombotiques ou inflammatoires).

Quand on prescrit un médicament, on doit veiller également à favoriser et à maintenir les changements du mode de vie à des fins thérapeutiques (réduction de l'apport en gras saturés et en cholestérol, perte de poids, augmentation de l'activité physique, augmentation de l'apport en fibres).

Prévention de la maladie cardiovasculaire

LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez l'adulte hypertendu n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins 3 autres facteurs de risque coronarien, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, hypertrophie ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'EKG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL égal ou supérieur à 6 et antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce.

LIPITOR est aussi indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, rétinopathie, albuminurie ou tabagisme.

LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez les patients présentant des signes cliniques de maladie coronarienne.

De très rares cas de rhabdomyolyse associée à une insuffisance rénale aiguë consécutive à une myoglobinurie ont été signalés en rapport avec LIPITOR et d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase.

Le risque de myopathie, définie par des douleurs ou une faiblesse musculaires accompagnées d'une augmentation du taux de créatine kinase (CK) à plus de 10 fois la limite supérieure de la normale, devrait être pris en considération chez tout patient qui présente une myalgie diffuse, une sensibilité ou des faiblesses musculaires et/ou une élévation marquée de la CK. Il faut enjoindre les patients de signaler immédiatement toute douleur, sensibilité ou faiblesse musculaires inexpliquées, surtout si ces signes sont accompagnés de malaises ou de fièvre. Il faut mesurer le taux de CK chez les patients qui présentent des signes ou des symptômes évoquant une myopathie. Il faut mettre un terme au traitement par LIPITOR en cas de diagnostic possible ou certain de myopathie ou d'augmentation marquée du taux de CK.

Consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir l'information complète

sur les mises en garde, les précautions ainsi que la posologie et l'administration.

Moins de 2 % des patients ont abandonné leur traitement pour cause d'effets indésirables attribuables à LIPITOR. Les effets indésirables les plus courants, survenus chez  $\geq 1$  % des patients, ont été les suivants (vs placebo) : constipation (1 % vs 1 %), diarrhée (1 % vs 1 %), dyspepsie (1 % vs 2 %), flatulence (1 % vs 2 %), nausées (1 % vs 0 %), céphalées (1 % vs 2 %), douleur (1 % vs < 1 %), myalgie (1 % vs 1 %) et asthénie (1 % vs 1 %). Les effets indésirables signalés chez  $\geq 1$  % des garçons et des filles (avant déjà eu leurs premières règles) de 10 à 17 ans ont été les douleurs abdominales, la dépression et les céphalées.

LIPITOR est contre-indiqué durant la grossesse et l'allaitement, en présence d'une maladie du foie évolutive ou d'élévations persistantes et inexpliquées du taux sérique de transaminases dépassant 3 fois la limite normale supérieure, ou d'une hypersensibilité à un ingrédient de la préparation.

Les taux de lipides doivent être mesurés périodiquement et la posologie de LIPITOR modifiée, au besoin, d'après les taux cibles recommandés dans les directives. La dose initiale recommandée de LIPITOR est de 10 ou de 20 mg, 1 fois par jour, selon la réduction du taux de C-LDL que l'on souhaite obtenir. Chez les patients ayant besoin d'une forte réduction du taux de C-LDL (supérieure à 45 %), le traitement peut être amorcé à la dose de 40 mg, 1 fois par jour. La posologie de LIPITOR doit être individualisée en fonction des taux de C-LDL et de TG et du rapport CT/C-HDL avant le traitement, de manière à parvenir aux valeurs lipidiques recommandées à la plus faible dose nécessaire pour atteindre le taux cible de C-LDL. La dose initiale chez l'enfant est de 10 mg/jour, la dose maximale recommandée est de 20 mg/jour.

La prudence s'impose chez les patients gravement hypercholestérolémiques qui présentent aussi une atteinte rénale grave, qui sont âgés ou qui reçoivent en concomitance de la digoxine ou des inhibiteurs de la CYP 3A4.

La fonction hépatique doit être évaluée avant l'amorce du traitement et à intervalles réguliers par la suite. Une attention particulière doit être accordée aux patients ayant des taux sériques de transaminases élevés; chez ces patients, les mesures doivent être répétées plus rapidement et effectuées plus fréquemment par la suite.

Si l'augmentation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT) ou d'aspartate aminotransférase (ASAT) montre des signes de progression, notamment en cas d'augmentation persistante à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale, il faut réduire la dose de médicament ou cesser le traitement.

À l'instar d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, LIPITOR doit être utilisé avec précaution chez les patients qui consomment de l'alcool en quantités substantielles et/ou qui ont des antécédents de maladie du foie.


Références : 1. Colhoun HM et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre, randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364:685-96. 2. Sever PS et al., for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre, randomized, controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1149-58. 3. Monographie de LIPITOR (atorvastatine calcique), Pfizer Canada Inc., juillet 2009.

 Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

©2010  
Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9B 2M5  
M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada Inc., licence  
LIPITOR®. Pfizer Ireland Pharmaceuticals  
Pfizer Canada Inc., Toronto

  
CCPP  
Membre  


  
**LIPITOR<sup>MD</sup>**  
atorvastatine calcique  
comprimés  
**puissance digne de confiance<sup>MC</sup>**

 Veuillez consulter le résumé des renseignements posologiques à la page 36.



POUR MIEUX PERFORMER



RÉDUIRE LES COÛTS D'EXPLOITATION  
D'UN CENTRE HOSPITALIER TOUT  
EN PROFITANT D'UN APPUI FINANCIER,  
C'EST PLUS QU'UNE BONNE AFFAIRE.

Mille et une mesures d'efficacité énergétique.  
Mille et une solutions d'affaires.

Pour vous aider à réaliser des économies d'énergie, Hydro-Québec vous offre des appuis financiers visant l'optimisation des performances énergétiques de votre entreprise, notamment en ce qui concerne :

- l'éclairage ;
- le chauffage ;
- la climatisation ;
- l'isolation.

---

Programme Appui aux initiatives –  
Optimisation énergétique des bâtiments  
[www.hydroquebec.com/affaires](http://www.hydroquebec.com/affaires)

---

**UN CHOIX D'AFFAIRES RENTABLE ET RESPONSABLE.**





# Votre Fédération fait de vous quelqu'un de privilégié



POUR VOS ASSURANCES AUTO ET HABITATION,  
PROFITEZ DE TARIFS PRÉFÉRENTIELS ET D'UNE VALEUR SÛRE À TOUS POINTS DE VUE

Grâce au partenariat entre **Sogemec Assurances** et La Personnelle, vous avez accès à une assurance auto qui vous permet de préserver la valeur de votre voiture plus longtemps et d'éviter les soucis financiers.

Profitez des protections optionnelles telles que la **garantie Valeur à neuf\*** ou l'**option Valeur plus<sup>MC\*</sup>**, toutes deux offertes pour une période pouvant aller **jusqu'à cinq ans**, pour protéger votre voiture neuve ou d'occasion contre la dépréciation.

Offrez-vous le privilège de comparer dès aujourd'hui!  
Demandez une soumission :

**1 866 350-8282**  
**[sogemec.lapersonnelle.com](http://sogemec.lapersonnelle.com)**



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

**Sogemec**  
ASSURANCES  
www.sogemec.qc.ca



**laPersonnelle**<sup>MD</sup>  
Assurance de groupe auto et habitation

\* Certaines conditions s'appliquent. <sup>MC</sup> Marque de commerce d'une compagnie affiliée à La Personnelle, assurances générales inc. <sup>MD</sup> Marque déposée de La Personnelle, compagnie d'assurances.

# SOMMAIRE

**7 MOT DU PRÉSIDENT**  
Une campagne qui dérange

**8 PRÉLUDE À LA NÉGO 2010 - PRISE 2**  
Le pouvoir médical

**10 ACTUALITÉS**  
Quand on veut susciter le débat...

**13 EN MANCHETTES**

**17 EN COUVERTURE**  
**DOSSIER**  
**Diabète : État d'urgence !**

- État de la situation ..... 18
- Situations cliniques ..... 21
- L'impact en cardiologie .... 23
- Centres d'enseignement .. 26



**28 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU**  
Un modèle d'application pour une prestation sécuritaire des soins : le programme AMPRO<sup>OB</sup>

**30 DANS LE MONDE MÉDICAL**  
Le suivi à distance des stimulateurs cardiaques : un pas de plus vers la cardiologie du 21<sup>e</sup> siècle

**31 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC**  
D<sup>r</sup> Phil Gold, la découverte qui a révolutionné le savoir sur le cancer

**32 SERVICES AUX MEMBRES**  
Avantages commerciaux

**33 GROUPE FONDS DES PROFESSIONNELS**

**34 SOGEMEC ASSURANCES**

**38 WORD FROM THE PRESIDENT**  
Stirring Things Up!

## LE SPÉCIALISTE

Le Spécialiste est publié quatre fois par année par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

### COMITÉ ÉDITORIAL

D<sup>r</sup> Bernard Bissonnette  
D<sup>r</sup> Raynald Ferland  
D<sup>re</sup> Diane Francœur  
M<sup>re</sup> Sylvain Bellavance  
Nicole Pelletier, ARP, directrice  
Patricia Kéroack, conseillère en communication

### ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP

### RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Patricia Kéroack

### RÉVISION

Angèle L'Heureux

### ASSISTANTE DE PRODUCTION

Geneviève Roberge

### GRAPHISME

Dominic Armand

### TRADUCTION

Anne Trindall  
Annette Grimaïla

### IMPRESSION

Transcontinental Interweb

### PUBLICITÉ

France Cadieux

### TIRAGE

12 300 exemplaires

### POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

### DÉPÔT LÉGAL

1<sup>er</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1206-2081

### POUR NOUS JOINDRE

#### RÉDACTION

Téléphone : 514 350-5021  
Télécopieur : 514 350-5175  
Courriel : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)

#### PUBLICITÉ

Téléphone : 514 350-5274  
Télécopieur : 514 350-5175  
Courriel : [fcadieux@fmsq.org](mailto:fcadieux@fmsq.org)  
Internet : [www.magazinelespecialiste.com](http://www.magazinelespecialiste.com)

Fédération des médecins spécialistes du Québec  
2, Complexe Desjardins, porte 3000  
C.P. 216, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8  
Téléphone : 514 350-5000

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

CCAB audite les envois faits aux médecins spécialistes et résidents, soit pour un total de 10 676 copies (décembre 2009). La FMSQ distribue aussi plus de 1 000 copies aux chercheurs, titulaires des Facultés de médecine du Québec, aux gestionnaires des agences, des établissements et du réseau de la santé au Québec.

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.

### LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Pfizer ..... 2 et 36
- Hydro Québec ..... 3
- La Personnelle ..... 4
- Groupe Fonds des professionnels ..... 6
- Cardiologie interventionnelle ..... 10
- Club Voyages Berri ..... 12
- Congrès Santé Respiratoire .... 14
- Bayer ..... 16
- ASSS du Bas-Saint-Laurent .. 22
- Banque Royale ..... 25
- Sogemec Assurances ..... 35
- Valeant Canada ..... 37 et 40
- Solutions Cliniques ..... 39



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



2010

# Le CELI

Compte d'épargne libre d'impôt

5 000 \$

CELI

Montréal  
1 888 377-7337

Québec  
1 800 720-4244

Sherbrooke  
1 866 564-0909

[www.groupefdp.com](http://www.groupefdp.com)

Disponible depuis janvier 2009, le CELI est un compte d'épargne enregistré qui accorde aux particuliers âgés de 18 ans ou plus la possibilité de gagner un revenu d'investissement libre d'impôt.

Les cotisations versées dans le compte ne sont pas déductibles à des fins fiscales et toute somme accumulée dans un CELI ou retirée de celui-ci ne sera pas imposable, tant au fédéral qu'au provincial.

La cotisation maximale permise en 2010 est de 5 000 \$.

Pour bien comprendre les similitudes et les différences entre le CELI et vos régimes d'épargne actuels et pour en savoir plus sur le CELI de Groupe Fonds des professionnels, consultez votre conseiller aux membres.

Actionnaire de Groupe Fonds des professionnels depuis 32 ans

# MOT DU PRÉSIDENT

DR GAÉTAN BARRETTE



## Une campagne qui dérange

**V**ous avez certainement vu notre campagne télé, et peut-être même visité le microsite Internet [lexpertiseauprix.com](http://lexpertiseauprix.com) ([expertisehasaprice.com](http://expertisehasaprice.com)). Une campagne différente, audacieuse même, dont l'objectif était de susciter le débat public. C'est mission accomplie! Nous savions bien que tout le monde ne serait pas d'accord avec nous. C'est confirmé! Mais, comme l'a dit un auteur célèbre, ce n'est pas parce que les choses sont difficiles qu'on ne les fait pas.

Il était également prévisible que les lobbys du monde de la construction des routes, de celui des médicaments génériques et quelques autres fassent pression sur nous pour que nous retirions nos publicités. Mais, ne leur en déplaise, tuer le messenger ne fait pas en sorte de tuer le message! Les propositions que nous faisons sont toutes documentées et plusieurs ont été présentées par d'autres bien avant nous, mais sont restées lettre morte. Allez savoir pourquoi...

Il est facile d'entretenir un discours portant sur le marasme économique qui nous afflige. Facile aussi de critiquer, juger et condamner notre campagne. Facile de prétendre que la FMSQ n'a droit au chapitre que sur les sujets qui concernent la santé. Justement! La santé, c'est 45 % du budget du Québec. Une « dépense » incontournable. Et les médecins, tout spécialistes soient-ils, sont aussi des contribuables...

Quoi qu'il en soit, nous poursuivons notre démarche. Et elle est simple : ajouter la voix des médecins spécialistes à toutes celles qui se sont élevées depuis des semaines, des mois, des années, en espérant que le gouvernement Charest allait enfin prendre des décisions et agir pour améliorer la santé financière du Québec. Mais pas n'importe quelles décisions et pas n'importe comment!!! Le Québec est dans le rouge, nous le savons. Or, il y a de l'argent au Québec, et nous le démontrons!

**EN ASSUMANT LE LEADERSHIP NÉCESSAIRE,  
LE GOUVERNEMENT POURRAIT RÉGLER  
SES PROBLÈMES D'ENDETTEMENT ET  
FAIRE FACE À L'AVENIR AVEC UNE  
CERTAINE SÉRÉNITÉ ÉCONOMIQUE.**

Nous postulons qu'en assumant le leadership nécessaire, le gouvernement pourrait régler ses problèmes d'endettement et faire face à l'avenir avec une certaine sérénité économique. Mieux, il aurait les fonds amplement suffisants pour payer équitablement l'expertise professionnelle de la fonction publique ET celle des

docteurs. Il faut savoir qu'au Québec, quand on détient une expertise professionnelle et que l'on est rémunéré à l'intérieur du secteur public, les écarts sont systématiquement significatifs par rapport aux principaux indices de comparaison. Ce n'est pas nous qui le disons, c'est l'Institut de la statistique du Québec, entre autres. Cela s'applique tout autant aux infirmières, aux professeurs, aux ingénieurs, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux avocats de l'aide juridique et aux procureurs de la Couronne... qu'aux médecins.

Viendra le jour prochain où nous déposerons nos demandes au gouvernement dans le contexte du renouvellement de notre Entente. Anticipons déjà un tollé! Surtout de la part de personnes (bien pensantes) qui ne prendront pas la peine de nous parler, d'aller au fond des choses, de comprendre et dont le sport national est de « chroniquer ». Libre à elles! Néanmoins, il demeurera toujours à vous de défendre vos intérêts, et ce, par votre mobilisation.

Par ailleurs, pour vous convaincre qu'il y a de l'argent au Québec et que ce n'est pas le manque d'argent le problème, mais bien l'incurie décisionnelle de nos gouvernements, je vous suggère de lire le deuxième fascicule du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, disponible sur le Web, où il est clairement démontré que de l'argent, il y en a!

Finalement, il faut souligner le fait que nous sommes dans une période ultra-charnière. Au-delà de l'actuelle récession, de laquelle nous sortons, il y a, ici comme ailleurs, tout le débat du contrôle des dépenses publiques et, en santé, celui de maintenir un système public fort, mais efficace. Nous sommes partie prenante de ce débat, et c'est très bien ainsi. Et le « timing » est bon. En fait, tout en visant une rémunération adéquate pour nos services, nous croyons qu'il est temps que les médecins spécialistes soient impliqués à tous les étages du réseau de la santé et ceci inclut celui de la direction. Nous favoriserons un modèle où la cogestion sera le principe de base. D'où la nécessité de prévoir une rémunération adéquate pour susciter les meilleures candidatures. Puis, il y a la numérisation du dossier clinique, l'organisation des soins, etc. Bref, nous avons amplement de pain sur la planche.

Soyez-en assuré, nous sommes prêts! Et nous croyons que vous l'êtes aussi. N'oubliez jamais que notre situation est le résultat d'une somme de petits reculs accumulés au fil des ans. Pas question de recommencer un nouveau cycle à la baisse avec cette négociation. Surtout que, quand partout au Canada, les médecins concluent des ententes semblables aux précédentes!

Syndicalement vôtre!

LS



## Le pouvoir médical

**V**ous avez tous pu constater que, depuis le début février, les médias s'intéressent activement aux demandes de négociation des médecins spécialistes, qu'il s'agisse des journaux, des émissions d'affaires publiques radiophoniques et télévisées. Les négociations sont donc bien lancées, et ce, même si les demandes officielles de la Fédération dans le cadre du renouvellement de l'Entente n'ont toujours pas été déposées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Dans le cadre de cette couverture médiatique, on a pu constater que les idées exprimées reflètent, comme à l'habitude, les diverses tendances sociales. Certains dénoncent les médecins spécialistes alors que d'autres reconnaissent le bien-fondé de leurs revendications et insiste sur le fait que le Québec ne doit pas niveler par le bas.

Ce débat qui a commencé ne fera que s'accroître au cours des prochains mois. Je souhaite ici vous entretenir sur trois éléments.

### 1. L'écart de rémunération

Certains ont compris la nature des négociations qui débiteront bientôt pour les médecins spécialistes alors que d'autres ont l'impression que les médecins ont déjà eu les augmentations qui leur revenaient et qu'on ne devrait plus entendre parler d'eux pour un certain temps. Remettons à nouveau les choses au clair.

Le gouvernement a reconnu que l'écart de rémunération entre les médecins québécois et leurs collègues des autres provinces était de 50 à 55 % au 1<sup>er</sup> avril 2007. L'Entente prévoit la réduction de cet écart sur une période de 8 ans, soit du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2016. Ce redressement de l'écart existant au 1<sup>er</sup> avril 2007 ne remet aucunement en question la nécessité de négocier les augmentations de rémunération qui doivent être consenties à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010. Le MSSS l'a d'ailleurs bien compris dans la dernière entente en signant une clause qui dit explicitement que la mise en place de ce redressement n'affecte aucunement la poursuite des autres dossiers de négociation, dont le renouvellement de l'Accord-cadre pour les années 2010 et suivantes.

Depuis l'année 2008, les médecins spécialistes ont reçu un peu plus de 10 % du redressement négocié. Par conséquent, l'écart actuel de rémunération, qui était entre 50 et 55 % au 1<sup>er</sup> avril 2007, est encore de plus de 40 % à l'heure actuelle. D'autres augmentations tarifaires seront mises en place cette année afin de poursuivre l'effort de redressement conclu en 2007, mais celles-ci n'affectent en rien la négociation qui débute et les augmentations applicables dans le cadre du renouvellement de l'Entente.

Encore une fois, que ceci soit clair : l'Entente de 2007 permet de réduire l'écart de rémunération du niveau de 50 à 55 %, auquel il était en 2007, à un niveau d'environ 15 % où il devrait se situer en

ENCORE UNE FOIS, QUE CECI SOIT CLAIR :  
L'ENTENTE DE 2007 PERMET DE RÉDUIRE L'ÉCART  
DE RÉMUNÉRATION DU NIVEAU DE 50 À 55 %, AUQUEL IL ÉTAIT EN 2007, À UN NIVEAU D'ENVIRON  
15 % OÙ IL DEVRAIT SE SITUER EN 2016.

2016. Toutefois, si dans le cadre des négociations actuelles les médecins spécialistes n'obtiennent pas des augmentations similaires à celles octroyées dans les autres provinces, les effets de l'Entente de 2007 seront tout simplement annulés et l'écart de rémunération des médecins spécialistes demeurera à son niveau actuel de plus de 40 % ou remontera même à son niveau antérieur de 50 à 55 %.

