



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# SPÉCIALISTE

**Mot du président**  
La fin d'un mandat

**Édito**  
La « démasculinisation » de la médecine

**Actualités**  
Le bilan de notre plan d'action  
et des négociations 2002-2003

Vol. 5 n° 1  
Mars 2003

Magazine  
de la  
Fédération  
des médecins  
spécialistes  
du Québec

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





« l'avenir appartient  
à ceux qui profitent  
déjà du présent »

alban thiébaud\_

des services financiers offerts aux professionnels

grandir en  
confiance  
depuis 25<sup>ans</sup>

fonds des  
professionnels   
fonds d'investissement  
gestion privée

Montréal  
514.350.5050 | 888.377.7337

Québec  
418.658.4244 | 800.720.4244

Courriel  
fonds@fpq.qc.c



#### COMITÉ ÉDITORIAL

D<sup>re</sup> Marie-Laure Brisson  
D<sup>r</sup> Richard Leblond  
D<sup>re</sup> Francine Mathieu-Millaire  
Dominique Drouin, directrice  
Hélène St-Pierre, rédactrice adjointe et  
coordonnatrice à la réalisation

#### RÉVISION

Angèle Clément  
Françoise Godbout

#### GRAPHISME ET IMPRESSION

Transcontinental Litho Acme

#### PUBLICITÉ

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

#### TIRAGE

10 000 exemplaires

#### POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

#### DÉPÔT LÉGAL

1<sup>er</sup> trimestre 2003  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1206-2081

*Le Spécialiste* est publié quatre fois par année par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2, Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8.

Tél. : (514) 350-5000  
Télec. : (514) 350-5175  
Site Web : [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org)  
Courriel : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)

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

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : allergie et immunologie; anesthésiologie; biochimie médicale; cardiologie; chirurgie cardiovasculaire et thoracique; chirurgie générale; chirurgie plastique et esthétique; dermatologie; endocrinologie; gastro-entérologie; génétique; gériatrie; hémato-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; physiothérapie; pneumologie; psychiatrie; radiologie; radio-oncologie; rhumatologie; santé communautaire; urologie.



*Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.*

#### PAGE COUVERTURE

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

# SOMMAIRE

## 2 NOS FILIALES

- Fond des professionnels p.2
- Sogemec Assurances inc p.9

## 4 MOT DU PRÉSIDENT

- La fin d'un mandat

## 6 ÉDITO

- La « démasculinisation » de la médecine

## 1 ACTUALITÉS

- Le bilan des moyens de pression et des négociations 2002

## 1 ACTUALITÉS

- Opération grande inquiétude 2 : les mesures *Focus-Patient*
- Les affaires publiques en un coup d'œil

## 1 ACTUALITÉS

- La dernière Opération grande inquiétude...

## 17 D'UN CÔTÉ DU MONDE MÉDICAL

- Le psoriasis : diagnostic et aspects thérapeutiques

## 10 PUBLIREPORTAGE – IMS

- Coup d'œil sur la migraine



## 20 A WORD FROM THE PRESIDENT

- The end of a mandate

## 21 POLITIQUE DE LA SANTÉ

- Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé



Dr Yves Dugré

# MOT DU PRÉSIDENT



## LA FIN D'UN MANDAT

**D**éjà le mandat de deux ans de votre conseil d'administration actuel tire à sa fin. Il va sans dire que ce fut une période trépidante et ponctuée de moments forts.

La dernière année fut intense avec une multitude de rencontres qui se déroulaient parfois sous le signe de l'incertitude et de l'hésitation, parfois sous la tension avec de saines mais difficiles divergences d'opinions, parfois avec l'impression d'être engagé dans un dialogue de sourd avec nos vis-à-vis gouvernementaux... mais toujours avec la volonté de donner le meilleur de nous-mêmes afin de mener à bien la cause des médecins spécialistes.

Aujourd'hui, à quelques jours de l'anniversaire de notre dépôt, je m'adresse à vous avec fierté. La fierté d'avoir conclu une entente avec des gains importants.