### 2. Le pouvoir médical

Certains dénoncent le fait que les médecins spécialistes puissent disposer d'un pouvoir de négociation important. On s'attarde alors davantage à ce pouvoir plutôt qu'au bien-fondé de leurs demandes. Permettez-moi de remettre à nouveau les pendules à l'heure.

**La notion de pouvoir est au cœur même du processus de négociation.** Comme l'ont très bien écrit certains auteurs en la matière, « le pouvoir de négociation est l'essence de la négociation<sup>1</sup> ». Cette réalité ne comporte donc aucune connotation négative en soi.

**L'histoire démontre que ce n'est qu'en de rares occasions que les médecins québécois ont pu insister et soutenir certaines de leurs revendications.** Certains affirmeront que cela ne faisait pas partie de la culture médicale ! Et davantage au Québec que dans d'autres provinces canadiennes qui ont, au cours des années, eu l'occasion à plus d'une reprise de réagir avec fermeté à certaines décisions gouvernementales. S'agit-il ici d'un soubresaut de nos valeurs judéo-chrétiennes ?

Au cours des années, j'ai souvent vu des médecins hésiter à utiliser leur pouvoir de négociation, et se sentir gênés de défendre une demande d'augmentation, et ce, notamment en raison du fait qu'ils touchent déjà des revenus plus élevés que d'autres, même si ceux-ci sont amplement mérités. Pire encore, cette hésitation des médecins était également utilisée par des politiciens ou des fonctionnaires pour leur imposer certaines conditions de travail ou de rémunération. On faisait ainsi le pari que les médecins seraient peu enclins à résister, qu'ils « rongeraient leur frein en silence » et se résigneraient à les accepter. Les médecins se trouvent ainsi à devoir choisir entre deux maux : ou bien accepter des conditions de travail et de rémunération non équitables par rapport aux autres, ou bien passer pour des « maîtres chanteurs ». Je crois au contraire qu'il y a une autre option, soit celle de présenter leurs demandes et que leur bien-fondé soit analysé de façon objective, sans préjugés.

<sup>1</sup> Rojot, Jacques (1994). La Négociation. Paris, Librairie Vuibert.

Les médecins sont des travailleurs autonomes. Je crois sincèrement que cette particularité ainsi que leurs libertés professionnelles sont des conditions essentielles à un système de soins de qualité. Il en est de même pour l'exercice de leur « pouvoir médical ». Il s'agit ici d'un rempart à l'imposition de dictats politiques qui sont souvent injustifiés. Le pouvoir médical doit s'exercer à tous les niveaux et quand il le faut, comme ce fut le cas au cours des dernières années.

Qu'il s'exerce d'abord quant à leurs conditions de pratique, en refusant l'imposition de décisions gouvernementales comme celles des années 1990 et suivantes, qui ont entraîné diverses conséquences néfastes sur le système de soins, qu'il s'agisse de la fermeture de départements, de services, d'hôpitaux, de la réduction du temps opératoire, de la fermeture de cliniques externes, de l'imposition de quotas, etc. Que les médecins québécois soient désormais plus prompts à résister à ces décisions et à utiliser leur pouvoir n'est que bénéfique.

Que ce pouvoir s'exerce également sur le plan de leur négociation est essentiel. Et ceci, particulièrement en raison du fait que les forces sont inégales, le gouvernement bénéficiant de tous les pouvoirs et agissant autant à titre de partie prenante que de décideur.

### **Les médecins souhaiteraient bien ne pas avoir à utiliser leur pouvoir de négociation.**

La Loi canadienne sur la santé prévoit, depuis son adoption, la possibilité de recourir à un mécanisme d'arbitrage dans le cadre des négociations entre les médecins et les gouvernements. Plusieurs provinces canadiennes disposent d'un tel mécanisme. Je suis d'avis que la population québécoise appuyerait la mise en place d'un processus d'arbitrage indépendant pour les médecins québécois ; un processus qui oblige le gouvernement dans l'éventualité où les négociations ne permettent pas d'en arriver à une entente. D'ici là, il est légitime que les médecins puissent exercer leur pouvoir de négociation.

Les médecins revendiquent une rémunération concurrentielle par rapport à celles des médecins des autres provinces. Il ne s'agit

là aucunement d'un caprice. Rappelons que les médecins spécialistes ne demandent aucun traitement de faveur. L'ensemble des travailleurs québécois gagne une rémunération inférieure à celle des autres provinces canadiennes, et ce, principalement en raison du coût inférieur de la vie au Québec. Les médecins spécialistes acceptent également cette réalité. Toutefois, leur situation est unique et leur écart, plus important que les autres. Ils ne cherchent qu'à ramener celui-ci à un niveau proportionnel et l'on ne peut le leur reprocher. Qu'ils gagnent des revenus plus élevés que d'autres travailleurs (et, encore une fois j'insiste, bien mérités) ne justifie pas qu'ils doivent renoncer à ce principe d'équité.

### **3. La campagne publicitaire actuelle**

À l'heure où l'ensemble de la société discute des moyens d'améliorer les finances publiques, les médecins spécialistes alimentent également ce débat en proposant différentes mesures qui méritent réflexion. Ils le font en réaction au discours public qui tente de nous mettre devant un fait accompli et de convaincre les Québécois qu'ils devront faire face à des choix difficiles. À l'heure actuelle, rien ne garantit que le gouvernement continuera à financer la croissance des coûts de notre système de santé. On ne peut ainsi que se rappeler les années 1995 et suivantes. Or, les médecins spécialistes n'accepteront pas de vivre à nouveau les bouleversements qui ont affecté notre système de santé pendant cette période, lesquels ont entraîné une réduction de l'accessibilité aux soins pour la population.

Si la Fédération s'était contentée de présenter ses demandes et de demander le maintien de la croissance des coûts de notre système de santé, on l'aurait qualifiée d'irresponsable dans le contexte économique actuel. Il est des plus surprenants que certains lui reprochent sa participation au débat.

En conclusion, gardez la tête haute, médecins spécialistes. Non seulement, vos demandes s'avèrent justes et équitables, elles sont appuyées de différentes pistes de solution pour les soutenir.



### **Paul G. Brunet du Conseil de protection des malades dans le « club des mal cités »**

À la suite d'un article paru le jeudi 11 février 2010 dans le *Journal de Québec* et intitulé « Les patients seraient victimes d'intimidation » ainsi qu'un autre publié le vendredi 12 février 2010 dans le *Journal 24 heures* et à la suite d'une mise en demeure des procureurs de la FMSQ, le Conseil pour la protection des malades (CPM) s'est rétracté publiquement, par voie de communiqué, auprès de la Fédération et de son président, le Dr Gaétan Barrette.

En voici quelques extraits :

« En effet, alors que M. Brunet, le président du Conseil pour la protection des malades, répondait à une question d'un journaliste le mercredi 10 février 2010 dans le cadre du recours collectif déposé par des patients, on rapporta que les procureurs de la Fédération prennent tous les moyens légaux afin de

décourager les témoins appelés éventuellement à témoigner dans la cause contre les médecins spécialistes pour la grève qu'on allègue qu'ils firent en 2002 et 2003.

(...)

Si la Fédération des médecins spécialistes ou le Dr Barrette se sont sentis insultés par le reportage ou sur des faits qui, bien que rapportés, n'ont pas été prononcés par le Conseil ou son président, le Conseil pour la protection des malades et son président, M. Paul G. Brunet, en sont désolés et s'en excusent sincèrement et mettent en demeure les médias qui ont rapporté faussement ces propos ou associé sans droit la photo du Dr Barrette au reportage, particulièrement le *Journal de Québec* et le *Journal 24 heures*, de s'excuser et de se rétracter. »

## Quand on veut susciter le débat...

**D**epuis l'automne dernier, le gouvernement Charest a soigneusement dressé la table en invoquant allègrement les difficultés engendrées par la crise économique, le manque de ressources disponibles, les compressions budgétaires à prévoir, annonçant haut et fort que les coffres de l'État étaient vides, et bien plus. Le message envoyé par le gouvernement laissait clairement entrevoir ses couleurs pour la ronde de négociations avec tout le secteur public dont les contrats arrivent tous à échéance fin mars 2010. Le gouvernement a aussi déployé une quantité de rencontres et de consultations auprès d'experts pour soutenir ou obtenir des appuis sur sa position. C'est le cas de la Rencontre économique 2010... événement qui a fondu comme peau de chagrin, où quelques dizaines de partenaires savamment triés, pas la FMSQ, sont allés discuter pendant cinq ou six heures de l'avenir économique du Québec!

Par ailleurs, anticipant que le gouvernement allait continuer de tenir le même discours, la FMSQ a décidé d'entreprendre une importante campagne de communication à l'intention du grand public. Un des objectifs consistait à lancer des pistes de solution pour regarnir les coffres de l'État. Ainsi, depuis le 31 janvier dernier, la FMSQ propose

des mesures économiques applicables par le gouvernement sans augmenter directement le fardeau fiscal de tous les Québécois. Il importe de souligner que plusieurs des idées mises de l'avant ont déjà été proposées ou évoquées par des tiers, et non les moindres, dont le Vérificateur général du Québec et l'Institut économique de Montréal. Les sommes estimées des propositions, si elles étaient récupérées, permettraient non seulement de régler les problèmes de déficit budgétaire du gouvernement, mais également de payer l'expertise de tous les professionnels du secteur public qui se situent sous le niveau de leur marché de référence. D'où le titre de la campagne : « L'expertise a un prix ».

Soulignons que toute la stratégie a été développée à l'interne et est le fruit d'une étroite collaboration entre le président et l'équipe de la direction des Affaires publiques et des Communications. Certaines fonctions spécialisées, dont l'exécution des messages publicitaires, le placement média et le soutien en relations publiques, ont été imparties à des agences soigneusement choisies.

### Les absents n'ont pas toujours tort!

Déplorant avoir été exclue de la rencontre et voulant dénoncer l'absence de représentants du domaine de la santé – secteur qui représente plus de 45% du budget du Québec – la Fédération a pris les moyens pour passer son message. D'abord, en concevant et diffusant une publicité pleine page (voir <http://www.fmsq.org/f/centredepresse/communiqués/coms/20100120.html>) dans plusieurs grands quotidiens du Québec, le 21 janvier. Puis, en produisant un numéro hors série du magazine Le Spécialiste qui a été distribué aux participants de l'événement, dont un bon nombre de ministres. Vous pouvez consulter ce numéro sur le site Internet de la FMSQ au [www.fmsq.org/publications](http://www.fmsq.org/publications).



17 18 19 JUNE-JUIN 2010

[www.mhi.interv.org](http://www.mhi.interv.org)

**Cardiologie interventionnelle**  
**Interventional Cardiology**

Montreal

Quoi de neuf en **imagerie cardiovasculaire?**

**La thérapie cellulaire** peut-elle aider vos patients?

La révolution des **remplacements valvulaires percutanés** : aujourd'hui et demain.

Opportunité d'éducation médicale à la fine pointe des développements cliniques

Dr Jean-François Tanguay - Dr Serge Doucet



## La campagne publicitaire

La FMSQ a décidé de faire la démonstration qu'il y a bel et bien de l'argent disponible, mais que des décisions politiques s'imposent à l'heure des choix. Pourquoi avoir pris cette avenue ?

### AXE 1 : L'économie et les finances du Québec

La FMSQ soutient qu'il est possible de trouver des solutions au problème des finances publiques. Qui plus est, si le Québec veut garder ses professionnels du secteur public (de toutes les formations universitaires – dentistes, architectes, avocats de l'aide juridique, infirmières, professeurs, etc.), il doit reconnaître leur expertise et les payer en conséquence. Dénonciation de gaspillage, ressources non utilisées, lois et règlements dont l'application est « déficiente », nouvelles avenues de financement et autres sont évoqués afin de susciter tant la réflexion que la discussion et l'adhésion des Québécois.

La campagne « l'expertise a un prix » comporte une série de publicités télévisées de 15 secondes (aguiches publicitaires) et de 30 secondes. Et, puisqu'il est impossible de tout dire dans un court message publicitaire, les téléspectateurs sont invités à visiter le site Internet de la campagne [www.lexpertiseauprix.com](http://www.lexpertiseauprix.com) où ils peuvent trouver de plus amples informations sur les mesures proposées.

Comme nous nous y attendions, dès leurs mises en ondes, les publicités ont suscité moult commentaires. Analystes politiques, animateurs, chroniqueurs et citoyens se sont exprimés tant sur le contenu que sur la pertinence des propositions. Des groupes ciblés par notre campagne se sont manifestés, certains pour nous appuyer et dénoncer eux aussi certains gaspillages, d'autres pour demander de plus amples informations ou pour s'opposer à notre argumentation. Le président Barrette a donné plusieurs entrevues et a effectué, le 7 février, un passage fort remarqué à l'émission *Tout le monde en parle*. Tout compte fait, « parlez-en en bien ou parlez-en en mal, l'important est d'en parler ! »

### AXE 2 : Mieux connaître les 35 spécialités médicales

Parallèlement à la campagne publicitaire traitant de l'économie, une campagne de notoriété intitulée « Passionnés pour la vie » a été développée pour présenter les spécialités médicales. La FMSQ a opté pour un format télévisuel peu utilisé : le programme court. Il s'agit d'une micro-émission, d'une durée de 60 secondes, où un médecin spécialiste parle de sa passion pour sa spécialité médicale. Des (vrais) médecins de chaque spécialité médicale ont été recrutés pour le tournage et ont accepté de livrer leur témoignage.

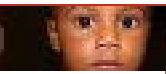
Les programmes courts sont présentés à heures fixes, puisqu'ils s'intègrent à la grille de programmation du diffuseur. La série sera présentée du lundi au vendredi, durant le *Téléjournal* (Radio-Canada) à 22 h 12, au *Téléjournal* (RDI) à 21 h 12, à *RDI en direct* (RDI) à 12 h 10 ainsi qu'à *RDI Matin* (RDI) vers 7 h 36.

Les 35 spécialités médicales seront ainsi présentées, et ce, jusqu'en novembre prochain, avec un hiatus durant la période d'été.



Dr<sup>e</sup> Thérèse Côté-Boileau nous présentant la pédiatrie.

## URGENCE HAÏTI



Réagissant au séisme qui, le 12 janvier dernier, a dévasté Haïti, la FMSQ a rapidement agi et remis un don totalisant 30 000 \$ à Médecins du Monde Canada et Médecins Sans Frontières. La FMSQ a également organisé une collecte de fonds, notamment par son site Internet, à l'intention de ses membres, de son personnel et du personnel des associations affiliées. À ce jour, plus de 200 000 \$ ont ainsi été amassés et remis à Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde Canada et au Centre d'étude et de coopération internationale (CECI) pour aider à pallier aux besoins urgents humanitaires et de santé du peuple haïtien rudement éprouvé.

### La FMSQ s'empare de la sacoche

La FMSQ a mis la main sur la fameuse «sacoche» de l'ancienne ministre des Finances du Québec, madame Monique Jérôme-Forget. Cette sacoche avait été offerte lors de l'encan de la Grande Guignolée des médias 2009. Le président

de la FMSQ, D<sup>r</sup> Gaétan Barrette, a offert pour ce lot un montant de 2 000 \$. Au moment de placer sa mise, D<sup>r</sup> Barrette avait mis au défi toutes les autres organisations syndicales (et tout particulièrement la FMOQ) les invitant à dépasser ce montant et ainsi remporter ce lot.

Le 10 décembre, D<sup>r</sup> Barrette a finalement pris possession du lot durant l'émission radiophonique matinale *C'est bien meilleur le matin* à Radio-Canada et y a ajouté une somme de 6 500 \$, portant ainsi le don total de la Fédération à 8 500 \$, soit l'équivalent d'un dollar par membre, versé à cette importante cause qu'est la Grande Guignolée des médias.

Aux dires mêmes de l'ex-ministre, la sacoche contient plusieurs compartiments secrets. À l'aube de la ronde de négociations de 2010, quelques dollars auraient-ils échappé à la vigilance de celle qui fut aussi présidente du Conseil du Trésor?!? Nul doute que plusieurs références à la sacoche seront évoquées lors des prochaines négociations.

## Un baromètre qui parle de lui-même !

Faites-vous confiance ou non aux... ?		
1	Pompiers	97 %
2	Infirmières	96 %
3	Médecins	91 %
4	Fermiers	90 %
5	Enseignants	86 %
6	Facteurs	85 %
7	Notaires	78 %
8	Électriciens	76 %
9	Artistes	73 %
10	Policiers	72 %
11	Ingénieurs	71 %
12	Plombiers	66 %
13	Juges	65 %
14	Chauffeurs de taxi	63 %
15	Sondeurs	60 %
16	Journalistes	44 %
17	Banquiers	40 %
18	Prêtres	40 %
19	Économistes	37 %
20	Avocats	29 %
21	Entrepreneurs en construction	29 %
22	Gens d'affaires	29 %
23	Agents d'immeuble	28 %
24	Vendeurs d'autos neuves	26 %
25	Conseillers financiers	26 %
26	Hauts fonctionnaires	22 %
27	Syndicalistes	22 %
28	Publicitaires	19 %
29	Politiciens	8 %
30	Vendeurs d'autos usagées	6 %

**Le sondeur Jean-Marc Léger de Léger Marketing mettait récemment à jour le baromètre des professions au Québec.**

Ce baromètre nous donne les grandes tendances de l'heure sur l'appréciation et la confiance des professionnels au Québec. Selon l'auteur, «les professions venant en aide aux gens se retrouvent toutes dans le premier tiers de notre sondage.

«Alors que les professions plus libérales comme les notaires, juges, ingénieurs, banquiers ou économistes, longtemps admirés au Québec, sont dans le deuxième tiers. Et tous les chialeurs tels que les politiciens, les syndicalistes, les vendeurs, les gens d'affaires et les avocats se battent dans le dernier tiers».

Les médecins sont au troisième rang, après les infirmières et les pompiers. Nos politiciens sont, eux, au 29<sup>e</sup> rang, tout au bas de l'échelon de popularité.



Sondage 1 500 répondants, janvier 2010, +/-2,8 %.  
Source : Léger Marketing - Journal de Montréal

## Pour un service unique et personnalisé !

Consultez les **CONSEILLERS-SPÉCIALISTES** de votre agence partenaire. **Un seul appel vous convaincra !**

Congrès - Événements • Loisirs - Affaires

920, boul. de Maisonneuve Est, Montréal

514 288-8688



BERRI-UQAM

**clubvoyages**  
Berri



Départ de Montréal. Les prix sont par personne en occupation double et incluent toutes les taxes de vente, les taxes et les autres frais. Pour le détail des inclusions des programmes, veuillez consulter les brochures 2010. Les prix sont en vigueur au moment de l'impression. Titulaire d'un permis du Québec. md/mc. Marque déposée/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et Transat Distribution Canada Inc.  
Prix excluant le 3,50\$/1000\$ du fonds d'indemnisation des clients des agents de voyages détaillants.

**Promotion super réservez-tôt 40€ jusqu'au 31 mars 2010.** De plus, réservez votre circuit avant le 31 mai 2010 et courez la chance de voyager gratuitement !

**Escapade à Londres**  
départ du 16/05 au 23/05  
à partir de **2356\$**

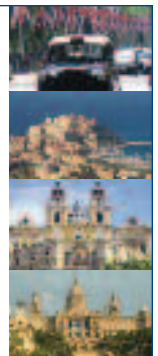
**Grand Tour d'Autriche**  
départ du 14/05 au 28/05  
Option jeux de la passion à Oberammergau  
à partir de **4156\$**

Plusieurs autres départs disponibles. Informez-vous!

**Corse - Sardaigne**  
départ du 18/05 au 01/06  
à partir de **4156\$**

**Espagne - Portugal**  
départ du 18/05 au 02/06  
à partir de **4256\$**

**TOURS CHANTECLERC**  
40 ANS  
la qualité à tous prix.



## Prix et récompenses

### Bourses de l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC)

L'AQDC a remis quatre bourses de 5 000 \$ pour l'amélioration des connaissances cliniques en matière de douleur chronique, un phénomène qui, encore, doit être démystifié. Parmi les lauréats, deux médecins spécialistes iront effectuer un stage de perfectionnement. Ainsi, D<sup>r</sup> Patrick Benhaim, physiatre, se rendra en Australie afin de parfaire sa formation avec le docteur Michael Cousins et retournera ensuite à la clinique de la douleur de l'Institut de gériatrie de Montréal. De son côté, D<sup>re</sup> Mélanie Laverdière, anesthésiologiste, ira acquérir des connaissances sur l'installation de neurostimulateurs implantés et de pompes intrathécales avec l'équipe de la clinique Cécil de Lausanne en Suisse.

### La SCFR honore ses membres

Dans le cadre de son 46<sup>e</sup> Congrès annuel, la Société canadienne-française de radiologie (SCFR) a souligné la contribution exceptionnelle de radiologistes à l'égard de la profession ou d'un domaine d'activités parallèles.

D<sup>r</sup> Guy Breton a reçu le prix Albert-Jutras en reconnaissance de sa considérable carrière exercée en milieu hospitalier, syndical et universitaire.

D<sup>re</sup> Chantale Lapierre a reçu le prix Bernadette-Nogrady pour souligner sa contribution remarquable dans son milieu par ses recherches, son enseignement et par sa qualité de soins aux malades, tout en comptant moins de 11 ans de pratique à son actif.



Le Prix d'innovation et d'excellence D<sup>r</sup> Jean-A.-Vézina a été décerné à D<sup>re</sup> Caroline Reinhold pour souligner son cheminement exceptionnel, l'ampleur et la pertinence de ses innovations.

Finalement, D<sup>r</sup> Robert Ouellet a été honoré du prix Personnalité SCFR.

D<sup>r</sup> Ouellet est président sortant de l'Association médicale canadienne et actuel représentant canadien de l'Association médicale mondiale.



### Le Prix international du roi Faisal 2010, catégorie médecine remis à deux spécialistes québécois

D<sup>r</sup> Jean-Pierre Pelletier, rhumatologue, et son épouse, Johanne Martel Pelletier, directrice du Centre de recherche sur l'ostéoarthrite, se sont vu décerner le prestigieux *King Faisal International Prize for Medicine*.

### L'Association des médecins de langue française du Canada remet ses prix annuels

D<sup>r</sup> Michel G. Bergeron devient le premier récipiendaire du Prix de l'ambassadeur du français en médecine Jacques-Boulay. Ce prix est décerné à un médecin francophone ayant démontré une implication particulière à la promotion du français dans son contexte de travail.

Les Prix médecin de cœur et d'action soulignant la contribution exceptionnelle de médecins, tant dans leur vie professionnelle que dans la société, sont remis à :

D<sup>re</sup> Marie-Ève Cotton  
(Soins en santé mentale)

D<sup>r</sup> Éric Notebaert  
(Médecin exerçant en soins d'urgence)

D<sup>re</sup> Geneviève Piuze  
(Soins mère-enfant)

D<sup>re</sup> Louise Samson  
(Spécialiste du domaine de l'investigation diagnostique ou du traitement)

D<sup>r</sup> Michel White  
(Spécialiste du domaine médical)

D<sup>r</sup> Roger Morissette  
(Spécialiste du domaine chirurgical)

## EN MANCHETTES (SUITE)

### Remise des grands prix Sirius au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Pour une cinquième année, le CHUQ a remis ses grands prix Sirius, des prix visant à reconnaître l'excellence, la passion et le dévouement de ses acteurs. Trois médecins spécialistes ont été récompensés lors de cette soirée :

- D<sup>r</sup> Pierre Déry a reçu le Prix grand bâtisseur en reconnaissance de son apport à la création du Centre Mère-Enfant du CHUQ.
- Le Prix recherche a été remis au D<sup>r</sup> Guy Boivin pour souligner l'ensemble de ses travaux en virologie.
- D<sup>re</sup> Carole Ratté a reçu le Prix enseignement pour souligner le développement du programme d'intervention des troubles de conduite alimentaire et ses outils didactiques.

D<sup>r</sup> Pierre Déry

D<sup>r</sup> Guy Boivin

D<sup>re</sup> Carole Ratté



## TOURNOI DE GOLF 2010

Il est déjà temps de penser à la belle saison et de succomber à l'appel du gazon verdoyant, de la petite balle blanche et des bâtons de golf. La FMSQ vous invite, cette année encore, à participer à la 5<sup>e</sup> édition du Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Depuis ses débuts, c'est plus d'un demi-million de dollars qui ont été amassés pour permettre au PAMQ de poursuivre ses activités. Les besoins sont toutefois en hausse puisque, malheureusement, au cours des dernières années, le PAMQ a enregistré une nette croissance des demandes d'aide des médecins, résidents et étudiants en médecine...

**La 5<sup>e</sup> édition du tournoi se tiendra le 26 juillet 2010, au Club de golf Le Mirage de Terrebonne.** Vous pouvez déjà vous y inscrire en téléchargeant le formulaire d'inscription disponible sur notre site Internet, au [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org). Chaque édition étant plus populaire que la précédente, un seul mot d'ordre : inscrivez-vous sans tarder!

Notez que plusieurs options de commandite sont aussi disponibles. Pour obtenir tous les détails concernant les disponibilités et les tarifs, contactez **Geneviève Roberge au 514 350-5000, poste 498** ou par courriel au [groberge@fmsq.org](mailto:groberge@fmsq.org).



Une bouffée d'air frais

## CONGRÈS CANADIEN SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE 2010

The World Trade and Convention Centre • Halifax (Nouvelle-Écosse)

Présenté par

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE  
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

En collaboration avec

THE  LUNG ASSOCIATION™  
Nova Scotia

L'Alliance canadienne  
sur la MPOC 

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site

[www.poumon.ca/crc](http://www.poumon.ca/crc)

29 avril – 1<sup>er</sup> mai 2010

## Nouvelles parutions

### Vivre avec un proche cardiaque

Le Dr Serge Doucet, cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire des Groseillers-Bérard en cardiologie interventionnelle, a récemment rédigé le livre *Vivre avec un proche cardiaque*. Cet ouvrage aborde, entre autres, le cœur et son fonctionnement, les facteurs de risque, les signes avant-coureurs de la crise cardiaque ou de l'infarctus, les arythmies cardiaques, l'origine de la maladie valvulaire cardiaque, la réadaptation et la reprise des activités ainsi que les services à utiliser.

### Guide pratique de médecine interne

Dr Luc Lanthier (médecine interne), professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, a lancé une version anglaise de son livre *Guide pratique de médecine interne*. Maintenant à sa cinquième édition francophone, ce livre, destiné aux étudiants, aux résidents de médecine et aux omnipraticiens du Québec, a connu jusqu'ici un succès phénoménal avec plus de 12 500 exemplaires vendus.

Le professeur Lanthier a conçu ce livre dès sa résidence en spécialité de médecine interne, pour le publier en 1999, au début de sa carrière médicale. L'ouvrage est un condensé des problèmes les plus courants rencontrés en pratique de médecine interne et il synthétise de vastes sommes de connaissances et de données. Conçu pour être pratique, ce manuel est idéal pour être glissé dans la poche d'un sarrau.

### Pétition recherche signataires

La Coalition Priorité Cancer au Québec demande à tous les citoyens du Québec d'appuyer leur effort pour la création d'une agence québécoise de lutte contre le cancer et d'une coordination centralisée pour vaincre le cancer. Selon la Coalition, le Québec a déjà tout en main pour améliorer la lutte contre le cancer, il ne suffirait que d'orchestrer les efforts de chacun. D'ici le 26 avril, vous pouvez signer la pétition qui se trouve sur le site Internet de l'Assemblée nationale du Québec (<http://www.assnat.qc.ca/petition/SignerFr.aspx?idPetition=97>).

### La détresse des soignants

À la suite du colloque *La souffrance des soignants : exprimer ou réprimer?* organisé par l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), en octobre 2008, ce livre est un reflet des présentations faites pendant l'événement et veut apporter un nouvel éclairage sur une réalité profondément vécue par les soignants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.) dans le milieu de la santé et des services sociaux. Les soignants souffrent de culpabilité face à l'impossibilité d'atteindre l'idéal thérapeutique qui concerne l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter et à soulager. Devant une telle impuissance, il peut arriver que le soignant démissionne et que la maladie s'installe. Le soignant, ne pouvant plus soigner, doit alors changer de rôle et devenir à son tour un soigné.

### Stress, estime de soi, santé, travail

Cinquante ans après l'ajout au dictionnaire du mot « stress » par le Dr Hans Selye, on commence à peine à cerner et comprendre son influence sur la santé tant publique que personnelle. Dr André Arsenault (médecine nucléaire) et son collègue, le psychologue Simon L. Dolan, ont publié aux Presses de l'Université du Québec, un livre qui voudra démontrer que la réduction du stress au travail peut être une pratique rentable pour les employeurs. Selon les auteurs, le stress professionnel est lié à trois facteurs : la perception des exigences de l'emploi, les différences individuelles et le soutien social. Le livre propose des stratégies pour réduire et même éviter le stress.

LS

Conseil québécois de développement  
professionnel continu des médecins  
**Explorons, innovons et partageons!**

Prix de la recherche,  
Prix de l'innovation pédagogique  
et Bourses de recherche en développement  
professionnel continu 2010

**Date limite : 1<sup>er</sup> mai 2010**

Pour participer, consultez le site Internet au [www.cqdpccm.ca](http://www.cqdpccm.ca)

3<sup>e</sup>  
**JFI**  FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC  
Journée de formation  
interdisciplinaire

À votre agenda

**Vendredi 19 novembre 2010**

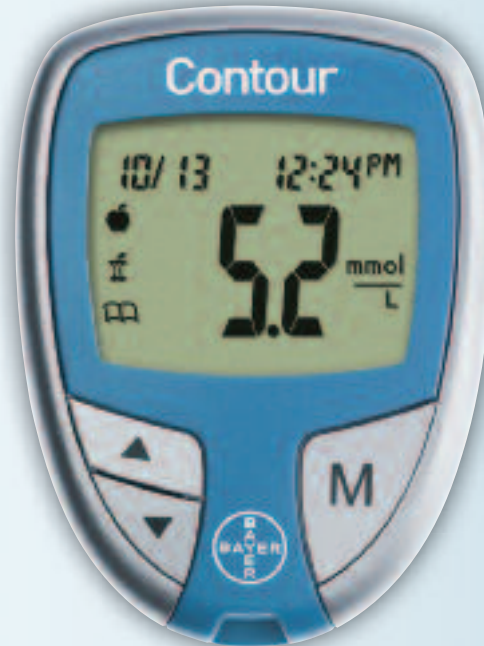
Détails à venir



Vivre avec le diabète  
n'est pas toujours simple.  
L'indicateur de vos  
patients, lui, devrait l'être.

## L'indicateur CONTOUR® de Bayer

Simple. Précis. Personnalisé.



**Aucune interférence**  
des sucres pouvant  
causer des résultats  
faussement élevés avec  
certains indicateurs\*

Deux modes de  
fonctions pour  
des analyses  
**personnalisées.**



Contribue à assurer  
la précision des résultats  
en éliminant les erreurs  
qui pourraient découler  
de l'étalonnage manuel.

L'indicateur le plus vendu  
au Canada\*\*

—Alana Burns  
*ailier fort, diabète de type 1*

 **simplesvictoires**<sup>MC</sup> [bayerdiabetes.ca](http://bayerdiabetes.ca)

© 2010, Bayer Inc. ®/MC Marques de commerce de Bayer HealthCare LLC utilisées sous licence par Bayer Inc. Bayer et la croix Bayer sont des marques déposées de Bayer AG utilisées sous licence par Bayer Inc. \* Avec les bandelettes d'analyse CONTOUR®, aucune interférence n'a été observée avec des concentrations de maltose et de galactose de jusqu'à 6,54 mmol/L et 12,43 mmol/L, respectivement. Gestion du diabète de Bayer, données internes. \*\* Bayer Inc., données internes, décembre 2008 à décembre 2009.



# DIABÈTE

## État d'urgence !

La croissance du diabète est alarmante ; l'OMS va plus loin et parle même de véritable épidémie. Selon les experts, si la tendance se maintient, en 2025, l'incidence du diabète aura doublé tant au Québec qu'ailleurs dans le monde. Les diabètes sont-ils tous égaux ? Non, 90 % des diabétiques sont de type 2. Le mode de vie actuel est pointé du doigt : sédentarité, alimentation, âge, etc. Il serait largement responsable du diabète de type 2. Depuis quelques années, on a vu apparaître le diabète double : des individus ayant le diabète de type 1 qui, après la quarantaine, développaient un diabète de type 2.

Le diabète, à lui seul, cause une véritable cascade de problématiques de santé : maladies cardiovasculaires (deux à trois fois plus que chez les non-diabétiques), cécité (première cause chez les adultes de moins de 65 ans), amputations (50 % des amputations d'origine non traumatique), insuffisance rénale (première cause de dialyse) et autres formes de complications. Le cinquième des lits d'hôpitaux est occupé par une personne diabétique.

Le diabète coûte cher, tant pour la société que pour le système de santé. Les dépenses de soins de santé sont jusqu'à cinq fois plus élevées pour les personnes diabétiques. On estime aujourd'hui les coûts directs et indirects à plus de trois milliards de dollars. À ces coûts s'ajoutent les coûts socio-économiques tels que la dépression, les pertes d'emploi, les problèmes personnels et familiaux, les divorces, etc.

Si la recherche a jusqu'ici permis d'identifier une trentaine de gènes prédisposant au diabète et que le mécanisme d'action de l'insuline commence à être percé, nous sommes encore à des années-lumière d'un traitement miracle pouvant anéantir ce fléau ravageur.

Le diabète est un problème de santé majeur mondial. État d'urgence !

Ce texte est une adaptation du rapport du groupe d'experts sur la situation du diabète au Québec\*. Nous remercions Diabète Québec pour nous avoir donné la permission d'utiliser ce texte dans le dossier thématique. Le rapport complet est disponible au [www.diabete.qc.ca](http://www.diabete.qc.ca).



## Rapport du groupe d'experts

# Situation du diabète au Québec

**P**uisqu'il s'agit d'une situation où l'augmentation des cas est devenue carrément alarmante, Diabète Québec a demandé à un groupe d'experts de réviser l'ensemble de la situation du diabète au Québec et de proposer des recommandations pouvant rendre la lutte contre ce fléau plus efficace et performante tout en offrant les meilleurs services et traitements aux personnes qui en souffrent.

Le diabète est une maladie chronique causée par une production inadéquate d'insuline. Il existe deux types principaux de diabète : le type 1, qui touche surtout les jeunes, et le type 2, dont l'apparition des symptômes est plus fréquente chez les plus de 40 ans. À ces deux groupes, s'ajoute le diabète gestationnel et, depuis très récemment, le double diabète, c'est-à-dire des cas où des diabétiques de type 1 développent, à l'âge mûr, le diabète de type 2. Ce nouveau groupe est en progression constante. Au Québec, on doit absolument améliorer les actions à tous les niveaux, tant du côté de la prévention du diabète que dans les soins et les traitements aux personnes affectées.

Il est impératif de réduire la prévalence et l'incidence du diabète et d'en diminuer les impacts. Pour y arriver, les experts prônent l'adoption et le financement adéquat d'une stratégie pour lutter contre le diabète privilégiant un continuum d'interventions à tous les niveaux, de la prévention aux services tertiaires.

Au Québec, on estime à plus de 930 000 le nombre de personnes prédiabétiques et diabétiques, soit environ 15 % de la population. À l'heure actuelle, quelque 35 000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an.

- La prévalence du diabète (cas connus) est de 7 % chez les 20 ans et plus.
- Une personne sur huit va devenir diabétique.

Deux raisons principales expliquent ce phénomène : il y a d'abord le vieillissement de la population, qui a un effet sur l'augmentation de la prévalence de la maladie, et il y a les changements dans les habitudes de vie qui entraînent une recrudescence de l'embonpoint et de l'obésité.

On observe une apparition de plus en plus précoce du diabète de type 2. Auparavant, la maladie apparaissait surtout dans la soixantaine, maintenant, c'est dans la quarantaine. Depuis 2003, les lignes directrices canadiennes recommandent aux personnes

d'avoir un test de dépistage à partir de 40 ans. Malgré tout, entre 30 et 40 % des diabétiques de type 2 ne sont pas diagnostiqués. C'est souvent lors d'une première complication que la condition est constatée. Il n'est donc pas rare de trouver un diabète à la suite d'un premier accident vasculaire, cardiaque ou autre. Ces personnes vivront en hyperglycémie pendant plusieurs années avec toutes les conséquences que cela entraîne.

Deux autres phénomènes relativement récents s'ajoutent à ce tableau. On remarque une forte augmentation du diabète de grossesse dans les hôpitaux qui desservent des populations d'origine amérindienne, afro-américaine, asiatique ou latino-américaine. Jusqu'à la moitié de ces femmes seront à l'avenir diabétiques de type 2.

On constate aussi que le diabète de type 2 apparaît maintenant chez les enfants et les adolescents. Dans certaines cliniques pédiatriques desservant des communautés à risque, le nombre de jeunes atteints d'un diabète de type 2 est alarmant. Les diabétiques utilisent plus de services médicaux et sont plus susceptibles de développer des complications comme des problèmes cardiovasculaires, rénaux, ophtalmologiques et neurologiques si leur maladie n'est pas bien contrôlée.

Sur le plan économique, on estime que le diabète coûte plus de deux milliards de dollars par année au réseau de la santé québécois. À ces coûts, s'ajoutent au moins un milliard de dollars en coûts indirects.

De son côté, la situation du diabète de type 1 est tout aussi préoccupante puisque l'on rapporte une croissance de l'incidence de 3 % par année. Les experts estiment donc que le moment est venu de réaliser une étude épidémiologique exhaustive incluant la prévalence, l'incidence, les complications du diabète et les hospitalisations, à l'instar de ce qui se fait en Ontario et en Grande-Bretagne.

### Prévention et contrôle du diabète

Le groupe d'experts est d'avis qu'il est urgent de doter le Québec d'une stratégie globale en diabète. Pourtant, il est difficile de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Cela serait dû notamment à l'absence d'une stratégie de lutte et de contrôle du diabète et à l'éparpillement des efforts à travers d'autres problématiques de santé.

À titre d'exemple, depuis 2008, l'Ontario a choisi d'investir 741 millions de dollars sur 4 ans pour le diabète. Ces investissements sont ciblés : 40 % pour l'accroissement des soins fournis

\* Le groupe d'experts de Diabète Québec est composé de D<sup>r</sup> André Bélanger, endocrinologue, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, D<sup>r</sup> Jean-Marie Ékoé, endocrinologue, CHUM – Hôtel-Dieu, D<sup>r</sup> Simon Kouz, cardiologue, Centre de santé et de services sociaux Nord-de-Lanaudière (CHRD – Joliette), D<sup>r</sup> David Morris, endocrinologue, CUSM – Hôpital Royal Victoria et D<sup>r</sup> Jean-François Yale, endocrinologue, CUSM – Hôpital Royal Victoria. Ont aussi participé à ce comité Serge Langlois, président-directeur général, et Marc Aras, directeur des communications de Diabète Québec.

par des équipes interdisciplinaires, 30 % pour l'amélioration des services pour les maladies du rein (néphropathie), 20 % pour la création d'un registre du diabète, etc. Si le Québec choisissait cette avenue, il devrait alors investir annuellement environ 100 millions de dollars, et ce, pendant 4 ans.

En Angleterre, là aussi les budgets pour le diabète sont protégés. Par exemple, un programme national du suivi de la rétinopathie est en place depuis trois ans. Les personnes diabétiques ont un examen annuel de la rétine. Au Québec, seul un rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) propose le suivi systématique des patients diabétiques pour réduire les conséquences de la rétinopathie.

## Le continuum d'actions et de services

### Diminuer la prévalence et l'incidence du diabète

#### 1. Prévention primordiale / enfants, adolescents et jeunes adultes

Les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité sont clairement les causes premières de la montée du diabète de type 2 dans les sociétés occidentales. Une nourriture riche en sucres, en matières grasses et en calories favorise l'obésité. Combiné à la sédentarité, cela peut conduire à l'intolérance au glucose, qui est fréquemment l'antichambre du diabète de type 2. Il faut donc travailler à la modification des modes de vie. La promotion de comportements plus sains, tout particulièrement auprès des jeunes, leurs parents et les milieux scolaires, est la base de l'action pour diminuer la prévalence du diabète. La tâche est malheureusement ardue; les résultats sont graduels, visibles seulement sur une longue période de temps.