LE SPÉCIALISTE

4

- ☒ Il nous fallait préserver notre autonomie professionnelle menacée par les lois 114 et 142. Nous avons eu gain de cause.
- ☒ La Loi 114 ne nous a pas touchés. La Loi 142, quant à elle, a plutôt été éviscérée de la majeure partie de ses contraintes pour les spécialistes. Depuis, nous avons obtenu des ajustements complémentaires satisfaisants.
- ☒ Il nous fallait améliorer nos conditions de pratique afin de donner les soins dans des conditions de dignité auxquelles nos patients ont droit et dont ils sont trop souvent privés. Nous avons obtenu un ensemble de mesures qui devraient permettre d'améliorer de manière significative et déterminante ces conditions.
- ☒ Il nous fallait obtenir la parité de rémunération avec la moyenne canadienne, non seulement par principe, mais également par équité et par respect. Nous avons obtenu non seulement un premier redressement tarifaire mais également la mise sur pied d'un comité d'étude afin de déterminer les écarts de rémunération avec les autres provinces.

Vous trouverez, dans la lettre que je vous ai fait parvenir le 17 février, tous les détails de cette entente.

Cette entente, que nous avons mis un an à préparer, s'est terminée par un marathon dont le départ fut donné lors de la rencontre du ministre avec le conseil d'administration et les présidents d'associations le

22 janvier. La reprise des discussions, en coulisse, a suivi pour en arriver finalement à une négociation où chacun des points de l'entente fut discuté et gagné.

Durant cette période, nous avons poursuivi notre plan d'action et nous avons démontré notre détermination. Ce fut le début de l'Opération grande inquiétude.

À cet égard, nos modes de communications ont pu soulever des questionnements chez plusieurs d'entre vous qui auriez souhaité une charge plus directe contre le gouvernement, une provocation plus spectaculaire. Les communications sont un moyen et non une fin. Elles ne doivent pas s'improviser au cas par cas, selon la pression du moment, mais s'insérer dans un effort global, planifié et prolongé. Les communications doivent demeurer la plate-forme où prend racine la crédibilité de nos positions. Elles le sont demeurées et elles nous ont grandement aidés.

Au départ, nous nous étions fixés des objectifs réalistes. Pour nous, le contexte optimal consistait à :

- ☒ Améliorer réellement nos conditions de pratique ;
- ☒ Obtenir un engagement du gouvernement à nous accorder la parité de rémunération avec la moyenne canadienne ;
- ☒ Préserver notre autonomie professionnelle ;
- ☒ Inactiver les effets négatifs de la Loi 142 pour les médecins spécialistes ;
- ☒ Obtenir un accès équitable aux traitements et aux soins pour nos patients.

Je crois que ces conditions de réussite ont été satisfaites. Peut-être pas entièrement. Peut-être pas parfaitement. Peut-être pas immédiatement. Mais de manière optimale, réaliste, pragmatique ? Oui, elles ont été rencontrées !

Certains pourraient douter que nous ayons obtenu le maximum. Pour mieux l'apprécier, comparons ce qu'il y avait sur la table en septembre, en décembre et même à la mi-janvier. Nous avons négocié jusqu'à la dernière minute. Nous avons conduit les travaux à leur limite. Chaque mot, chaque virgule de cette entente a fait l'objet de discussions. Nous avons épuisé nos adversaires. Nous avons obtenu le maximum.

La victoire n'est peut-être pas complète. J'en conviens. Elle n'est pas unilatérale non plus, soit. Mais, conformément à nos objectifs initiaux, elle est optimale, réaliste et pragmatique. De plus, elle constitue un grand pas dans la bonne direction.

Qu'a appris le gouvernement en 11 mois d'affrontements avec les médecins spécialistes?