#### 2. Prévention primaire / clientèles à risque

Trop souvent, le diagnostic se fait tardivement alors que des complications sont déjà apparues. Un patient est diabétique depuis sept années, en moyenne, avant d'en connaître le diagnostic. Il importe donc de réduire l'incidence du diabète par le dépistage précoce du prédiabète et du diabète, en ciblant les populations à risque. Selon les plus récentes lignes directrices de dépistage et de traitement, toute personne de 40 ans et plus devrait faire analyser sa glycémie à tous les trois ans.

Pour raccourcir réellement le temps durant lequel la personne diabétique ignore son état, nous devrions aussi cibler les personnes en phase de prédiabète (glycémie à jeun anormalement élevée, entre 5,6 et 6,9 mmol/L ou intolérance au glucose, glycémie située entre 7,8 et 11,1 mmol/L après 75 g de surcharge glucidique ou les deux en même temps) ou qui présentent un syndrome métabolique ou un risque cardiométabolique (obésité abdominale, anomalies lipidiques, hypertension, résistance à l'insuline, etc.).

**Convaincre une personne qui présente un risque de diabète de changer ses habitudes de vie et l'appuyer dans ses efforts pour se prendre en main demeurent le point central d'action pour diminuer l'incidence du diabète.**

### Priorités d'action

- Créer un guichet unique par territoire de CSSS de manière à assurer l'accès aux services médicaux de première ligne et autres ressources interdisciplinaires et instaurer un filet de sauvetage pour tous les prédiabétiques et les diabétiques.
- Offrir un plus grand accès à l'information sur le diabète afin de miser sur la motivation et la responsabilisation de la personne diabétique (par exemple les centres d'enseignement).

### Autres recommandations

- Accroître l'enseignement médical continu (dépistage, prévention et enseignement).
- Créer des programmes structurés d'intervention visant les modifications des modes de vie avec évaluation des indicateurs pertinents (tour de taille, A1c, etc.) et soutenir et bonifier les programmes existants offerts dans les établissements de santé qui sont supportés par des équipes interdisciplinaires, etc.
- Faciliter l'accès aux tests de dépistage chez les personnes à risque afin d'améliorer le contrôle et la surveillance du diabète.

### Diminuer les conséquences du diabète

#### 3. Prévention secondaire / personnes diabétiques

Le comité est d'avis qu'il faut diminuer les risques de complications liées au diabète, notamment par le dépistage précoce (identification, contrôle et intervention visant à modifier les modes de vie). L'Association canadienne du diabète a publié en 2008 les nouvelles données cliniques pour lesquelles les experts ont pu élaborer les cibles précises de traitement. Mais il ne suffit pas de s'approcher des cibles désirées, encore faut-il les atteindre et même, idéalement, les dépasser pour obtenir des bénéfices réels sur la santé et le bien-être à court et à long terme. Malheureusement, la majorité des patients diabétiques québécois n'atteignent pas les cibles de traitement.

L'étude DICE (Diabetes In Canada Evaluation) a démontré que le diabète était de moins en moins contrôlé selon la durée de la maladie. Alors que 70 % des personnes diagnostiquées depuis moins de 5 ans arrivent à atteindre un bon contrôle glycémique, ce pourcentage tombe à 40 % après 10 ans. La fréquence des complications micro et macrovasculaires aura triplé pendant la même période.

Principalement asymptomatique, le diabète évolue sournoisement; les personnes atteintes tendent souvent à relâcher leurs efforts. Connaissant peu leur maladie, bon nombre de patients négligent les recommandations de leurs médecins. Les centres d'enseignement du diabète disposent de ressources limitées; dans les grands centres urbains et en régions éloignées, on peine à répondre à la demande. L'enseignement (surtout pour le diabète de type 2) est pourtant la clef de la responsabilisation individuelle. Une personne sur dix seulement en bénéficie, la plupart du temps à la suite de complications, non pas en prévention. Pour obtenir des résultats significatifs, il est impératif d'améliorer l'accès aux ressources médicales et interdisciplinaires.



Une autre problématique s'ajoute au contrôle du diabète : la médication. Si le choix est parfois limité, l'accès est souvent inadéquat en raison des coûts qui y sont associés. Certains nouveaux produits sont inscrits sur la liste des médicaments d'exception et ne sont pas accessibles par des assurances privées.

Selon les experts du comité, il semble persister une certaine incompréhension à l'égard de la nature et de la qualité des traitements dont ont besoin les personnes diabétiques, alors que ces dernières auront à vivre plusieurs années avec la maladie. Les nouveaux médicaments répondent à des besoins spécifiques et ils apportent une approche novatrice à des situations que ne peuvent pas toujours contrôler les médicaments classiques. L'accès inadéquat à tous les traitements médicamenteux constitue un frein important à l'atteinte des objectifs de traitement. Des restrictions d'utilisation sont appliquées à presque 100 % des nouveaux traitements disponibles.

Selon les guides de traitement de l'Association canadienne du diabète, les nouveaux traitements, comme les sulfonurées de 2<sup>e</sup> génération, les thiazolidinediones et les incrétines soumis aux restrictions d'utilisation, devraient être utilisés plus tôt. Le fait qu'aucun médicament pour le diabète ne soit apparu sur le marché durant les premières années du régime d'assurance médicaments, alors que l'acceptation des nouveaux médicaments était plus généralisée, explique sans doute cette situation. Au lieu de comparer les nouveaux médicaments à ceux apparus dans les années 1990, le prix de ces derniers est strictement comparé avec celui des traitements mis sur le marché dans les années 1950-1970. Cette particularité historique ne justifie aucunement la discrimination qui s'applique depuis ce temps aux nouveaux médicaments pour le diabète.

### L'adhésion au traitement

L'adhésion au traitement demeure une problématique majeure ; un patient diabétique doit souvent prendre plus de sept médicaments chaque jour. L'oubli, volontaire ou non, d'une ou de plusieurs doses, le moment de prise inadéquat ou le fait de ne pas faire remplir une ordonnance pour un nouveau médicament, par exemple, peuvent avoir de graves conséquences sur la maîtrise des glycémies et des facteurs de risques associés. Les professionnels de la santé doivent chercher à prévenir, à identifier et à corriger les problèmes d'adhésion au traitement; de leur côté, les patients doivent communiquer ouvertement avec leurs professionnels de la santé sur les difficultés qu'ils rencontrent. Encore et toujours, un bon enseignement et un suivi par une équipe interdisciplinaire peuvent améliorer la situation.

### Priorités d'action

- Instaurer le dépistage systématique (automatique) et ciblé des complications liées au diabète, sans toutefois compromettre la disponibilité des ressources en services tertiaires.
- Se référer aux mesures identifiées par les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète quant à la disponibilité des ressources, l'adhésion aux traitements et l'intervention sur les modes de vie.
- Mettre sur pied un registre national du diabète.

### Autres recommandations

- Accroître l'enseignement médical continu (dépistage, prévention et enseignement).
- Créer des programmes d'intervention sur les modes de vie ciblés et simples, soutenir et bonifier les programmes existants : CSSS, GMF, équipes interdisciplinaires, etc.
- Assurer un meilleur accès aux médicaments d'exception par la codification pour tous les médicaments en diabète.
- Instaurer le suivi systématique et informatisé des patients diabétiques.
- Adopter et promouvoir une stratégie agressive pour dépister les complications liées au diabète.
- Faire une évaluation périodique des divers programmes d'intervention en diabète (indicateurs).
- Maintenir l'accessibilité et la qualité optimale des services aux patients.

### 4. Services tertiaires / personnes diabétiques

Il est urgent de ralentir l'évolution vers les complications de la maladie et réduire l'apparition de nouveaux cas. La maîtrise du diabète est nécessaire pour en diminuer les complications, voire les éviter. Plusieurs éléments clés doivent être réunis afin de favoriser la prise en charge du diabète de type 2 et de le maîtriser. Ce sont : l'enseignement aux personnes diabétiques adapté à la complication qu'elle soit micro ou macrovasculaire, l'accès équitable aux soins de santé et aux professionnels de la santé, l'utilisation optimale des médicaments ainsi que leur accès et le suivi régulier des patients. Durant les hospitalisations, il est aussi essentiel que le personnel médical s'assure que les glycémies soient optimisées, car plusieurs recherches démontrent un taux de succès plus élevé quand le contrôle est plus serré.

### Priorités d'action

- Outiller les médecins : formation médicale continue, soutien en expertise aux GMF et aux cliniques médicales, centres d'enseignement aux patients, etc.
- Créer des filets de sauvetage : soutien par une équipe interdisciplinaire, référence vers les centres spécialisés d'enseignement aux patients.

### Autres recommandations

- Arrimer les services tertiaires avec la 1<sup>re</sup> ligne (complémentarité et suivi des patients).
- Favoriser la formation des endocrinologues en encourageant ce choix de profession.
- Miser sur la motivation des médecins.
- Intégrer des indicateurs de performance.

Nous avons les connaissances, il nous manque maintenant l'organisation du système et une stratégie d'ensemble pour parvenir à lutter plus efficacement et à contrôler le diabète dans un esprit de continuum de soins. Le groupe d'experts souhaite vivement que le gouvernement du Québec y procède sans plus tarder.



François Gilbert, M.D.  
Endocrinologue

# DIABÈTE État d'urgence !

## Le diabète : une maladie prête à émerger dans plusieurs situations cliniques

**Le syndrome métabolique est une manifestation clinique qui peut être le signal annonciateur d'un diabète de type 2. Il est reconnu que la principale anomalie physiologique à l'origine de ce problème de santé est la résistance à l'insuline, un phénomène génétiquement acquis qui devient cliniquement apparent habituellement après l'âge de 40 ans. Dans un article paru dans l'édition du Spécialiste de décembre 2007, D<sup>re</sup> Elaine Letendre a décrit en détail les caractéristiques de ce syndrome.**

**L**a conséquence métabolique ultime de ce défaut héréditaire est le diabète de type 2. Cette issue clinique peut toutefois prendre plusieurs années avant de s'installer définitivement. En raison du rôle que l'insuline joue normalement dans plusieurs composantes du métabolisme, des manifestations cliniques variées peuvent donc signaler à l'avance aux professionnels de la santé l'émergence éventuelle du diabète. La liste suivante énumère les principales :

### Entités cliniques reliées au diabète

- Obésité
- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle
- Hyperuricémie et goutte
- Stéatose hépatique
- Insuffisance rénale chronique
- Microalbuminurie
- Dysfonction érectile
- Syndrome des ovaires polykystiques
- Apnée du sommeil

Ainsi, un clinicien se voyant en présence d'un patient avec un des éléments suivants : un tour de taille dépassant 94 centimètres, un indice de masse corporelle au-dessus de 27, une glycémie supérieure à 5,5 mmol/L ou un patient porteur d'une dyslipidémie, d'une hyperuricémie, d'une stéatose hépatique ou d'une hypertension artérielle devrait avoir le réflexe de soumettre ce dernier à une épreuve d'hyperglycémie provoquée par ingestion de 75 grammes de glucose d'une durée de 2 heures ou, au moins, vérifier sa glycémie à jeun une fois par année pour dépister la présence de diabète de type 2.

De plus, il existe des populations plus à risque que d'autres de développer un diabète de type 2 parce qu'elles sont porteuses de gènes favorisant l'apparition d'une résistance à l'insuline. Ainsi, il faut être particulièrement vigilant avec les Amérindiens, les Asiatiques du Sud-Est, les Polynésiens, les habitants des Caraïbes, les Latino-américains et les Américains d'origine africaine. On doit également surveiller de près les personnes qui ont une histoire familiale de diabète, de dyslipidémie ou d'hypertension artérielle ou qui ont déjà souffert d'une maladie cardiovasculaire, ainsi que les femmes qui sont atteintes ou porteuses d'un syndrome des ovaires polykystiques ou qui ont fait du diabète de grossesse.

La raison pour laquelle il est important de diagnostiquer tôt le diabète est que cette maladie prédispose à l'émergence de maladies cardiovasculaires prématurées. Par exemple, on rencontre fréquemment en clinique des personnes diabétiques qui font un infarctus du myocarde 20 ans plus tôt que ce que l'on observe dans la population générale. Le diabète est également la cause principale d'amputation non traumatique de membres inférieurs. Ce type de complications du diabète, s'il ne conduit pas au décès, engendre souvent une invalidité telle qu'elle empêche parfois la victime de travailler et de jouir de la vie, sans compter la taxation importante qu'elle impose sur les ressources humaines et financières du système de santé.

Par conséquent, dans le but de prévenir la survenue des complications cardiovasculaires ainsi que les complications microvasculaires chez les personnes atteintes de diabète, les experts des organisations internationales s'intéressant à cette maladie ont émis des recommandations incitant les cliniciens traitant le diabète à atteindre des cibles métaboliques strictes chez leurs patients. Ainsi, la glycémie à jeun devrait se maintenir en bas de 7 mmol/L et celle mesurée 2 heures après un repas ne devrait pas dépasser 10 mmol/L. Le taux plasmatique d'hémoglobine glyquée devrait être inférieur à 7 %. Les concentrations plasmatiques de cholestérol-LDL devraient se situer en bas de 2 mmol/L ou à moins de 50 % du taux mesuré avant tout traitement hypolipémiant s'il était inférieur à 4 mmol/L. Le ratio cholestérol total sur cholestérol-HDL devrait se retrouver en bas de 4. Enfin, la tension artérielle devrait être maintenue en bas de 130/80 mm de mercure. Ces recommandations sont regroupées dans le tableau suivant :

Cibles métaboliques visées dans la gestion du diabète	
Glycémie à jeun	< 7 mmol/L
Glycémie 2 heures p.c.	< 10 mmol/L
Hémoglobine A1c	< 7 %
Cholestérol-LDL	< 2 mmol/L ou < 50 % du taux mesuré avant traitement si < 4 mmol/L
Ratio cholestérol total/cholestérol-HDL	< 4
Tension artérielle	< 130/80 mm Hg



Certains experts en maladies cardiovasculaires préconisent même une approche préventive similaire pour les personnes porteuses d'une intolérance au glucose, c'est-à-dire avec une glycémie à jeun supérieure à 5,5 mmol/L, surtout si elles sont également atteintes du syndrome métabolique. Des études épidémiologiques ont en effet observé que cette population comportait un risque cardiovasculaire aussi élevé que celle des personnes diabétiques.

Tout clinicien qui met en pratique ces recommandations réalise rapidement que, pour atteindre les cibles métaboliques visées, il doit avoir recours à plusieurs médicaments, en plus de l'adoption d'un mode de vie sain, c'est-à-dire la consommation d'une diète équilibrée et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques par jour. Il n'est, en effet, pas rare de rencontrer des personnes diabétiques ingurgitant des médicaments provenant de trois classes différentes d'anti-diabétiques, trois à quatre classes différentes d'anti-hypertenseurs et jusqu'à deux classes différentes d'hypolipémiants. De plus, ces médicaments doivent être souvent pris tous les jours pendant plusieurs années. Dans ce contexte, il est facile de comprendre que de convaincre les patients d'être fidèles à leur traitement représente un défi majeur pour l'équipe traitante, surtout en l'absence de symptômes, comme il est souvent le cas chez les personnes porteuses de troubles métaboliques.

En résumé, l'approche clinique des professionnels de la santé face au diabète doit comporter un niveau de suspicion aiguisée de la présence

de la maladie, un diagnostic précoce, un traitement intensif amorcé tôt après le diagnostic et une aptitude de persuasion imaginative envers la clientèle traitée.



### Bibliographie

- Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2004;141:421.
- Selvin E, Coresh J, Golden SH et al. Glycemic control and coronary heart disease risk in persons with and without diabetes: the atherosclerosis risk in communities study. *Arc Intern Med* 2005;165:1910.
- Coutinho M, Gerstein HC, Wang Y, Yusuf S. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. *Diabetes Care* 1999;22:233.
- Qiao Q, Pyorala K, Pyorala M et al. Two-hour glucose is a better risk predictor for incident coronary heart disease and cardiovascular mortality than fasting glucose. *Eur Heart J* 2002;23:1267.
- Sasso FC, Carbonara O, Nasti R et al. Glucose metabolism and coronary heart disease in patients with normal glucose tolerance. *JAMA* 2004;291:1857.
- Khaw KT, Wareham N, Bingham S et al. Association of hemoglobin A1c with cardiovascular disease and mortality in adults: the European prospective investigation into cancer in Norfolk. *Ann Intern Med* 2004;141:413.

ENVIE D'UN CHANGEMENT DE PRATIQUE ?  
PENSEZ AU  
BAS-SAINT-LAURENT...

Majoration du salaire de 25 à 30 %

*Les CSSS du Bas-Saint-Laurent*

Kamouraska	Les Basques	La Matapédia
Témiscouata	Rimouski-Neigette	Matane
Rivière-du-Loup	La Mitis	

Agence de la santé  
et des services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent

Québec

Informez-vous par courriel  
anne.levesque.asss01@ssss.gouv.qc.ca



Paul Poirier, M.D.\*

# DIABÈTE État d'urgence!

## L'impact du diabète en cardiologie

**Malgré l'amélioration des traitements disponibles et une meilleure prise en charge des personnes diabétiques, le diabète continue d'être un problème majeur de santé publique dû à l'augmentation inquiétante de sa prévalence<sup>1</sup>.**

**S**elon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de personnes diabétiques dans le monde a augmenté de 30 à 171 millions entre 1985 et 2000, et ce chiffre devrait atteindre les 366 millions d'ici 2030<sup>2</sup>. Au Québec, les données préliminaires du nouveau Programme québécois de surveillance du diabète (PQSD) indiquent qu'en 2006-2007, la prévalence du diabète (standardisée selon l'âge pour la population du Québec en 2001) était de 7,1 % chez la population de 20 ans et plus, soit une augmentation de 31 % depuis 1999-2000 (prévalence alors estimée à 4,9 %).

La gravité du diabète est essentiellement liée aux complications qu'il entraîne. En effet, sans traitement adéquat, le diabète peut engendrer de graves complications macro et microvasculaires qui constituent en soi une cause de morbidité et de mortalité prématurée responsables de coûts économiques et sociaux énormes. Les problèmes relatifs à ces complications se poseront de plus en plus fréquemment à cause de l'augmentation dramatique du nombre de cas de diabète de type 2 à un âge plus jeune. L'espérance de vie des personnes atteintes de diabète de type 1 peut être réduite de 15 ans; celle des personnes atteintes de diabète de type 2, de 5 à 10 ans<sup>3</sup>. En effet, 80 % des décès observés chez les diabétiques sont attribuables aux maladies cardiovasculaires. De ce nombre, 13 % sont attribuables directement au diabète (acidocétose, coma et hypoglycémie) et 10 % à des accidents vasculaires cérébraux<sup>4</sup>.

### LA GRAVITÉ DU DIABÈTE EST ESSENTIELLEMENT LIÉE AUX COMPLICATIONS QU'IL ENTRAÎNE.

L'athérosclérose coronarienne est plus fréquente, plus étendue et plus grave chez les diabétiques que chez les non-diabétiques<sup>5</sup>. Les études angiographiques révèlent des lésions coronariennes plus sévères et plus diffuses chez les diabétiques<sup>6</sup>. Les données démontrent que les diabétiques de type 2 sont deux à quatre fois plus susceptibles de subir un infarctus aigu du myocarde que les non-diabétiques<sup>7</sup>. La maladie coronarienne demeure donc la principale cause de mortalité chez les personnes diabétiques, pouvant ainsi réduire leur espérance de vie de près de 15 ans<sup>8</sup>. Plus de 80 % des diabétiques de type 2 décèdent d'une complication cardiovasculaire et environ 30 % des patients traités en soins intensifs de cardiologie sont diabétiques.

La cardiomyopathie diabétique joue également un rôle important dans l'excès de morbi-mortalité coronarienne observé chez le sujet diabétique. Elle peut être mise en évidence très tôt à un stade préclinique par la présence d'altérations fonctionnelles du ventricule gauche, où il existe déjà de multiples facteurs associés au diabète tels que l'obésité et l'hypertension artérielle<sup>9</sup>. Au stade clinique, elle s'exprime par une insuffisance cardiaque globale chez le patient diabétique normotendu et sans manifestations cliniques d'atteinte coronarienne<sup>10</sup>. Cette cardiomyopathie diabétique est associée à certains facteurs métaboliques, incluant la présence d'une hyperglycémie prolongée et l'altération de l'action de l'insuline qui peuvent conduire à des altérations structurelles et fonctionnelles du myocarde. Une surcharge cellulaire en acide gras et en calcium joue aussi un rôle crucial en induisant la résistance à l'insuline et en affectant la contractilité du myocarde et, dans certains cas, provoquant la mort cellulaire des cardiomyocytes<sup>11</sup>. La neuropathie autonome cardiaque, une complication précoce du diabète, souvent présente au moment du diagnostic du diabète, peut aussi altérer le pronostic par ses influences délétères sur la fonction cardiaque du patient diabétique. En effet, la neuropathie autonome cardiaque est largement associée aux facteurs de risque cardiovasculaires, à savoir une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle, des niveaux plus élevés de triglycérides et du cholestérol LDL et des niveaux plus bas du cholestérol HDL<sup>12</sup>. La neuropathie autonome cardiaque est liée en premier lieu à l'atteinte du système parasympathique. Ce déficit parasympathique peut être responsable d'une tachycardie sinusale permanente avec une perte de l'adaptation de la fréquence cardiaque à l'effort et beaucoup plus rarement d'un risque de syncope ou de mort subite.

D'autres organes sont également atteints. La néphropathie est 10 à 13 fois plus fréquente chez les personnes diabétiques que chez les non-diabétiques et est rencontrée chez 14 % à 30 % des patients diabétiques<sup>13</sup>. Bien que les problèmes rénaux soient plus fréquents chez les diabétiques de type 1, les diabétiques de type 2 sont plus nombreux et représentent donc la majorité des cas. Une rétinopathie diabétique est rencontrée chez 40 % des patients diabétiques de type 2 âgés de 40 ans et plus<sup>14</sup>. Elle constitue un facteur prédictif de morbidité et de mortalité coronariennes autant chez les diabétiques de type 1 que de type 2<sup>15</sup>. En effet, chez les patients avec un stade avancé de rétinopathie diabétique, la maladie cardiovasculaire était la cause principale de décès chez 55 % des sujets<sup>16</sup>.

Les facteurs de risque cardiovasculaires identifiés dans la population générale s'appliquent également aux patients diabétiques,



particulièrement les diabétiques de type 2. L'hypertension artérielle est approximativement deux fois plus fréquente chez les diabétiques comparativement aux non-diabétiques, et elle précède souvent le développement du diabète<sup>17</sup>. La majorité des patients avec un diabète de type 2 présente une dyslipidémie plusieurs années avant le diagnostic du diabète. Cette dyslipidémie, caractérisée par une augmentation des niveaux de lipoprotéines riches en triglycérides (VLDL et LDL), une augmentation des concentrations plasmatiques d'apolipoprotéine B (un marqueur de la concentration des lipoprotéines athérogènes) ainsi qu'une diminution des concentrations de cholestérol-HDL, est associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires, même en absence d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle ou le tabagisme.

En 2008, l'Association canadienne du diabète a établi des recommandations pour le dépistage de la maladie coronarienne chez le patient diabétique<sup>18</sup>. En pratique, en plus d'une évaluation du risque coronarien chez ce type de patient, un ECG au repos devrait être effectué chez tous les diabétiques : 1) âgés de 40 ans et plus ; 2) atteints de diabète depuis plus de 15 ans, et ce, indépendamment de leur âge ; ou 3) présentant soit une hypertension artérielle, une protéinurie, une intensité du pouls diminuée à l'examen physique ou un souffle vasculaire.

Il faut comprendre que l'ensemble de ces facteurs de risque ont un effet multiplicatif et leur réduction a un effet synergique chez les patients<sup>19</sup>. Le contrôle intensif de ces facteurs permet de prévenir le développement du diabète et de la maladie cardiovasculaire et de réduire de 46 % la mortalité comparativement aux soins usuels<sup>20</sup>.

En conclusion, le diabète affecte plusieurs systèmes et module certainement la pratique quotidienne des médecins dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales. Il va sans dire, la prévention revêt ici toute son importance dans l'approche de cette pathologie morbide et mortelle.



\* L'auteur est cardiologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval.

#### Références

On peut consulter la liste complète des références citées dans cet article dans le site Internet de la FMSQ au [www.fmsq.org/specialiste](http://www.fmsq.org/specialiste).

## Le diabète est-il différent d'une région à l'autre ? D'un pays à un autre ?

Il semble que oui. Au Québec, la prévalence du diabète diffère d'une région administrative à l'autre. Selon les données 2006-2007 du Programme québécois de surveillance du diabète, la prévalence moyenne ajustée est de 7,1 % chez les personnes de 20 ans et plus. Quatre régions présentent une prévalence plus élevée, soit : la Côte-Nord (8,7 %), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (8,0 %), Île de Montréal (7,5 %) et Lanaudière (7,6 %) ; 4 régions ont une prévalence similaire,

soit l'Abitibi-Témiscamingue (7,2 %), Laurentides (7,0 %), Laval (7,3 %) et la Montérégie (7,2 %) et 6 régions présentent une prévalence plus faible que la moyenne : Estrie (6,2 %), Mauricie et Centre-du-Québec (6,8 %), Capitale-Nationale (6,4 %), Chaudière-Appalaches (6,5 %), Saguenay Lac-Saint-Jean (6,4 %) et Bas-Saint-Laurent (5,9 %). La prévalence ajustée du diabète chez la population d'Eeyou Istchee de 20 ans et plus était de 23,9 % en 2006.

### Prévalence du diabète chez les 20 à 79 ans, 2010



Source: IDF Diabetes Atlas 4th ed. © International Diabetes Federation, 2009

Ailleurs, dans le monde, la prévalence du diabète diffère beaucoup d'un pays à l'autre. Selon les données régionales publiées par la Fédération internationale du diabète, les pays de l'Amérique du Nord et des Caraïbes ont la plus forte prévalence, soit 10,2 %, suivi des pays du Moyen-Orient (9,3 %). D'ailleurs, au Moyen-Orient, six pays font partie du *Top 10* des pays ayant la plus haute prévalence du diabète au monde. Ce sont le Bahreïn, l'Égypte, le Koweït, les Émirats Arabes Unis, l'Oman et l'Arabie Saoudite. Les changements de mode et de style de vie seraient responsables de cette situation. La région ayant la plus faible prévalence du diabète est l'Afrique (3,8 %), et ce, malgré une hausse significative des cas recensés depuis la dernière décennie.

Toutes les sources de surveillance, d'information ou de recherche sur le diabète s'entendent quant à l'augmentation, voire l'explosion, du diabète partout au monde, et ce, d'ici les 20 prochaines années.



ORDONNANCE de K. H. BOUCHARD

Nom	M. Laurin	Date	
Adresse		Âge	

Utilisez cette ordonnance par usage.

R

*Vous ne connaissez pas  
le 9 à 5 ?  
Nous non plus.*

Renouvellement: 0123456

Signature du médecin *J. H. Bouchard*

Adresse du médecin

# Des solutions financières spécialisées, pour vous simplifier la vie.

[rbcbanqueroyle.com/profsante](http://rbcbanqueroyle.com/profsante)

**IMAGINEZ. RÉALISEZ.**

**RBC Banque Royale®**

Voici le forfait bancaire privilège RBC pour les membres de la FMSQ, alliant commodité et économies :

- › Forfait bancaire VIP RBC®, à 125 \$ par année, une économie de 235 \$
- › Carte Visa de prestige, sans frais, incluant carte de cotulaireire
- › Marge de crédit au taux préférentiel
- › Taux privilégiés sur prêts hypothécaires, de plus, nos conseillers en prêts hypothécaires vous rencontrent à l'heure et à l'endroit de votre choix.

Pour en savoir plus sur le **forfait bancaire privilège pour les membres de la FMSQ**, composez le **1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)**, rendez-vous à la succursale la plus près de chez vous, ou consultez le dépliant détaillé sur le site [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org) dans la section SERVICES AUX MEMBRES.



Nahla Aris-Jilwan, M.D.  
Endocrinologue



# Éducation et centres de diabète

**Le diabète touche environ 7 % de la population canadienne, soit approximativement 2 millions de personnes (3 millions si l'on tient compte des cas non diagnostiqués). L'Association canadienne du diabète estime que ce nombre passera à 3,7 millions d'ici 2020. Actuellement, 90 % des diabétiques sont de type 2 et la majorité est obèse. Après 60 ans, une personne sur cinq devient diabétique. C'est donc un problème de santé majeur.**

**L**e diabète est une maladie chronique. Mal contrôlé, il affecte la qualité de vie des gens atteints et augmente le risque de complications microvasculaires, de rétinopathie, de néphropathie et de complications cardiovasculaires; 80 % en mourront. Heureusement, les études ont souligné l'importance d'un bon contrôle dans la prévention notant une réduction de 25 à 30 % du risque de complications microvasculaires pour chaque diminution de 1 % de l'hémoglobine glyquée (A1c) et de 16 % des problèmes cardiovasculaires. De plus, le contrôle précoce favorise la prévention. Ainsi, selon l'United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)<sup>1</sup>, le suivi des patients, 10 ans après la fin de l'étude, montre une réduction des complications dans le groupe originellement mieux contrôlé par rapport au groupe contrôle, et ce, malgré une égalisation des A1c.

Or, le traitement du diabète est complexe. Il comprend la modification des habitudes alimentaires, la pratique régulière d'activités physiques, la prise de médication, la surveillance des glycémies capillaires et les visites médicales auxquelles s'ajouteront des visites en ophtalmologie et éventuellement en néphrologie. De plus, une prise en charge globale au niveau des lipides et de l'hypertension artérielle est recommandée pour éviter les complications cardiovasculaires.

Il est donc compréhensible que l'annonce du diagnostic représente souvent un bouleversement dans la vie de la personne diabétique et qu'elle puisse trouver difficiles les changements à effectuer. Les diabétiques dont la condition est déjà connue, lorsque mal informés, se trouvent, également, souvent dépourvus.

En 1989, dans la *Déclaration de Saint-Vincent* sur le diabète sucré, le besoin d'éducation du patient diabétique a été reconnu comme un droit par la Fédération internationale du diabète. L'éducation thérapeutique et la formation sont aussi recommandées par les différentes associations de diabète. Cette approche place le diabétique au centre de son traitement et lui reconnaît la responsabilité ultime de la gestion de sa maladie. L'équipe soignante, plutôt que de prendre en charge les décisions thérapeutiques comme dans les maladies aiguës, joue le rôle de guide pour permettre au diabétique de faire des choix éclairés dans son traitement.

Du point de vue historique, en 1919, Joslin publiait un premier manuel sur le diabète à l'usage des patients et des médecins. Dans les années 1960-1970, des expériences sporadiques ont

démontré un lien entre la survenue des comas et la durée d'hospitalisation. Cependant, dans les décennies suivantes, on notait encore de sérieux déficits de connaissances et d'habiletés chez 50 à 80 % des patients diabétiques, avec un contrôle non optimal chez une majorité d'entre eux.

Devant ces performances médiocres, la méthodologie de l'enseignement a dû évoluer. Ainsi, les présentations magistrales ont progressivement laissé la place à des interventions adaptées aux patients, promouvant leur participation active et leur autonomisation (*empowerment*). On préférera se centrer sur la maîtrise des conduites à tenir, quitte à limiter le volume du contenu. Les méthodes d'apprentissage reproduisant des occasions concrètes, la résolution de problèmes, les mises en situation, les jeux et les questionnaires favorisent la réflexion et la participation. Il est aussi recommandé de donner la parole au patient, cela lui permet de construire et de clarifier sa pensée ainsi que d'intérioriser la formation<sup>2</sup>.

L'exploration de l'aspect affectif face à la maladie et à son traitement peut aider à trouver des solutions et améliorer la motivation pour faire des changements comportementaux. Selon l'étude de Lacroix et Assal<sup>2</sup>, l'analyse des comportements à la lumière des émotions peut fournir une base aux objectifs de changement choisis par le patient. Tenir compte des phases d'adaptation à la maladie chronique<sup>3</sup> peut aider à mieux cibler l'intervention, l'écoute des patients pouvant être différente selon le stade. Une autre étude, l'approche transthéorique de Prochaska<sup>4</sup>, définit, quant à elle, les cinq étapes de changement et appelle à des interventions spécifiques, facilitant le passage à l'action.

Au Québec, en 1987, le ministère de la Santé attribuait des ressources pour l'ouverture de centres consacrés à l'éducation au diabète. À cette époque, l'Hôpital Royal Victoria faisait déjà de l'enseignement et la Cité de la Santé à Laval avait ouvert un centre de diabète en 1984.

De nos jours, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal organise la prise en charge des personnes diabétiques pour les maladies chroniques intégrant les différentes lignes de soin dans le but d'autonomiser les patients. On retrouve les centres de diabète dans les hôpitaux, les CLSC, certaines cliniques et pharmacies. Les formules sont diverses. La plupart des centres font un enseignement individuel ou de groupe de quatre à dix personnes, certains combinent enseignement de groupe et individuel.

# DIABÈTE

## État d'urgence !

Les cours sont dispensés en journées consécutives ou étalés dans le temps. Quelques centres se limitent à l'enseignement, d'autres, particulièrement dans les hôpitaux, y associent le traitement. Certains centres offrent même des relances après les sessions.

La formule de groupe a l'avantage d'être plus économique et permet de rejoindre un plus grand nombre de personnes. Par contre, elle est plus rigide au niveau des horaires et de l'adaptation à tous les participants et offre moins de confidentialité. Le format individuel peut être plus facilement personnalisé et peut mieux convenir aux personnes ayant de la difficulté à s'exprimer en groupe ou ayant des conflits d'horaire avec le format proposé. Il s'adapte mieux aussi aux interventions plus urgentes.

On estime un besoin de 12 à 20 heures pour l'enseignement de groupe et de 8 à 12 heures pour l'enseignement individuel. Norris<sup>5</sup>, dans une méta-analyse, calculait, pour le diabète de type 2, une baisse de 0,04 % de l'A1c pour chaque heure additionnelle de contact avec l'équipe traitante et extrapolait un besoin de 23,6 heures pour abaisser l'A1c de 1 %.

Une équipe comprenant au minimum un médecin, une infirmière et une nutritionniste est en charge de l'éducation thérapeutique. À cette équipe peuvent s'ajouter un pharmacien, un psychologue, un travailleur social, un kinésologue, un spécialiste en soins de pieds, etc. L'équipe reçoit une formation préalable adaptée en psychologie comportementale, en animation de groupe ainsi qu'en technique de motivation. Elle fonctionne en complémentarité : chaque membre de l'équipe garde son expertise, tout en se tenant au courant des autres domaines et en se communiquant les informations et les objectifs poursuivis pour chaque patient. L'équipe doit aussi pouvoir apporter un soutien psychosocial à la personne diabétique ainsi qu'à son entourage.

Le coordonnateur est responsable de la planification, de l'implantation et de l'évaluation du programme. Un médecin supervise l'enseignement et est responsable du traitement dispensé. Des connexions avec les différentes spécialités médicales liées à la détection et au traitement des complications (ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, néphrologie, neurologie, etc.) sont établies. Les références proviennent principalement des endocrinologues et des généralistes, mais aussi d'autres intervenants.

Tous les nouveaux diabétiques devraient être référés à un centre de diabète. Les diabétiques déjà diagnostiqués sont souvent référés pour diverses raisons telles que complément d'éducation, surtout nutritionnel, diabète mal contrôlé (A1c > 7), hypoglycémie, révision de la médication, début de l'insulinothérapie, mal adaptation au diabète, anxiété et changement de mode de vie.

Certains centres séparent, d'autres mélangent les diabètes de type 1 et de type 2. Les avantages et les inconvénients des deux pratiques n'ont pas vraiment été étudiés. Souvent, les diabétiques sont encouragés à assister aux rencontres avec un membre de leur entourage, le soutien étant reconnu comme apportant une aide au niveau de l'adhésion aux soins.

L'urgence de la référence dépend de la sévérité des symptômes, du niveau de contrôle et des connaissances, des habiletés essentielles à la survie ainsi que des dispositions psychologiques des patients.

### POUR ÊTRE EFFICACE, L'ENSEIGNEMENT DOIT ÊTRE SYSTÉMATISÉ, AVEC DES PLANS DE COURS COUVRANT TOUS LES ASPECTS DE LA MALADIE ET DE SON TRAITEMENT.

Pour être efficace, l'enseignement doit être systématisé, avec des plans de cours couvrant tous les aspects de la maladie et de son traitement : ce qu'est le diabète, la prévention, les complications, la médication et ses ajustements, l'alimentation, l'exercice, l'hypo et l'hyperglycémie, les soins de pieds, les occasions particulières (par exemple, les fêtes, sorties au restaurant, etc.), les aspects psychosociaux et la grossesse. Il doit être adapté au patient, avec des objectifs comportementaux mesurables établis en concertation avec lui, selon ses besoins, ses connaissances et les obstacles éventuels. Une évaluation de l'atteinte des objectifs est recommandée ainsi qu'une évaluation répétitive du programme pour en assurer la qualité. Celle-ci doit porter sur les changements biologiques, comportementaux et psychologiques des participants à la formation.

L'enseignement technique de la pratique des glycémies capillaires et des injections d'insuline se fait individuellement avec démonstration et pratique. Un rapport est envoyé au médecin référent à la fin de la session et le suivi doit être organisé. Le plus souvent, les patients sont retournés aux médecins référents.

Quel est l'impact de l'enseignement ? Il est actuellement difficile de tirer des conclusions précises, les études disponibles souffrant souvent de problèmes méthodologiques. Il semble qu'un groupe éduqué ait quatre fois moins de risques de présenter des complications qu'un groupe n'ayant reçu aucune éducation. Seules les stratégies de modifications comportementales améliorent l'A1c. L'éducation est plus efficace lorsque associée à des ajustements de la médication par un médecin. Sont aussi améliorées les complications aiguës, les hospitalisations, les amputations, les habitudes alimentaires et la fréquence des glycémies capillaires. On déplore cependant le peu d'études quant à la qualité de vie des personnes diabétiques.

Toutes les personnes diabétiques ont droit à une éducation thérapeutique interactive visant une modification des comportements, adaptée à leurs besoins et dispensée par une équipe formée avec, autant que possible, un suivi périodique, en association avec les interventions médicales appropriées.

LS

#### Références

On peut consulter la liste complète des références citées dans cet article dans le site Internet de la FMSQ au [www.fmsq.org/spécialiste](http://www.fmsq.org/spécialiste).



Guy-Paul Gagné, M.D.  
Obstétricien-gynécologue

## Un modèle d'application pour une prestation sécuritaire des soins

# Le programme AMPRO<sup>OB</sup>

**E**n décembre 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a approuvé le déploiement du programme AMPRO<sup>OB</sup> (Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux) dans toutes les unités obstétricales des hôpitaux et maisons de naissance du Québec. C'est un programme de trois ans et le premier cycle de formation se terminera en 2013. Il réunit tous les professionnels œuvrant en obstétrique : obstétriciens-gynécologues, médecins de famille, sages-femmes et infirmières.

### Pourquoi l'intérêt pour AMPRO<sup>OB</sup> ?

L'expérience obtenue depuis sept ans dans les autres provinces canadiennes nous permet de conclure que **le programme AMPRO<sup>OB</sup> permet au service d'obstétrique des hôpitaux de diminuer le nombre des accidents, de sauver plus de vies et d'économiser temps et argent, tout en améliorant la qualité de vie des professionnels participants!**

Ce programme fait appel aux techniques les plus récentes en andragogie et en gestion des risques. Il continue là où les formations traditionnelles s'arrêtent : il change les attitudes et les pratiques cliniques. Il prend racine dans le milieu par l'entremise d'une équipe de base multidisciplinaire qui prend en charge le leadership de la gestion des risques. Toutes ses facettes sont interdisciplinaires, il brise les barrières entre les différentes professions et crée une nouvelle culture de communauté de pratique où la sécurité est la priorité de tous.

### Le contexte : la sécurité des patientes

Le programme est né de la volonté de la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (SOGC) de s'occuper, d'une part, de l'augmentation des risques de poursuites en responsabilité professionnelle et, d'autre part, de la crise anticipée de main-d'œuvre en obstétrique. En effet, la pratique de l'obstétrique était considérée comme de plus en plus stressante et devenait moins populaire parmi les professionnels de la santé concernés. Il fallait donc un programme novateur pour améliorer la qualité des soins, diminuer les risques d'événements défavorables et améliorer la qualité de vie au travail ainsi que la rétention et le recrutement du personnel.

AMPRO<sup>OB</sup> a été développé dans le sillon du rapport de l'Institute of Medicine<sup>1</sup> dont les conclusions ont été confirmées dans le rapport Baker Norton<sup>2</sup>, c'est-à-dire que les événements à issue défavorable

dans le cadre des soins de santé continuent d'être un problème grave qui entraîne des effets considérables sur les patientes, les fournisseurs de soins, les gouvernements et la société.