- ☒ Que nous sommes solidaires, déterminés... obstinés!
- ☒ Que nous avons des droits professionnels et que nous les défendons et continuerons de les défendre âprement;
- ☒ Que nous ne serons plus jamais les « pris pour acquis » du système;
- ☒ Que nous avons su et pu aller chercher ce que nous voulions sans jamais tomber dans la démagogie, les attaques personnelles, le manque de respect envers nos patients, le mépris de la société que nous desservons;
- ☒ Que la relation entre les médecins spécialistes et les dirigeants du système de santé est changée à jamais;
- ☒ Que la FMSQ n'a jamais été aussi solidaire.

Nous nous sommes fait entendre. Nous continuerons de le faire. Plus rien ne sera pareil.

Les gains significatifs présentés dans cette entente ne sont pas le fruit du travail d'une personne en particulier, mais la résultante d'un mouvement uni : nous avons appris beaucoup de choses de cette dure négociation.

- ☒ Notre leadership et notre crédibilité sont sortis grandis de cette longue bataille;
- ☒ L'importance de la fermeté dans la justesse de nos convictions;
- ☒ La volonté claire et la force tranquille de chercher le juste milieu, de rester à l'écoute, de conserver le respect de nos patients, de demeurer fidèles à nos idéaux;
- ☒ Le sens réel du leadership où la finalité doit l'emporter sur la forme.

Mais nous avons surtout appris à faire éclater les murs de nos silos, à parler d'une même voix, toutes les associations à l'unisson.

- ☒ Rien de tout cela, et certainement pas cette unité, n'aurait été possible sans l'engagement individuel et indéfectible de votre conseil d'administration, de vos présidents, de vos délégués et la mobilisation de tous les membres;
- ☒ Rien n'aurait été possible sans le dévouement et le dynamisme de nos comités de négociation, de stratégie et de mobilisation;
- ☒ Rien n'aurait été possible sans le professionnalisme, la disponibilité et la qualité du travail de nos permanents et de nos conseillers;
- ☒ Rien de tout cela n'est le fruit du hasard. Tout est la résultante d'une action planifiée, concertée, coordonnée et prolongée.

Je suis fier de cette entente qui, de l'avis de votre conseil d'administration, représente un gain significatif à bien des égards.

Je suis fier d'avoir travaillé très fort à piloter l'équipe extraordinaire qui a été à même de nous assurer cette réussite.

Vous et moi savons à quel point nous nous sommes tous investis dans la défense des principes fondamentaux auxquels nous croyons, des objectifs incontournables que nous devons atteindre : préserver notre autonomie professionnelle, améliorer nos conditions de pratique et, concernant notre rémunération, atteindre la parité canadienne.

Aujourd'hui, nous tournons la page d'un livre. Nous ne le fermons pas complètement. Cette entente n'est que la fin d'un chapitre, et il en reste plusieurs autres à écrire.

L'extraordinaire solidarité que nous avons démontrée doit être entretenue, car elle fut déterminante pour notre succès collectif. Le rapport de force que nous avons imposé doit être maintenu. C'est à nous de prendre la place qui nous appartient : il ne faut pas uniquement revendiquer, mais agir ! Continuons par une action concrète et positive qui améliorera nos conditions dans chacun de nos lieux de pratique, et ce, pour nos patients et nous-mêmes. ☒



Yves Dugré, M.D.



# ÉDITO

D<sup>re</sup> Francine Mathieu-Millaire

Vice-présidente et neuro-ophtalmologiste



## LA « DÉMASCULINISATION » DE LA MÉDECINE UN BRIN D'HISTOIRE, QUELQUES STATISTIQUES ET RÉFLEXIONS

### UN BRIN D'HISTOIRE

#### Nos pionnières

**L**e docteur James Barry (1790-1865), diplômé en médecine de l'Université d'Edinburgh (Écosse), fut nommé Inspecteur Général des hôpitaux du Bas et du Haut Canada en 1857. À son décès, après 40 ans de pratique médicale, on découvrit lors de l'autopsie que le docteur Barry était une femme. Elle avait dû cacher toute sa vie son identité biologique pour pouvoir pratiquer la médecine.