Le nouveau programme allait donc être résolument orienté vers la sécurité des patientes et on anticipait pouvoir atteindre tous les autres objectifs à partir de ce point central. Le pari était de taille, mais l'expérience et les résultats du programme tendent maintenant à démontrer en milieu hospitalier ce que certaines industries telles que l'aviation avaient conclu depuis longtemps : **une organisation qui adopte la sécurité comme principe directeur développera simultanément l'excellence dans sa gestion et l'excellence dans ses résultats cliniques, deux domaines souvent perçus comme évoluant en opposition.** Les résultats sont concluants au point où les méthodes et les outils utilisés dans AMPRO<sup>OB</sup> sont maintenant exportables à d'autres spécialités hospitalières.

Basé sur les principes des **organisations à haute fiabilité** (OHF), AMPRO<sup>OB</sup> s'apparente aux programmes implantés dans les milieux techniques complexes et interactifs, où travaillent ensemble des intervenants de toutes provenances. Ces organisations s'acquitte de tâches exigeantes, jour après jour, avec de rares erreurs catastrophiques au sein de leurs systèmes. C'est pourquoi le public a des attentes très élevées en ce qui concerne leur fiabilité.

Une unité hospitalière compte bon nombre des caractéristiques qui définissent les OHF, sauf peut-être le haut degré et la constance de leur fiabilité. AMPRO<sup>OB</sup> vise à implanter, au sein de la culture des unités d'obstétrique, les principes suivants provenant des OHF :

- La sécurité constitue la priorité, tous en partageant la responsabilité ;
- La communication est de la plus haute importance ;
- Les activités sont un travail d'équipe ;
- Les urgences font l'objet de répétitions ;
- La hiérarchie disparaît en situation d'urgence ;
- On procède à l'examen multidisciplinaire des pratiques courantes et des événements.

La culture du blâme qui règne présentement lorsque vient le moment d'analyser les événements touchant les patientes est reconnue pour être un des principaux obstacles à l'amélioration de la sécurité. AMPRO<sup>OB</sup> met l'accent sur l'étude de ces événements en vue de trouver les causes fondamentales plutôt que d'en attribuer le blâme.

## Des résultats probants

Au Québec, 41 hôpitaux et 7 maisons de naissance sont maintenant engagés dans le programme. On prévoit avoir débuté la formation dans la totalité des 65 hôpitaux à la fin 2010. Au niveau canadien, AMPRO<sup>OB</sup> démontre les résultats (statistiquement significatifs) suivants<sup>4</sup> :

- Une réduction des admissions aux soins intensifs, des enfants sur ventilateur, de la morbidité grave (incluant détresse respiratoire, septicémie, hémorragies intracrâniennes traumatiques ou non traumatiques), des lacérations et du temps de séjour maternel. Une plus grande proportion des accouchements à risque sont transférés dans un centre de niveau approprié.
- Une réduction des dépenses totales d'indemnités et du coût moyen par demande en assurance hospitalière (figures 1 et 2) dans 39 hôpitaux ayant débuté le programme en 2002.
- L'amélioration et le maintien des connaissances obstétricales des participants de toutes les disciplines ainsi que de la culture de sécurité des unités de soins<sup>5</sup>.

Un sondage<sup>6</sup> indique aussi que 86 % des participants recommanderaient le programme à d'autres, 82 % sont d'accord pour dire qu'il augmente leur satisfaction professionnelle et 68 % que le stress au travail est diminué.

AMPRO<sup>OB</sup> crée un nouveau modèle de soins en démantelant la hiérarchie et les pratiques traditionnelles et en mettant l'accent sur le travail d'équipe et la création de communautés de pratique. Les résultats démontrent qu'une gouvernance clinique centrée sur la sécurité est à la fois rentable et efficace pour améliorer les résultats cliniques. En effet, AMPRO<sup>OB</sup> permet non seulement de réduire la fréquence des événements indésirables, mais aussi une utilisation plus rationnelle des ressources. La popularité de ce modèle auprès des professionnels et des gestionnaires lui promet un bel avenir et une transposition vers d'autres secteurs de l'activité hospitalière.

Ce processus est axé sur l'étude des systèmes en cause, la compréhension de l'origine de l'événement, le partage des résultats et la formulation de recommandations aux niveaux appropriés de l'organisation.

## La structure du programme

Une équipe de base multidisciplinaire est choisie par les membres de l'unité de soins de chaque hôpital afin de fournir la direction et le soutien nécessaires pour la mise en œuvre et la poursuite du programme. Une formation spécifique est donnée sur place au début de chacun des trois modules par une équipe interprofessionnelle d'animateurs certifiés. Une consultante est ensuite chargée d'offrir à l'équipe, un soutien continu pendant la mise en œuvre du programme.

Le Module 1 **Apprendre ensemble** met l'accent sur l'apprentissage collectif et la création d'une base de connaissances communes

## Coûts encourus entre 2000 et 2008

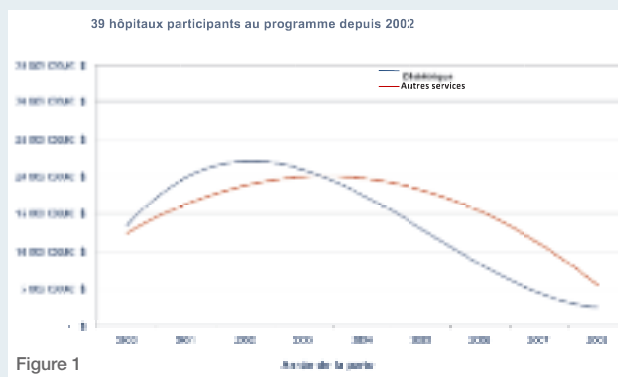


Figure 1

Source : Health Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)

## Coût moyen par demande entre 2000 et 2008

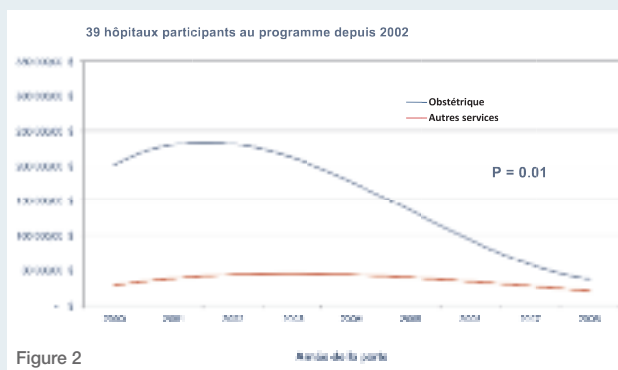


Figure 2

Source : Health Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)

fondée sur des données probantes. Des exercices pratiques portant sur les compétences de base sont organisés. Le but est d'améliorer la confiance, le respect et la communication interprofessionnels. Le Module 2 **Travailler ensemble** s'installe sur les bases du module 1 et comporte des outils de communications, de travail d'équipe, de vérification de la pratique et des exercices d'urgences. Le Module 3 **Modifier la culture** porte sur la création et le maintien d'une culture de sécurité des patientes. Les événements sont analysés de façon interdisciplinaire avec des outils standardisés. On met l'accent sur l'établissement de communautés de pratique<sup>3</sup>.



## Références

On peut consulter la liste complète des références citées dans cet article dans le site Internet de la FMSQ au [www.fmsq.org/specialiste](http://www.fmsq.org/specialiste).



Bernard Thibault, M.D.\*

## Le suivi à distance des stimulateurs cardiaques

# Un pas de plus vers la cardiologie du 21<sup>e</sup> siècle

**L**e 22 octobre 2009, une équipe d'électrophysiologistes de l'Institut de Cardiologie de Montréal a implanté pour la première fois au Canada un nouveau type de stimulateur cardiaque (*pacemaker*) qui, à l'aide d'une borne externe, possède la capacité de communication sans fil (*wireless*). Nous venons tout juste de franchir une limite qui pourrait avoir des retombées très positives pour les patients. Il est désormais possible d'obtenir l'information fournie par le stimulateur alors que le patient est chez lui. Jusqu'à maintenant, cette technologie était réservée seulement aux défibrillateurs; elle pourra dorénavant aussi être offerte au plus grand nombre de patients qui ont besoin d'un stimulateur cardiaque.

Les avantages de cette nouvelle technologie sont incontestables. Souvenons-nous que ces appareils sont implantés chez des patients âgés ou malades; il devient évident qu'au 21<sup>e</sup> siècle il est préférable de faire voyager l'information plutôt que de faire voyager les patients. Les stimulateurs cardiaques sont devenus avec le temps des appareils hypersophistiqués qui peuvent établir d'importants diagnostics, lesquels peuvent avoir des conséquences morbides, voire mortelles (par exemple une défaillance prochaine d'une des composantes du système de stimulation ou encore détecter la fibrillation auriculaire asymptomatique). Les manufacturiers de ces appareils recommandent généralement un suivi des patients aux trois mois. Cependant, la surcharge des cliniques rend cette recommandation souvent impossible; il est courant que les rendez-vous ne se donnent qu'aux six à douze mois.

Avec ce nouveau type de stimulateur cardiaque, les patients reçoivent une borne de communication (modem) qu'ils installent dans leur chambre à coucher. De façon régulière (programmation quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle), la borne procède à l'interrogation du stimulateur et l'information est transférée sur un site Internet dédié et protégé. Si tout est correct, l'information est par la suite transmise (aussi selon un horaire programmable) à la clinique responsable. On peut également choisir de programmer des alertes, dans quel cas l'information sera transmise de façon immédiate et urgente. On peut donc imaginer les avantages pour les patients: plus besoin de se déplacer et d'attendre pour une visite de contrôle de routine et, du point de vue de la sécurité, on aura désormais la possibilité d'identifier les signes avant-coureurs de problèmes potentiels (par exemple, on peut souvent identifier un bris progressif de sonde par des variations de la résistance au courant électrique avant que la sonde ne cesse de fonctionner totalement). Les avantages sont aussi présents quand la pile du

stimulateur arrive en fin de vie. Lorsque le voltage commence à diminuer, il lui reste souvent de 9 à 18 mois avant d'être complètement épuisée. Il est de routine d'intensifier la fréquence des visites (aux deux ou trois mois) pendant cette période.

Revenons à nos patients âgés ou à mobilité réduite; on peut facilement comprendre les avantages conférés par cette technologie sans fil. Mais cette approche comporte un certain risque: un rendez-vous manqué ou reporté pourrait avoir des conséquences néfastes, spécialement pour les patients totalement dépendants de leur stimulateur cardiaque. L'attitude la plus prudente consiste à changer l'appareil plus rapidement, ce qui entraîne «un certain gaspillage». Avec la surveillance à distance, le voltage de la pile peut être suivi quotidiennement. Il sera ainsi possible «d'étirer» la durée de vie des stimulateurs au maximum sans pour autant prendre de risque pour les patients et, de surcroît, surcharger nos cliniques.

Finalement, toute avancée technologique comporte ses limites et inconvénients. Les systèmes de communication sans fil sont performants et l'information est traitée de façon confidentielle et sécuritaire, mais il faut prévoir qu'il y aura sans doute des «bugs» imprévus. Si, pour les patients, l'effort est minimal, la situation risque d'être fort différente pour les cliniques spécialisées pour qui la tâche risque de s'alourdir. De fait, l'avantage d'avoir moins de patients en visite personnelle est contrebalancé par l'arrivée massive d'informations à analyser (nous suivons plus de 5 000 patients par année!). Le modèle de fonctionnement pour traiter toutes ces «nouvelles» informations et pouvoir communiquer avec les patients doit être bâti. À ce jour, les ressources allouées sont insuffisantes. Il faudra donc que les avantages réalisés d'un côté (coûts moindres dus à la diminution des visites et à la maximisation de la durée de vie des stimulateurs) compensent le coût du traitement de cette information. Finalement, comme pour toute nouvelle technologie, les coûts à l'achat sont plus élevés (pour le stimulateur et pour la borne de transmission). Ici encore, il faudra élaborer des stratégies spécifiques, déterminer des priorités et, du moins au début, établir des critères pour choisir quel patient pourra bénéficier de cette technologie, à quel moment et pour combien de temps. Même sans boule de cristal, il est facile de prédire que l'accès à cette technologie est la voie du futur, spécialement dans le contexte québécois: grand territoire à couvrir, nombre limité de cliniques spécialisées et climat pour le moins «capricieux». La télémédecine est une priorité pour nos décideurs, la présente avancée ne pouvait mieux tomber.

LS

\* L'auteur est cardiologue électrophysiologiste à l'Institut de Cardiologie de Montréal et professeur à l'Université de Montréal.



Patricia Kéroack  
CONSEILLÈRE EN COMMUNICATION

## Dr Phil Gold, la découverte qui a révolutionné le savoir sur le cancer



Dr Phil Gold

**A**vec une voix de velours et un charme absolu, le docteur Gold commence l'entrevue en badinant et en jouant avec les mots. Séduction totale. Je découvre ce géant dont les travaux ont littéralement révolutionné les connaissances sur le cancer. Pourtant, il tentera de me convaincre que sa contribution est presque infinitésimale dans l'océan de la science actuelle. En 1965, Dr Gold, en collaboration avec le Dr Samuel O. Freedman, fait la découverte d'un marqueur tumoral humain, l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), un test sanguin qui est, aujourd'hui encore, couramment utilisé pour diagnostiquer l'apparition ou la récurrence d'un cancer.

Dr Gold sera intronisé en avril au Temple de la renommée canadienne de la médecine. Il sera à côté de célèbres médecins comme les docteurs Banting, Best, Bethune, Penfield et Selye. Est-il heureux de cette nomination ? Absolument. « Tout est arrivé si vite. Je ne savais même pas que j'étais en nomination, puis un jour je reçois un coup de fil pour m'annoncer le tout, c'est incroyable ! J'apprécie tellement que mes collègues aient pensé à moi et me démontrent ainsi leur reconnaissance. »

Qui aurait dit qu'un jour, le doctorant en physiologie prendrait un virage vers la médecine ? Son mentor, Sir Arnold SV Burgen, l'invitait à parfaire sa formation du côté plus « humain » de la science. Mais le virage est de courte durée. Après sa graduation, il quitte sa résidence et, en deux ans, obtient un doctorat après avoir écrit une thèse sur le rôle de l'ACE dans le système digestif. Son mentor ne le voit pas poursuivre ses travaux en oncologie ; pour lui, le jeune Gold a beaucoup plus d'avenir ailleurs. Mais Phil Gold persiste et poursuit tant ses travaux que sa formation médicale qu'il avait interrompue. Par chance, un collègue et ami, le Dr Freedman, avait un laboratoire. Lui avait une idée et voulait poursuivre ses recherches. Ensemble, ils travailleront sur la connaissance d'une glycoprotéine.

Pourquoi s'être intéressé à l'ACE ? Ce sont deux allocutions spécialisées qui le marqueront et lui donneront le goût de développer ses connaissances. Le premier conférencier démontre que, jusqu'au moment de prononcer ladite conférence, les chercheurs ne voyaient pas de différence entre la cellule saine et la cellule cancéreuse. Pourtant, la cellule cancéreuse amenait irrémédiablement à la mort de l'individu. Dr Gold reste sceptique ; selon lui, il devait y avoir une différence quelque part. Puis, vient l'autre conférence, où on y a parlé d'un concept surprenant, celui de la tolérance immunologique. Selon ce concept, bien avant notre naissance, nous possédons déjà une fiche d'identité ; ainsi, notre corps est à même d'identifier rapidement une agression ou un ajout extérieur (une greffe, par exemple). Dr Gold trouve le

concept intéressant, mais il semble y manquer un facteur important. Selon ce concept, notre corps viendrait à développer une tolérance à sa propre immunologie, sans quoi on deviendrait tous intolérants à soi-même en s'infligeant des maladies auto-immunes... donc, allant jusqu'à se rejeter. Cette tolérance acquise par les cellules est la prémisse qui a mené à la découverte de l'ACE. À l'aide des technologies disponibles en immunologie, il s'attardera à vérifier le contenu de la fiche d'identité à plusieurs stades de la vie, de la conception à la mort.

Aujourd'hui, l'ACE est un test largement utilisé dans le diagnostic et le suivi des patients atteints de cancer. « Nos travaux, qui se sont échelonnés sur une longue période de temps ont été publiés il y a déjà 45 ans dans le *Journal of Experimental Medicine*. Avec l'accès aux technologies et aux connaissances actuelles, on aurait pu faire le tout en une fraction du temps. Mais ce qu'on a fait, on l'a fait avec un plaisir incroyable. »

Dr Gold est un travailleur infatigable, mais avant tout, c'est quelqu'un qui aime par-dessus tout son travail. Selon lui, la véritable passion du travail commence par l'attitude. Quand la tête ou le cœur n'y sont pas, ça ne sert à rien.

Dr Gold aurait pu œuvrer du côté de l'oncologie médicale. « Bien que mes travaux aient porté sur l'oncologie, ma carrière de clinicien a été concentrée du côté de l'allergie et de l'immunologie clinique... puisque je crois en connaître un peu sur l'immunologie ! » Cette carrière clinique aura été ponctuée de recherche, mais aussi d'enseignement et de gestion. L'Université McGill, son *alma mater* qu'il ne quittera qu'une courte période de deux ans pour parfaire sa formation au Public Health Research Institute de New York, créera, en 1978, le Centre de cancer de McGill, un centre qui deviendra le tout premier département d'oncologie universitaire en Amérique du Nord. Dr Gold en sera le premier directeur. Il occupera, par la suite, d'autres postes de gestion, notamment à l'Hôpital général de Montréal, où il sera médecin-chef, puis directeur du Département de médecine de l'Université McGill. Il est aujourd'hui directeur exécutif du Centre de recherche clinique de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill.

Récipiendaire de nombreux prix, distinctions et diplômes honorifiques, Dr Gold est aussi compagnon de l'Ordre du Canada et officier de l'Ordre national du Québec. Conférencier et professeur invité par de nombreuses universités, Dr Gold poursuit toujours, du haut de ses 73 ans, ses activités professionnelles avec un amour du métier toujours aussi présent.



# PUBLICITÉ

# SERVICES AUX MEMBRES DE LA FMSQ AVANTAGES COMMERCIAUX

## SECTION

« INSCRIVEZ-VOUS ! »

Vous organisez un événement ?  
Faites-le savoir!

(Des frais minimes s'appliquent)

### À l'@ffût

#### Bulletin électronique

Vous voulez rejoindre  
les médecins  
spécialistes  
du Québec ?

Un simple coup de fil : 514 350-5274

## SUR LE

# SITE INTERNET DE LA FMSQ



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

## NOS FILIALES

groupe fonds des  
professionnels

**Groupe Fonds des  
professionnels**

[www.groupefdp.com](http://www.groupefdp.com)

**Sogemec**  
ASSURANCES

**Sogemec Assurances**

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

## NOS PARTENAIRES



**Courtier immobilier agréé**

SERVICES IMMOBILIERS RÉSIDENTIELS (VENTE OU LOCATION)

514 816-6447

**Bell**

**Bell**

[www.bell-association.ca](http://www.bell-association.ca)

club **voyages**  
Berri

**Club Voyages Berri**

514 288-8688

**GROUPE SOLUTION**  
COURTIER AUTOMOBILES ET CAMIONS

**Groupe Solution**

COURTIER AUTOMOBILES ET CAMIONS

[www.groupesolution2.com](http://www.groupesolution2.com)

HÔTELS  
*Fairmont*

**Hôtels Fairmont**

[www.fairmont.com](http://www.fairmont.com)

**HYATT  
REGENCY  
MONTREAL  
CENTRE-VILLE**

**Hyatt Regency Montréal**

[www.montreal.hyatt.ca](http://www.montreal.hyatt.ca)



**laPersonnelle**

**La Personnelle**

[www.sogemec.lapersonnelle.com](http://www.sogemec.lapersonnelle.com)



**Rabais Campus**

ABONNEMENTS

[www.rabaiscampus.com](http://www.rabaiscampus.com)



**RBC Banque Royale**

[www.rbcbanqueroyle.com/sante](http://www.rbcbanqueroyle.com/sante)



**Park'n Fly  
Service de stationnement**

[www.parknfly.ca](http://www.parknfly.ca)

Demandez notre carte  
des tarifs dès maintenant :  
[fcadieus@fmsq.org](mailto:fcadieus@fmsq.org)

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux  
réservés aux membres de la FMSQ,  
visitez le [www.fmsq.org/services](http://www.fmsq.org/services)



France Leclerc

FISCALISTE ET PLANIFICATEUR FINANCIER

## Pot-pourri fiscal

Tous les contribuables veulent réduire leur fardeau fiscal. Que vous soyez jeune ou plus âgé, la fiscalité sera toujours un sujet important. Le présent article fait un survol de notre système fiscal et des crédits qui vous permettent de réduire vos impôts. Au Québec, les taux d'imposition des particuliers sont progressifs, c'est-à-dire que plus vos revenus sont élevés, plus vous paierez d'impôts. C'est ce que démontre le tableau ci-dessous :

Paliers d'imposition	Impôt sur le revenu	Gains en capital	Dividendes déterminés <sup>1</sup>	Dividendes ordinaires <sup>2</sup>
10 382 \$ - 38 570 \$	28,53 %	14,26 %	5,90 %	11,74 %
38 570 \$ - 40 970 \$	32,53 %	16,26 %	11,66 %	16,74 %
40 970 \$ - 77 140 \$	38,37 %	19,19 %	16,47 %	24,05 %
77 140 \$ - 81 941 \$	42,37 %	21,19 %	22,23 %	29,05 %
81 941 \$ - 127 021 \$	45,71 %	22,86 %	27,04 %	33,22 %
127 021 \$ et plus	48,22 %	24,11 %	30,65 %	36,35 %

<sup>1</sup> Dividendes payés par les sociétés publiques, par les SPCC à même leur revenu (autre que leur revenu de placement) qui n'est pas admissible à la déduction accordée aux petites entreprises (DPE) et par les autres sociétés résidentes du Canada dont le revenu est assujéti au taux général des sociétés.