Emily Stowe (1831-1903) fut la **première femme à pratiquer au Canada**. Comme plusieurs femmes médecins de son temps, elle était d'allégeance Quaker, religion qui prône l'égalité entre les femmes et les hommes. Ses deux sœurs deviendront aussi médecins et sa fille **Augusta sera la première femme diplômée d'une école de médecine au Canada en 1883**.

La Faculté de médecine de l'Université Bishop (de 1871 à 1905) remet le premier diplôme de médecine à une femme, Grace Ritchie-England (1868-1948), en **1891**. Celle-ci devint ainsi **la première femme à obtenir un diplôme en médecine dans la province de Québec**.

À la suite d'une donation en 1885, l'Université McGill doit se résigner à accueillir des femmes. C'est ainsi que Maude Abbot entre à la faculté des arts, la seule qui les accepte. Elle doit cependant aller à Bishop pour obtenir son diplôme en 1894. Elle enseignera au Women's Medical College of Pennsylvania. **En 1898, elle revient à McGill, comme professeur à la faculté de médecine, à une époque où aucune femme n'y est encore admise**. Elle eut une réputation internationale en pathologie et est encore reconnue de nos jours.

L'Université McGill, qui ouvre ses portes en 1829, donne son premier diplôme en médecine à une femme en **1918**.

**Irma LeVasseur (1877-1964) est la première femme médecin spécialiste francophone au Québec**. Elle obtint son diplôme en médecine de l'Université St-Paul au Minnesota. En **1903**, à sa demande, une loi de l'assemblée législative du Québec lui permettra de devenir membre du Collège et de pratiquer dans la province. Entre-temps, elle pratique la pédiatrie à New York, spécialité inconnue à cette époque au Canada. En 1908, elle fonde l'Hôpital Ste-Justine de Montréal avec M<sup>me</sup> Justine Lacoste Beaubien.

L'Université de Montréal, fondée en 1919, donne son premier diplôme en médecine à **Marthe Pelland en 1930**. Elle décroche tous les prix et poursuit ses études en neurologie.

L'Université Laval, ouverte en 1850, décerne, en 1940, son premier diplôme en médecine à une femme. Et finalement, l'Université de Sherbrooke accepte les femmes en médecine dès son ouverture en 1960.

#### Histoire

En cinquante ans, les femmes médecins ont dû s'adapter à d'importants changements de vie. Avant 1940, elles n'avaient même pas le droit de voter au Québec (qui fut d'ailleurs la dernière province à reconnaître le droit de vote des femmes). Il y a trente ans, les femmes étaient l'exception en médecine et maintenant près de 80% des candidats acceptés en médecine sont des femmes.

Jusqu'aux années '60, le Québec était la société qui opposait le plus de résistance à la présence des femmes en médecine. L'influence de la religion catholique, très réductrice pour les femmes, y est sûrement pour beaucoup.

Au Canada, au milieu des années '70, l'application d'une loi sur les droits de la personne ainsi que, au Québec francophone, la Révolution tranquille des années '60 et l'implantation d'un système d'éducation universel ont sans doute contribué à une présence accrue des femmes en médecine.

### QUELQUES STATISTIQUES

Diplômes en médecine décernés aux femmes dans les universités canadiennes	
1940	4 %
1970	12 %
1980	32 %
1990	44 %
2000	50 % – (Québec = 60 %)

Au Québec – Femmes médecins spécialistes : % du total	
1990	15 %
1995	20 %
2000	29 % de femmes en spécialité (2052 femmes, 5050 hommes)

#### exemple :

orthopédie = 10 % de femmes  
 neurochirurgie = 8 %  
 chirurgie cardiaque et thoracique = 7 %  
 gynécologie-obstétrique = 40 %  
 radio-oncologie = 40 %  
 pédiatrie = 49 %

## Présence des femmes à la FMSQ en 2002

2/9 au conseil d'administration de la FMSQ

1/34 femme présidente d'association

10/120 délégués

41/265 (15 %) femmes aux conseils d'administration/  
comités exécutifs des associations

## Faculté de médecine Université de Montréal

1970 20 % de femmes

2002 20 % d'hommes

## RÉFLEXIONS

Les femmes choisissent de plus en plus la médecine. Pour la première fois, elles sont plus nombreuses que les hommes. L'alarme sonne de toute part. Ce qu'on en dit depuis quelques années tient du tragico-comique.

La porte est grande ouverte aux femmes en médecine, les hommes ne s'y inscrivent plus. Pourquoi désertent-ils cette extraordinaire profession? Une réflexion devra être faite pour en analyser les raisons.

Les femmes ont de meilleures notes parce qu'elles y sont, en quelque sorte, programmées. Toutes petites, elles savent déjà que pour entrer dans un monde d'hommes, elles doivent être meilleures qu'eux. Doit-on reprocher aux femmes leur performance scolaire? Ce n'est qu'une question de détermination.

D'autre part, le système de sélection en médecine est-il défaillant? En changer les processus modifiera-t-il à la hausse l'admission des garçons?

Les femmes sont entrées peu à peu et difficilement dans ce monde d'hommes, n'ayant pas de modèle et tentant d'harmoniser pratique médicale exigeante et responsabilité familiale. Elles sont moins présentes en début de carrière puisque, en majorité, elles se consacrent à leur(s) enfant(s), pour ensuite revenir en force. Elles ajoutent des heures, une fois libérées de leurs responsabilités familiales, et ainsi prennent la relève de leurs confrères qui s'essouffent. Les statistiques démontrent qu'au cours des dernières années, le nombre moyen d'heures travaillées par les femmes médecins a augmenté alors que celui de leurs confrères a diminué. Nous devons donc en tenir compte dans la gestion de la planification des effectifs médicaux.

Les générations précédentes, travaillant sans cesse au détriment de leurs besoins personnels et familiaux, ont fait preuve d'un manque d'équilibre. Les femmes vont probablement influencer la façon de pratiquer la médecine. Les jeunes, hommes et femmes, ont compris qu'il y a une vie en dehors de la médecine et tiennent à la préserver.

Ne vous inquiétez pas. Les femmes vont se répartir peu à peu uniformément dans toutes les spécialités, y compris dans celles qui sont dites masculines. Tout comme les hommes se sont dirigés vers des spécialités dites féminines. Ce n'est qu'une question d'ouverture, d'information, d'encouragement. Les femmes sont actuellement présentes dans toutes les spécialités. Leur nombre augmentera à mesure qu'il y aura des modèles féminins. Il suffit d'ouvrir les domaines où elles sont moins nombreuses pour que les femmes s'y intéressent. Cessons les pratiques dissuasives lors des entrevues d'admission des candidates au sujet, par exemple, de leurs projets de maternité, ce qui tend à favoriser ainsi les hommes dans certaines spécialités.

C'est sous-estimer les femmes que d'avancer gratuitement qu'elles sont moins agressives en négociations et acceptent plus facilement un traitement moindre. Elles n'ont pas eu la chance de prouver leur compétence n'étant pas présentes, sauf en de rares exceptions et depuis peu, aux tables de négociations. Ne vous inquiétez pas, elles vont se battre, étant elles-mêmes des pourvoyeurs dans leur famille.

Il est urgent de former davantage de médecins. Croyez-vous vraiment que la pénurie soit due à la féminisation? La féminisation est un problème théorique. La société évolue et on doit s'y adapter.

Il y a bien d'autres priorités dont on devrait se préoccuper : améliorer nos conditions de travail ainsi que maintenir notre autonomie professionnelle et notre liberté de pratique. Le problème, ce n'est pas la féminisation, mais la bureaucratisation à outrance, les contraintes budgétaires, qui nous empêchent d'offrir des soins de qualité, et les conditions précaires.