<sup>2</sup> Dividendes payés par les sociétés privées sous contrôle canadien (SPCC) à même leur revenu qui est admissible à la DPE ou à même leur revenu de placement (autre que les dividendes déterminés payés par les sociétés publiques).

Voici certains moyens pouvant vous aider à réduire votre facture fiscale. Notez que la liste qui suit n'est pas complète et que certaines stratégies peuvent ne pas être adaptées à votre situation. N'oubliez pas que nos conseillers aux membres peuvent analyser votre condition financière et vous proposer des stratégies personnalisées répondant à vos besoins spécifiques.

### 1. Mise à part de l'argent

Cette stratégie consiste à transformer des intérêts non déductibles payés sur un emprunt en intérêts déductibles.

### 2. REER (Régime enregistré d'épargne-retraite)

En cotisant à votre REER ou à celui de votre conjoint, vous pouvez réduire votre facture fiscale pour l'année de la cotisation et la reporter au moment du retrait. Si votre taux marginal d'impo-

sition est moins élevé à ce moment, vous réaliserez une économie d'impôt. La cotisation annuelle maximale à un REER équivaut à 18 % du revenu gagné de l'année précédente, pour un maximum de 22 000 \$ en 2010, en plus des droits inutilisés reportés, s'il y a lieu.

### 3. CELI (Compte d'épargne libre d'impôt)

Cotiser dans ce nouveau compte vous permet d'accumuler des sommes à l'abri de l'impôt. La cotisation annuelle maximale est de 5 000 \$ en 2010, sans égard au revenu gagné.

### 4. Assurance vie

Certains produits d'assurance vie vous permettent d'accumuler des sommes à l'abri de l'impôt.

### 5. Prêt étudiant

Les intérêts sur ce type de prêt peuvent procurer un crédit d'impôt. Il est donc préférable d'accélérer le remboursement de vos autres emprunts avant de rembourser votre prêt étudiant. De plus, au fédéral, les intérêts payés peuvent être reportés jusqu'à cinq années dans le futur alors qu'au Québec, ils sont reportables indéfiniment. Si pour une année déterminée vous payez peu ou aucun impôt, il sera préférable de déclarer les intérêts payés durant cette année dans une année ultérieure où l'impôt payable sera plus élevé.

### 6. Frais de garde d'enfant

Il est possible, selon certains critères, de réduire votre impôt si vous avez payé des frais pour la garde de vos enfants.

### 7. Achat d'une première habitation

Le fédéral permet maintenant d'obtenir un crédit d'impôt non remboursable (15 % de 5 000 \$) lors de l'achat d'une première habitation.

### 8. Incorporation

L'incorporation en tant que professionnel peut, dans plusieurs situations, être bénéfique sur le plan fiscal.

Certaines de ces stratégies peuvent être relativement complexes. Il est donc recommandé de consulter des spécialistes.

Chez Groupe Fonds des professionnels, nos conseillers aux membres connaissent votre réalité et vos préoccupations. De plus, ils ont accès à une équipe spécialisée en planification financière qui comprend une fiscaliste.



**Chantal Aubin**

DIRECTRICE  
ADMINISTRATION DES RÉGIMES

## Vous prévoyez voyager à l'extérieur de la province avec votre voiture ?

# Assurez-vous d'être pleinement protégé

**C**haque année, de nombreux Québécois profitent des vacances pour s'offrir un séjour dans une autre province canadienne ou aux États-Unis. Vous êtes de ceux-là ? Avant de prendre la route, assurez-vous d'être couvert adéquatement, car les lois à l'extérieur du Québec diffèrent des nôtres, notamment en ce qui a trait à l'assurance automobile et à la garantie responsabilité civile.

En effet, aux États-Unis et dans la plupart des autres provinces canadiennes, les dommages corporels causés à autrui dans un accident de la route ne sont pas couverts par un organisme public (comme c'est le cas au Québec par l'entremise de la SAAQ). De plus, lorsqu'un accident survient à l'extérieur du Québec, les victimes de l'accident sont en droit d'intenter des poursuites judiciaires contre vous.

Ainsi, si vous étiez tenu responsable d'un accident et que vous endommagiez les biens d'autrui ou causiez des blessures corporelles à des tiers, vous pourriez faire face à une poursuite onéreuse. Mais, rassurez-vous : votre assurance responsabilité civile vous protégerait dans une telle situation !

### La meilleure façon d'assurer votre pleine protection

Avant de prendre la route pour les États-Unis ou pour une autre province canadienne, communiquez avec votre assureur. Celui-ci saura vous aiguiller vers la couverture qui répond le mieux à vos besoins, afin que vous soyez pleinement protégé lors de votre séjour à l'extérieur.

Certains assureurs automobiles, dont La Personnelle, vous donnent la possibilité d'augmenter le montant de votre couverture, et ce, jusqu'à 5 millions de dollars. Un simple coup de fil à votre agent ou à votre courtier vous permettra de choisir le montant d'assurance adéquat et vous épargnera bien des tracasseries en cas d'accident !

Si vous avez une assurance auto avec Sogemec/La Personnelle, appelez un agent au 1 866 350-8282 du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, ou le samedi, de 8 h à 16 h.

### Vous prévoyez louer une voiture lors de votre voyage ?

Assurez-vous que votre contrat d'assurance automobile comporte l'avenant n° 27 qui couvre les dommages causés à un véhicule loué au Canada ou aux États-Unis.

Si vous prévoyez louer un véhicule ailleurs dans le monde, informez-vous auprès de l'un de nos agents au sujet de notre protection « Umbrella » qui vous permet de bénéficier des garanties de votre contrat automobile partout dans le monde.

Bonnes vacances !

Sogemec Assurances a choisi La Personnelle pour offrir à ses membres un régime d'assurance de groupe auto, habitation et entreprise de première qualité. Pour obtenir une soumission, appelez un agent au 1 866 350-8282 ou visitez le [sogemec.lapersonnelle.com](http://sogemec.lapersonnelle.com) pour une soumission en ligne.



### Au Québec, que couvre votre protection responsabilité civile automobile ?

L'assurance responsabilité civile vous protège en cas d'accident survenant au Québec, contre les dommages que vous pourriez causer aux biens d'autrui, comme une clôture, une maison, un poteau d'électricité, etc.

La Loi sur l'assurance automobile québécoise exige que tout propriétaire d'un véhicule ait une assurance responsabilité civile pour un montant d'au moins 50 000 \$. Toutefois, la plupart des assureurs vous accordent un montant d'assurance supérieur. C'est le cas de La Personnelle, l'assureur de groupe auto, habitation et entreprise de Sogemec Assurances, qui vous propose une couverture de 2 millions de dollars vous permettant ainsi d'être bien protégé en cas d'accident.

### Votre assurance responsabilité civile automobile vous protège-t-elle à l'extérieur de la province ?

L'assurance responsabilité civile que vous détenez avec votre assureur privé au Québec vous couvre lorsque vous voyagez chez nos voisins du sud ou ailleurs au Canada pour toute période n'excédant pas 180 jours par année. Toutefois, il est important de vous assurer que le montant de votre couverture est suffisant.



**Maurice Giroux**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL

# SOGEMEC ASSURANCES

## Une nouvelle adresse – même service préférence

**D**epuis le 18 janvier, toute l'équipe de Sogemec Assurances est heureuse de vous accueillir dans ses nouveaux locaux, au design contemporain, situés au 20<sup>e</sup> étage de la tour Est au Complexe Desjardins. Seul l'étage a changé, nos numéros de téléphone et de télécopieur demeurent inchangés.

### Service préférence

Chez Sogemec Assurances, le SERVICE PRÉFÉRENCE c'est l'engagement d'excellence par l'équipe des conseillers et celle du service à la clientèle.

- Service personnalisé haut de gamme ;
- Aucun système d'appels informatisé, aucune boîte vocale sans votre accord ;
- Réponse à vos questions dans les 24 heures ;
- Traitement individualisé de vos réclamations, et ce, étape par étape ;
- Les connaissances sans cesse renouvelées de nos conseillers.

Sogemec Assurances, une filiale de la FMSQ, a été créée par et pour les médecins. Vos assurances évoluent au même rythme que votre style de vie et vos besoins. Nous sommes ainsi disponibles, tout au long de votre carrière, pour veiller à ce que vous bénéficiiez de produits à la fine pointe qui répondent adéquatement à vos besoins. Ainsi, nous vous offrons un produit d'assurance invalidité unique, qui inclut la protection de votre « **propre profession** » au moment d'une invalidité, une offre de **5 ans de prestation de plus** que la concurrence, une clause de **présomption d'invalidité totale UNIQUE pour les spécialités chirurgicales si vous subissez la perte définitive de l'usage d'une seule main**.

Pour obtenir les réponses à toutes vos questions en matière d'assurance, nos conseillers sont disponibles pour vous rencontrer dans nos nouveaux locaux ou à votre domicile.



**Sogemec ASSURANCES** POUR TOUS VOS BESOINS D'ASSURANCES

Grâce au **SERVICE PRÉFÉRENCE**

**SOGEMEC ASSURANCES ÉVOLUE AVEC VOUS**

Avec le SERVICE PRÉFÉRENCE de Sogemec Assurances, toutes vos assurances sont pensées en fonction de votre style de vie et de vos besoins.

POUR EN SAVOIR PLUS :  
**1 800 361-5303 / 514 350-5070 / 418 658-4244**  
 Par courriel ou Internet :  
[information@sogemec.qc.ca](mailto:information@sogemec.qc.ca) / [www.sogemec.qc.ca](http://www.sogemec.qc.ca)

SOGEMEC ASSURANCES filiale de la

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC



## RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES



## CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

CLASSE THÉRAPEUTIQUE : Régulateur du métabolisme des lipides

### INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

#### Hypercholestérolémie

LIPITOR<sup>MD</sup> (atorvastatine calcique) est indiqué comme adjuvant aux changements du mode de vie, y compris l'adoption d'une diète, pour réduire les taux trop élevés de CT, de C-LDL, de triglycérides et d'apolipoprotéine B (apo B) dans les cas d'hyperlipidémie et de dyslipidémie, lorsque la réponse au régime alimentaire et à d'autres interventions non médicamenteuses n'est pas satisfaisante. En présence d'hypercholestérolémie familiale homozygote, LIPITOR devrait être utilisé comme adjuvant à des traitements tels que l'aphérese des LDL, ou en monothérapie si on ne peut avoir recours à ce type de traitement; comme adjuvant à une diète, afin de réduire les taux de CT, de C-LDL et d'apolipoprotéine B chez les garçons et les filles (après l'apparition des premières règles) de 10 à 17 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote si, après l'essai d'une diète, le taux de C-LDL demeure :

- a.  $\geq 4,9$  mmol/L (190 mg/dL); ou
- b.  $\geq 4,1$  mmol/L (160 mg/dL) en présence de l'un ou l'autre des éléments suivants :

- antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce;
- au moins deux autres facteurs de risque cardiovasculaire chez l'enfant.

LIPITOR fait aussi augmenter le taux de cholestérol HDL et, ce faisant, diminue les rapports C-LDL/C-HDL et CT/C-HDL chez les patients atteints d'hypercholestérolémie primitive ou d'hyperlipidémie combinée (mixte). Selon les données compilées à partir de 24 essais cliniques comparatifs, LIPITOR a fait augmenter le taux de C-HDL de 5 à 7 % chez des patients atteints d'hypercholestérolémie primitive et de 10 à 15 % chez des patients atteints de dyslipidémie combinée.

#### Prévention de la maladie cardiovasculaire

- LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez l'adulte hypertendu n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins 3 autres facteurs de risque coronarien, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, hypertrophie ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'ECG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL égal ou supérieur à 6 et antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce.
- LIPITOR est aussi indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, rétinopathie, albuminurie ou tabagisme.
- LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez les patients présentant des signes cliniques de maladie coronarienne.

#### CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité à un des composants du produit (*pour connaître la liste complète des ingrédients, voir la monographie*). Hépatopathie évolutive ou élévations persistantes inexplicables du taux sérique de transaminases dépassant 3 fois la limite supérieure de la normale.

L'utilisation de LIPITOR au cours de la grossesse n'a pas été documentée. LIPITOR ne devrait être administré aux femmes en âge de procréer que si les probabilités de conception sont extrêmement faibles et après qu'on ait informé ces femmes des risques du traitement. Si une patiente tombe enceinte pendant le traitement par LIPITOR, il faut cesser l'administration du médicament et avertir la patiente des risques auxquels le fœtus est exposé.

Chez la rate, les concentrations d'atorvastatine dans le lait sont comparables à celles du produit dans le plasma. On ignore si le produit est excrété dans le lait chez la femme. Étant donné le risque d'effets indésirables chez le nouveau-né, les femmes qui prennent LIPITOR ne doivent pas allaiter.



## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INNOCUITÉ

### MISES EN GARDE

**Effets musculaires** : De très rares cas de rhabdomyolyse associée à une insuffisance rénale aiguë consécutive à une myoglobinurie ont été signalés en rapport avec LIPITOR et d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase.

**Effets hépatiques** : Si l'augmentation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT) ou d'aspartate aminotransférase (ASAT) montre des signes de progression, notamment en cas d'augmentation persistante à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale, il faut réduire la dose de médicament ou cesser le traitement. À l'instar d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, LIPITOR doit être utilisé avec précaution chez les patients qui consomment de l'alcool en quantités substantielles et/ou qui ont des antécédents de maladie du foie. La fonction hépatique doit être évaluée avant l'amorce du traitement et à intervalles réguliers par la suite.

### PRÉCAUTIONS

Avant d'instaurer un traitement par LIPITOR, il faut essayer de maîtriser l'hyperlipoprotéïnémie à l'aide d'un régime alimentaire approprié, d'exercice physique et d'une réduction pondérale chez les patients qui ont un excès de poids, et de traiter, s'il y a lieu, les autres troubles médicaux sous-jacents.

La prudence est de mise chez les patients atteints d'hypercholestérolémie grave qui présentent aussi une insuffisance rénale grave, qui sont âgés ou qui suivent un traitement concomitant par la digoxine ou des inhibiteurs de la CYP 3A4.

Utilisation chez la femme enceinte : LIPITOR est contre-indiqué au cours de la grossesse.

Pour obtenir de l'information supplémentaire sur les mises en garde et les précautions, consulter la rubrique Renseignements supplémentaires sur le produit.

### EFFETS INDÉSIRABLES

LIPITOR est généralement bien toléré. Les effets indésirables ont habituellement été légers et transitoires. Au cours des études cliniques comparatives (avec placebo et avec d'autres hypolipémiants) menées

après de 2 502 patients, le traitement a dû être interrompu chez moins de 2 % des patients en raison d'effets indésirables attribuables à LIPITOR. Sur ces 2 502 patients, 1 721 ont été traités pendant au moins 6 mois, et 1 253, pendant 1 an ou plus.

Les effets indésirables qui sont survenus à une fréquence supérieure ou égale à 1 % chez les participants aux études cliniques sur LIPITOR comparatives avec placebo et dont le lien avec le traitement était possible, probable ou certain sont les suivants : constipation, diarrhée, dyspepsie, flatulence, nausée, céphalées, douleurs, myalgie et asthénie.

Pour déclarer un effet indésirable, composer le 1-866-234-2345.



## ADMINISTRATION

### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

**Hypercholestérolémie primitive et dyslipidémie combinée (mixte), y compris l'hyperlipidémie familiale combinée** : La dose initiale recommandée de LIPITOR est de 10 ou de 20 mg, 1 fois par jour, selon la réduction du taux de C-LDL que l'on souhaite obtenir. Chez les patients ayant besoin d'une forte réduction du taux de C-LDL (supérieure à 45 %), le traitement peut être amorcé à la dose de 40 mg, 1 fois par jour. La dose maximale est de 80 mg par jour.

**Dyslipidémies graves** : Il peut être nécessaire d'administrer LIPITOR à des doses plus élevées (jusqu'à 80 mg/jour).

**Hypercholestérolémie familiale hétérozygote chez les enfants (de 10 à 17 ans)** : La posologie initiale recommandée de LIPITOR est de 10 mg par jour, et la posologie maximale recommandée est de 20 mg par jour.

**Prévention de la maladie cardiovasculaire** : Pour la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde, la posologie optimale va de 10 à 80 mg d'atorvastatine, 1 f.p.j.



## RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE

1. Friedewald WT *et al. Clin Chem* 1972;18(6):489-502.

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

*Veuillez consulter la monographie de LIPITOR pour connaître les mises en garde relatives aux aspects suivants* : interactions pharmacocinétiques; effets musculaires (particulièrement myalgie, myopathie et, dans de très rares cas, rhabdomyolyse); augmentation des taux sériques de transaminases; augmentation des taux de Lp(a); augmentation de la concentration plasmatique d'atorvastatine chez les patients hypercholestérolémiques traités aux doses élevées; dysfonctionnement endocrinien; effets hépatiques (y compris l'administration aux patients dont la fonction hépatique peut être compromise); administration aux patients ayant des antécédents d'insuffisance rénale; syndrome d'hypersensibilité.

### POPULATIONS PARTICULIÈRES

**Utilisation chez l'enfant** : On a évalué l'innocuité et l'efficacité de LIPITOR chez des patients de 10 à 17 ans (n = 140) atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote dans le cadre d'un essai comparatif de 6 mois mené auprès de garçons adolescents et de filles ayant déjà eu leurs premières règles. Dans l'ensemble, les marges d'innocuité et de tolérabilité observées étaient semblables dans le groupe traité par LIPITOR et dans le groupe placebo. Les doses supérieures à 20 mg n'ont pas été étudiées chez cette population de patients.

LIPITOR n'a eu aucun effet sur la croissance et la maturation sexuelle des garçons ou des filles. Les effets du médicament sur le cycle menstruel n'ont pas été évalués.

Il importe de recommander une méthode contraceptive efficace aux adolescentes qui prennent LIPITOR.

On a évalué pendant 1 an le traitement par LIPITOR, à une posologie allant jusqu'à 80 mg/jour, auprès de 8 enfants atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote.

L'innocuité et l'efficacité de LIPITOR chez l'enfant n'ont pas été déterminées en contexte de prévention de l'infarctus du myocarde.

**Utilisation chez la personne âgée** : D'après les données cliniques accumulées auprès d'adultes âgés de 70 ans ou plus (n = 221) avec des doses de LIPITOR pouvant atteindre 80 mg par jour, l'innocuité et l'efficacité de l'atorvastatine chez cette population seraient comparables à celles observées chez les patients âgés de moins de 70 ans. L'évaluation pharmacocinétique de l'atorvastatine chez les patients de plus de 65 ans indique une augmentation de l'ASC. Par mesure de précaution, il faut administrer au départ la dose la plus faible.

Les patients âgés peuvent être plus prédisposés à la myopathie.