**En somme, l'égalité des chances existe. Cessons d'opposer l'homme à la femme!**

Que les femmes choisissent davantage la médecine, c'est une normalisation et non une révolution. On doit planifier l'organisation des soins afin de profiter au maximum de cette belle complémentarité. Vive la différence!

Les jeunes s'inquiètent des contraintes à venir liées à leurs conditions de pratique bien plus qu'à la féminisation. Attaquons-nous plutôt aux problèmes réels : conditions de travail, organisation des soins, valorisation de toutes nos tâches (enseignement, administration), etc. Ce sont là nos combats. Notre mobilisation récente a unifié femmes et hommes, jeunes et moins jeunes. Maintenons cette solidarité!

La médecine au féminin est une aventure extraordinaire et illimitée. Il ne faut pas la condamner, mais l'apprécier et l'encourager.

## Références bibliographiques :

1. GUAY H. Les femmes médecins : vision historique. Colloque femmes médecins; 1994.
2. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Femmes et médecine : rapport de recherche, mars 1993.
3. DEDOBBELEER N. Comportements professionnels des femmes et hommes médecins du Québec; mars 1991. ☐

*Si vous avez des commentaires au sujet de cet article, vous pouvez nous les transmettre par courriel à l'adresse suivante : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)*



*bonjour*

## Ouvrez la porte à l'assurance de groupe auto et habitation de **La Personnelle**

Et découvrez les nombreux avantages de votre nouveau régime :

- Rabais de groupe
- Choix de protections pour votre auto\* et votre habitation
- Conseils d'agents professionnels
- Service d'indemnisation parmi les meilleurs au Canada

*Simple comme bonjour !*

Demandez une soumission : Montréal : (514) 350-8282

Québec : (418) 835-4202

Sans frais : 1 866 350-8282

et vous serez automatiquement inscrit au tirage **d'un chèque-cadeau de 600 \$** échangeable dans l'un des hotels Delta du Canada !

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



**laPersonnelle**

**Sogemec**  
ASSURANCES

Exclusif aux membres de la FMSQ

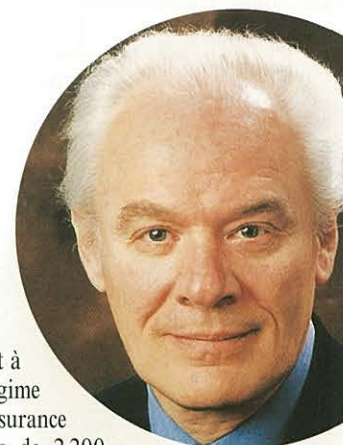
\* L'assurance auto n'est pas offerte au Manitoba, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, où il existe des régimes d'assurance provinciaux.

\*\* Au moins une personne gagnante sera désignée dans chacune des organisations participantes. Le concours est ouvert à tous les employés ou membres des organisations participantes, qui demanderont une soumission entre le 2 janvier et le 31 décembre 2003. Le tirage aura lieu le 15 janvier 2004. Pour obtenir les règlements complets ou connaître le nom de la personne gagnante, visitez le site [www.lapersonnelle.com/auto](http://www.lapersonnelle.com/auto) ou écrivez à : La Personnelle, C. P. 3500, Lévis (Québec) G6V 6P9.



# NOS FILIALES

Dr Gilles Robert



## QU'EST SOGEMEC ASSURANCES INC. ?

SO (Société) GE (Gestion) MEC (Médecin)

**SOGEMEC ASSURANCES INC. EST UNE FILIALE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC.**

La première assemblée des actionnaires a eu lieu le 29 mai 1968.

Dès le début de son existence légale, Sogemec, en plus de la gestion, tant pour le secrétariat des associations regroupées que pour la gestion administrative de la FMSQ ou du Fonds des professionnels du Québec, s'est rapidement impliquée dans le domaine de l'assurance de personnes et de biens, ce qui répondait à une demande sans cesse croissante de la part de ses membres.

Sogemec Assurances inc. a débuté ses activités en 1978 et a été incorporée en 1986, suite aux modifications apportées à la *Loi sur les assurances*.

Depuis ce jour, outre les médecins spécialistes, plusieurs groupes de professionnels ont fait appel à Sogemec Assurances inc. pour offrir de l'assurance collective à leurs membres, dont la Fédération des médecins résidents du Québec, la Corporation de services de la Chambre des notaires du Québec et la Corporation de services des ingénieurs du Québec.

À la fin de 1990, 1 474 médecins souscrivaient à un régime d'assurance collective, 1 356 à un régime d'assurances générales et 380 à un régime d'assurance maladie complémentaire. Aujourd'hui, plus de 2 200 médecins sont détenteurs d'une police d'assurance collective, près de 3 000 détiennent l'un de nos plans d'assurances générales et plus de 4 200 sont couverts par l'un ou l'autre de nos régimes d'assurance maladie.

**L'ensemble de nos groupes totalise plus de 8 000 assurés.**

Chez Sogemec Assurances inc., notre mission est d'aider nos clients à prendre les meilleures décisions en matière d'assurance. **Nous nous engageons à fournir un service personnalisé haut de gamme à notre clientèle de professionnels en proposant des solutions adaptées qui répondent à tous leurs besoins professionnels et personnels.**

N'hésitez pas à consulter l'équipe de Sogemec Assurances inc. pour bénéficier de conseils appropriés répondant à vos préoccupations. ☒

Gilles Robert, M.D.

9

imaginée par vous



## Votre protection est en santé

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

**Assurances générales**  
Assurance automobile, habitation, commerciale.

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

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

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

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



www.sogemec.qc.ca



# ACTUALITÉS

D<sup>re</sup> Francine Mathieu-Millaire

Vice-présidente



## LE BILAN DE NOTRE PLAN D'ACTION ET DES NÉGOCIATIONS 2002-2003

Monsieur François Legault est arrivé en poste il y a déjà plus d'un an, soit le 30 janvier 2002. Le 14 mars, nous célébrerons le premier anniversaire du dépôt de notre renouvellement de l'Entente.

Il est donc temps de faire le bilan de cette année et de comprendre pourquoi cette mobilisation extraordinaire s'est avérée essentielle. Comment se fait-il que le renouvellement de notre Entente soit devenu si difficile, pénible, bruyant et si médiatisé ? Il y a eu plusieurs facteurs prédisposant à une négociation difficile. Faisons le bilan.

LE SPÉCIALISTE

10

### MARS 2002

**7 mars:** le projet de renouvellement de l'Entente est accepté par l'Assemblée des délégués.

**14 mars:** dépôt du renouvellement de l'Entente à la Table de négociation.

### AVRIL ET MAI 2002

Le conseil d'administration entreprend une tournée des régions pour présenter et expliquer le projet de renouvellement de l'Entente aux médecins spécialistes (17 avril: Hull, 22 avril: Chicoutimi, 8 mai: Saint-Jean-sur-Richelieu, 15 mai: Trois-Rivières, 27 mai: Rimouski).

### JUIN 2002

**26 juin:** après 3 mois de négociations stériles, notre président, le D<sup>r</sup> Yves Dugré, fait parvenir une lettre au ministre Legault réitérant l'importance d'engager au plus tôt les négociations entourant ce renouvellement. Il est étonnant de constater que, du côté des grandes centrales syndicales du secteur public, le gouvernement s'était déjà entendu pour une reconduction des conventions collectives avant leur date d'échéance du 30 juin.

### JUILLET 2002

**22 juillet:** en conférence de presse la FMOQ, FMSQ, FMRQ demandent au ministre Legault de renoncer à sa Loi spéciale sur les urgences. En réaction à cette demande publique, monsieur Legault annonce sa mini-révolution et ses projets de modifications législatives pour changer le statut professionnel du médecin dès l'automne.

**25 juillet:** les jeux sont faits, la Loi spéciale 114 sur les urgences est adoptée. La paix sociale est rompue et la méfiance envers le ministre s'installe.