**Insuffisance rénale** : Les concentrations plasmatiques de LIPITOR et l'efficacité de ce médicament dans la réduction du taux de C-LDL chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée sont comparables à celles qui ont été observées chez les patients dont la fonction rénale est normale. Cependant, comme plusieurs cas de rhabdomyolyse ont été rapportés chez des patients ayant des antécédents d'insuffisance rénale de gravité inconnue, il faut administrer la dose la plus faible de LIPITOR (10 mg par jour) à ces patients, par mesure de précaution et jusqu'à ce que de plus amples essais soient effectués en présence de maladie rénale. Il est recommandé d'administrer avec prudence la dose la plus faible chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min [ $< 0,5$  mL/s]).

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

L'atorvastatine est métabolisée par l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P450. L'administration concomitante d'inhibiteurs de la CYP 3A4, comme certains antibiotiques macrolides (y compris l'érythromycine et la claritromycine), les immunosuppresseurs (cyclosporine), les antifongiques azolés (c.-à-d. itraconazole, kétoconazole), les inhibiteurs de la protéase ou l'antidépresseur néfazodone, risque d'augmenter les concentrations plasmatiques des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, y compris LIPITOR. La prudence est de mise lors de l'administration concomitante de ces agents. L'administration concomitante d'atorvastatine et d'un inducteur de l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P450 (p. ex., l'éfavirenz ou la rifampine) peut entraîner des baisses variables des concentrations plasmatiques d'atorvastatine. **Pour obtenir les renseignements complets sur les interactions médicamenteuses établies ou possibles et sur les interactions médicament-aliment, consulter la monographie.**

Selon les rapports de pharmacovigilance, le gemfibrozil, le fénofibrate, d'autres fibrates ainsi que la niacine (acide nicotinique) administrée à des doses hypolipémiantes peuvent accroître le risque de myopathie lorsqu'ils sont administrés en concomitance avec des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, probablement parce qu'ils peuvent provoquer une myopathie en monothérapie. Par conséquent, ce genre de traitement d'association doit être entrepris avec prudence. L'administration concomitante de jus de pamplemousse risque d'augmenter les concentrations plasmatiques des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, y compris LIPITOR. Une consommation équivalant à 1,2 litre par jour a donné lieu à une ASC de l'atorvastatine 2,5 fois plus élevée.

### SURDOSAGE

Il n'existe pas de traitement spécifique pour le surdosage par l'atorvastatine. En cas de surdosage, administrer un traitement symptomatique et les mesures de soutien nécessaires. Étant donné la forte capacité de liaison de l'atorvastatine aux protéines plasmatiques, l'hémodialyse ne devrait pas augmenter sa clairance de manière significative.

### FORMES POSOLOGIQUES

LIPITOR (atorvastatine calcique) est offert en comprimés dosés à 10, 20, 40 et 80 mg.

Pour obtenir la monographie de LIPITOR, composez le 1-800-463-6001 ou rendez-vous sur le site [www.pfizer.ca](http://www.pfizer.ca)



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

©2010

Pfizer Canada Inc,  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

M.C. de Pfizer Inc, Pfizer Canada Inc, licencié  
LIPITOR<sup>MD</sup>, Pfizer Ireland Pharmaceuticals  
Pfizer Canada Inc, licencié

Membre



## RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES CONCERNANT LA PRESCRIPTION

### CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

**CLASSE THÉRAPEUTIQUE :** Agent antiémétique

**INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE :** CESAMET est indiqué chez des patients adultes pour le traitement de la nausée et du vomissement aigus liés à la chimiothérapie anticancéreuse.

**CONTRE-INDICATIONS :** CESAMET est contre-indiqué pour les patients particulièrement sensibles à la marijuana ou à d'autres cannabinoïdes, de même que pour les patients ayant des antécédents de réactions psychotiques.

**POPULATIONS SPÉCIALES :** CESAMET n'est pas recommandé pour les femmes enceintes et allaitantes ni pour les enfants de moins de 18 ans, car aucune étude n'a porté sur l'innocuité du médicament chez ce type de patient. Étant donné que CESAMET élève la fréquence cardiaque en décubitus et en station debout et cause une hypotension orthostatique, des précautions particulières doivent être prises lors de l'administration du médicament à des personnes âgées ou atteintes d'hypertension ou de maladie cardiaque.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'INNOCUITÉ

**MISES EN GARDE :** CESAMET doit être prescrit avec une extrême précaution aux patients atteints d'un dysfonctionnement grave du foie ou ayant des antécédents de troubles affectifs non psychotiques. CESAMET est incompatible avec l'alcool, les sédatifs et les hypnotiques ou autres substances psychotomimétiques. CESAMET n'est pas recommandé pour les femmes enceintes et allaitantes ni pour les enfants de moins de 18 ans, car aucune étude n'a porté sur l'innocuité du médicament chez ce type de patient.

**PRÉCAUTIONS :** CESAMET détériore souvent les habiletés mentales et/ou physiques requises pour l'exécution de tâches à risque, telles la conduite automobile ou l'opération de machinerie; le patient doit en être clairement averti et se voir interdire la conduite d'une voiture ou toute autre activité dangereuse tant que persisteront les effets secondaires du nabilone.

Les effets secondaires psychotropes peuvent persister de 48 à 72 heures après l'arrêt du traitement.

Étant donné que CESAMET élève la fréquence cardiaque en décubitus et en station debout et cause une hypotension orthostatique, des précautions particulières doivent être prises lors de l'administration du médicament à des personnes âgées ou atteintes d'hypertension ou de maladie cardiaque.

**INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :** Les interactions entre CESAMET et le diazépam, le sécobarbital de sodium, l'alcool et la codéine ont été évaluées. Les effets déprimeurs de ces agents sont cumulatifs. Les fonctions psychomotrices sont particulièrement touchées par l'interaction avec le diazépam.

**EFFETS SECONDAIRES :** Les effets secondaires les plus fréquents du nabilone et leur incidence observée dans le cadre d'essais cliniques sont les suivants : somnolence (66,0 %), vertige (58,8 %), agitation psychologique (38,8 %), sécheresse de la bouche (21,6 %), dépression (14,0 %), ataxie (12,8 %), vision brouillée (12,8 %), perturbation des sensations (12,4 %), anorexie (7,6 %), asthénie (7,6 %), céphalée (7,2 %), hypotension orthostatique (5,2 %), euphorie (4,0 %) et hallucinations (2,0 %).

Les effets secondaires suivants ont été signalés chez moins de 1 % des patients traités au nabilone dans le cadre d'essais cliniques : tachycardie, tremblements, syncope, cauchemars, distorsion de la perception du temps, confusion, dissociation, dysphorie, réactions psychotiques et crises.

**SIGNALISATION D'EFFETS SECONDAIRES SOUPÇONNÉS :** Santé Canada se charge de surveillance des médicaments et recueille des renseignements sur leurs effets secondaires graves et inattendus. Si vous soupçonnez que vous avez subi une réaction aiguë ou inattendue à ce médicament, vous pouvez en aviser Santé Canada par :

Téléphone sans frais : 1-866-234-2345      Télécopieur sans frais : 1-866-678-6789  
Courriel : [cadrmpp@hc-sc.gc.ca](mailto:cadrmpp@hc-sc.gc.ca)  
Par la poste : Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM)  
Santé Canada, Localisateur d'adresse : O2O1C2  
Ottawa, ON K1A 1B9

NOTE : Avant de communiquer avec Santé Canada, vous devez appeler votre médecin ou votre pharmacien.

## ADMINISTRATION

**CHEZ LES ADULTES :** La posologie de routine pour les adultes est de 1 mg ou 2 mg de CESAMET, deux fois par jour. La première dose doit être prise la nuit précédant la première administration du médicament de chimiothérapie. La deuxième dose est généralement administrée de 1 à 3 heures avant la chimiothérapie. Au besoin, l'administration de CESAMET peut se poursuivre jusqu'à 24 heures après l'administration du médicament de chimiothérapie. La dose maximale quotidienne est de 6 mg en plusieurs administrations.

Afin de permettre des ajustements dans les doses en dedans des zones thérapeutiques, des capsules de 0,25 mg et 0,5 mg de CESAMET sont disponibles. Ces ajustements peuvent s'avérer nécessaires pour les besoins individuels des patients en ce qui a trait à la réaction et à la tolérance au traitement. Le surdosage peut se produire même à des doses prescrites si des symptômes psychiatriques troublants sont présents. Dans ces cas, le patient devra être mis sous observation dans un environnement paisible et des mesures de soutien, comme la réassurance, devront être utilisées. Les doses subséquentes devront être retenues jusqu'à ce que les patients reviennent à leur état psychique initial; la posologie habituelle pourrait être ré-instaurée si l'indication clinique est maintenue. Dans de tels cas, une plus petite dose de départ est suggérée.

CESAMET est un médicament en capsules contenant du nabilone et doit être administré par voie orale uniquement.

### RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE PRODUIT

#### EFFETS SECONDAIRES SIGNALÉS APRÈS LE DÉBUT DE LA COMMERCIALISATION :

Les réactions suivantes, listées par système physiologique en ordre décroissant de fréquence, ont été signalées depuis que CESAMET a été mis en marché. Tous les épisodes sont inclus, sans égard à l'évaluation des causes. **Système sanguin et hématopoïétique :** Leucopénie. **Système cardiovasculaire :** Hypotension et tachycardie. **Yeux et oreilles :** Troubles de la vision. **Système gastro-intestinal :** Sécheresse de la bouche, nausée, vomissements et constipation. **Système nerveux :** Hallucinations, dépression du SNC, stimulation du SNC, ataxie, stupor, vertige, convulsions et paresthésie péri-labiale. **Effets psychiatriques :** Somnolence, confusion, euphorie, dépression, dysphorie, dépersonnalisation, anxiété, psychose et labilité émotionnelle. **États divers et mal définis :** Étourdissements, céphalée, insomnie, raisonnement anormal, douleurs thoraciques, absence d'effet et œdème facial.

#### SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE : Signes avant-coureurs et symptômes :

Les signes avant-coureurs et les symptômes résultant d'un surdosage sont des épisodes psychotiques pouvant comporter des hallucinations, de l'anxiété, une dépression respiratoire et le coma (des cas de surdosage de plus de 10 mg/jour n'ont pas été signalés à ce jour).

#### TRAITEMENT :

On peut considérer qu'un surdosage s'est produit, même à la dose prescrite, si des symptômes psychiatriques incommodes sont apparus. Dans ce cas, le patient doit être gardé sous observation dans un milieu calme et des mesures de soutien, y compris rassurer le patient, doivent être prises. L'administration du médicament doit être suspendue jusqu'à ce que le patient revienne à son état psychique normal. L'administration de routine peut alors être reprise, si cela est indiqué cliniquement. Dans ce cas, une dose initiale plus faible est conseillée.

Lorsque des épisodes psychotiques surviennent, le patient doit être traité de la manière la plus conservatrice possible. Dans le cas d'épisodes psychotiques moyens et d'anxiété, un soutien verbal et un réconfort peuvent suffire. Dans les cas plus graves, une médication antipsychotique peut être utile. Cependant, l'efficacité des antipsychotiques dans le soulagement des psychoses induites par les cannabinoïdes n'a pas été étudiée de manière systématique. Leur emploi se fonde sur un nombre restreint de cas où des surdoses de cannabis ont été traitées avec des agents antipsychotiques. Compte tenu des interactions potentielles avec d'autres médicaments (c.-à-d. effets déprimeurs cumulatifs sur le SNC du nabilone et de la chlorpromazine), les patients ainsi traités doivent être surveillés de près.

On doit protéger la voie aérienne du patient et maintenir la ventilation et la perfusion. Les signes vitaux du patient, les gaz sanguins, les électrolytes sériques, etc. doivent être méticuleusement mesurés et maintenus dans les limites acceptables. L'absorption du médicament dans le tractus gastro-intestinal peut être réduite par l'administration orale de charbon activé qui, dans bien des cas, est plus efficace que l'émèse ou un lavage. Il est recommandé d'utiliser le charbon au lieu de la vidange gastrique. L'administration répétée de charbon pendant un certain temps peut accélérer l'élimination de plusieurs médicaments. Il est important de protéger la voie aérienne du patient lors de la vidange gastrique ou de l'administration de charbon.

L'utilisation de diurèse forcée, de dialyse péritonéale, d'hémodialyse, d'hémo perfusion de charbon ou de cholestyramine n'a pas été signalée. Sous un fonctionnement rénal normal, la plupart de la dose de nabilone est éliminée par le système biliaire.

Le traitement de la dépression respiratoire et du coma consiste en une thérapie symptomatique et de soutien. Des précautions particulières doivent être prises à l'égard des risques d'hypothermie. Si le patient montre des signes d'hypotension, l'emploi de fluides, d'agents inotropes et/ou de vasoconstricteurs est à envisager.

#### STABILITÉ ET RECOMMANDATIONS D'ENTREPOSAGE

Conserver à température ambiante contrôlée de 15-30 °C.

#### FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

Capsules de CESAMET 1 mg : chaque capsule de gélatine dure no2, corps blanc et calotte bleu opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3101 » sur le corps, contient 1 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 20 capsules.

Capsules de CESAMET 0.5 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3102 » sur le corps, contient 0,5 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

Capsules de CESAMET 0.25 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3103 » sur le corps, contient 0,25 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

CESAMET (nabilone) est considéré comme un narcotique et assujéti aux contrôles en vigueur pour ce type de substance. Pour obtenir ce document, ainsi que la monographie complète rédigée à l'intention des professionnels de la santé, communiquez avec Valeant Canada limitée/Limited au numéro : 1-800-361-4261. Ce document a été rédigé par Valeant Canada limitée/Limited.

Dernière révision : 2 juin 2008.

Distributeur : Valeant Canada limitée/Limited, 4787 rue Levy, Montréal, Québec H4R 2P9



# WORD FROM THE PRESIDENT

Dr. GAÉTAN BARRETTE

## Stirring Things Up!

**B**y now you must have seen our TV campaign and perhaps even visited the Internet microsite [expertisehasaprice.com](http://expertisehasaprice.com) ([lexpertiseauprix.com](http://lexpertiseauprix.com)) – a different style of campaign, even somewhat daring, and one designed to arouse public debate. Mission accomplished! We obviously knew that not everyone would agree with us – and that has been confirmed! But, as a celebrated author once said, it's not because things are difficult that we don't dare.

It also came as no surprise that the road construction and generic drug lobbies, as well as some others, pressured us to withdraw our spots. But, like it or not, killing the messenger does not kill the message! The suggestions we make are all documented and a number have been presented by others long before us, but have gone unheeded. We wonder why ...

It is easy enough to hold discussions on the economic depression we are suffering. It is also easy to criticize, judge and condemn our campaign, just as it is simple to claim that the FMSQ is only entitled to speak on health matters. But that's the whole point! Health accounts for 45% of the Quebec budget. An unavoidable "expenditure". And physicians, specialists though they may be, are also taxpayers.

We are continuing our action. The reasoning is simple: add the voice of medical specialists to all those raised over previous weeks, months, years, hoping that the Charest government might finally make some decisions and act to improve the financial health of Quebec. But not just any decisions, and not just anyhow! Quebec is in the red: we know that. But there is money in Quebec, and we are demonstrating that fact!

WE POSTULATE THAT IF IT WERE TO ASSUME  
THE NECESSARY LEADERSHIP ROLE, THE  
GOVERNMENT COULD SOLVE ITS DEBT  
PROBLEMS AND FACE THE FUTURE WITH A  
CERTAIN DEGREE OF ECONOMIC SERENITY.

We postulate that if it were to assume the necessary leadership role, the government could solve its debt problems and face the future with a certain degree of economic serenity. Better still, it would have ample funds to pay an equitable amount for professional expertise in the Public Service AND doctors. It has to be

realized that, in Quebec, systematic, significant differences exist versus the main indices used for comparison purposes as far as those with professional expertise who are paid within the public sector are concerned. We are not the ones saying that: it's the Institut de la statistique du Québec, among others. This state of affairs applies just as much to nurses, teachers, engineers, occupational therapists, legal aid lawyers, Crown prosecutors ... and doctors.

The day is fast approaching when we will file our demands with the government in connection with the renewal of our Agreement. The outcry can already be anticipated – particularly from (right-thinking) people who will not take the time to talk to us, to delve into matters, to understand, since their national sport is to "chronicle". Good for them! However, it will always be up to you to defend your interests by readying your forces.

In addition, to help convince you that there is money in Quebec and that the problem lies not in the lack of it but in our governments' failure to make decisions, I suggest you read the second document put out by the Advisory Committee on the Economy and Public Finances (*Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques*) report, which is available on the Web and which clearly demonstrates that money is definitely available!

Lastly, we have to underline that we are in a highly pivotal period. In addition to recovery from the current depression, here as elsewhere there is the whole debate on controlling government expenses and, in the health field, maintaining a strong but efficient public system. We are involved in this debate, as is right and proper. And the timing is good. In fact, while aiming for an appropriate level of payment for our services we believe it is time for medical specialists to be involved at all levels of the health network, including its administration. We favour a model based on the principle of joint management. Hence the need to provide for appropriate remuneration in order to attract the best candidates. Then, there is the digitization of clinical records, the organization of care, and so forth. In other words, we have much to do.

You can rest assured that we are ready! We believe that you are, too. Always remember that our situation is the result of small cutbacks accumulated over the years. Starting a new round of negotiations from behind the eight ball is out of the question – particularly when everywhere else in Canada physicians are reaching agreements similar to their previous ones!

Yours, in union!



# Votre facturation médicale vous complique la vie?



## Changez pour Facturation.net<sup>MD</sup>, la solution qui vous simplifie la tâche

### Un outil avantageux qui optimise vos revenus

Facturation.net<sup>MD</sup> est conçu de manière à vous faciliter la tâche. Extrêmement simple d'utilisation, il élimine les nombreuses manipulations de papier qui génèrent des erreurs et provoquent des pertes de revenus considérables.

### Facturation.net<sup>MD</sup> vous en offre plus

- 2 options de services (SOLO et ÉLITE) adaptés à vos besoins;
- support technique et conseils d'experts;
- tarifs ultra avantageux à partir de seulement 89 \$ par mois;
- garantie de satisfaction totale ou argent remis\*.

### Simplifiez-vous la vie.

Téléphonez-nous dès aujourd'hui.

\*Informez-vous des modalités.

**Facturation.net**

un produit de

SERVICES AUX  
MÉDECINS INC.  
COMPAGNIE DE L'AMC



1 866 3FACNET (332-2638) [www.facturation.net](http://www.facturation.net)

# RECONNAISSEZ-VOUS VOTRE PATIENT?



## UN TRAITEMENT D'APPOINT S'IMPOSE

- ⚓ # 1 des cannabinoïdes oraux distribués aux patients<sup>†</sup>
- ⚓ 25 ans d'expérience clinique au Canada
- ⚓ Remboursé par tous les régimes provinciaux à travers le Canada, sauf l'Î.P.E<sup>‡</sup>

<sup>‡</sup> Relatifs aux teneurs 0,5 mg et 1 mg. Médicament d'exception en Saskatchewan.  
L'innocuité et l'efficacité de CESAMET n'ont pas été établies chez l'enfant et son utilisation n'est pas recommandée dans cette population de patients.

CESAMET (nabilone) est indiqué pour le traitement de la nausée et du vomissement aigus liés à la chimiothérapie anticancéreuse.

CESAMET est contre-indiqué pour les patients particulièrement sensibles à la marijuana ou à d'autres cannabinoïdes, de même que pour les patients ayant des antécédents de réactions psychotiques.

CESAMET doit être prescrit avec une extrême précaution aux patients atteints d'un dysfonctionnement grave du foie ou ayant des antécédents de troubles affectifs non psychotiques.

<sup>†</sup> IMS Health Canada: Canadian CompuScript Audit, données mensuelles, janvier 2005 à mai 2009, prescriptions totales distribuées.

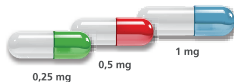
Les effets secondaires les plus fréquents du nabilone et leur incidence observée dans le cadre d'essais cliniques sont les suivants : somnolence (66,0 %), vertige (58,8 %), agitation psychologique (38,8 %), sécheresse de la bouche (21,6 %). Veuillez consulter la monographie de produit pour une information complète sur les mises en garde, les précautions, les effets secondaires et la posologie<sup>1</sup>.

nabilone  
**CESAMET**<sup>MD</sup>  
Régulateur de symptômes



Service à la clientèle 1-800-361-4261

Référence : 1. Monographie de produit CESAMET, juin 2008.



Voir le sommaire posologique à la page 37