### AOÛT 2002

**5 août:** le ministère répond enfin à notre lettre du 26 juin, confirmant son désir de négocier un renouvellement de l'Entente dès la fin de ce mois.

**21 août:** le ministère dépose un projet de modifications législatives. Ce document, de quelques pages seulement, modifie de façon importante l'autonomie professionnelle du médecin. Celui-ci devra être autorisé pour exercer sa profession. Il devra signer un contrat d'engagement et ses conditions de pratique seront fixées unilatéralement par des fonctionnaires sous peine de pénalités sévères, pouvant aller jusqu'au retrait du droit de facturer. Conclusion: c'est un *billing number* déguisé ! Le ministre propose aussi l'implantation des PREM pour les cabinets privés... un contrôle de plus. Il fixe la date butoir au 15 septembre, c'est-à-dire 3 semaines, pour finaliser ce projet de modifications législatives majeures.

**29 août:** les négociations recommencent, mais il n'est question que des modifications législatives.

### SEPTEMBRE 2002

**6 septembre:** les 4 fédérations, soit la FMSQ, la FMOQ, la FMRQ auxquelles s'ajoute pour la première fois les étudiants en médecine avec la FAEMQ<sup>1</sup>, rencontrent d'urgence le ministre pour proposer des solutions négociées et s'opposent fermement au projet de loi. La date butoir est alors repoussée au 15 octobre.

Entre-temps le ridicule de la Loi 114 se fait sentir. Des médecins sont visités par des huissiers. C'est la conscription !

**20 et 21 septembre:** la situation s'aggrave. La Fédération doit rencontrer ses membres rapidement pour expliquer la situation et écouter leurs préoccupations. Deux rencontres sont organisées, une à Montréal et l'autre à Québec.

### OCTOBRE 2002

**31 octobre:** la Fédération dénonce l'arrêt des négociations lors d'une conférence de presse. Après 2 mois de négociations intensives et de bonne foi avec le gouvernement, celui-ci ne montre aucune ouverture sur la mise en place des mesures proposées dans notre dépôt, c'est l'impasse. Nous annonçons alors le début de notre plan d'action. Nous rendons publiques nos demandes et parlons, pour la première fois, de notre objectif de diminuer l'écart de rémunération avec le reste du Canada. Nous poursuivons notre plan d'action par une campagne publicitaire à la télévision.

### NOVEMBRE 2002

**13 novembre:** première journée d'étude intitulée « Opération grande inquiétude ». Les médecins spécialistes se mobilisent en grand nombre. C'est l'occasion de démontrer à tous la justesse de nos revendications. Les médias, qui avaient été très agressifs à notre égard concernant nos demandes tarifaires depuis le 31 octobre, démontrent plus de nuance et d'objectivité après cette journée.

**19 novembre:** c'est l'opération vérité du ministre Legault qui, pour la première fois, a officiellement reconnu l'ampleur du sous-financement du réseau (1,8 milliard \$). Cette analyse reprend celle maintes fois faite par la FMSQ et les autres intervenants de la santé.

**26 novembre:** le ministère revient avec des offres. Nous devons suspendre notre plan d'action pour les recevoir. La journée d'étude

du 2 décembre n'est toutefois pas annulée, mais les autres moyens (enseignement, formulaires SAAQ et CSST) sont temporairement arrêtés.

## DÉCEMBRE 2002

**2 décembre :** «Opération grande inquiétude 2». Grand rassemblement des médecins spécialistes où, par association, ils établissent et discutent des mesures *Focus-Patient*. Nous devons apprendre à dire non à des conditions de pratique inacceptables pour le médecin et son patient.

**3, 5 et 6 décembre :** les négociations reprennent, mais le discours du ministère est le même et la méfiance est au maximum.

**4 décembre :** les 3 fédérations sont convoquées à Québec dans le cadre d'une consultation particulière pour discuter du projet de loi 142. La FMSQ refuse en bloc ce projet qui ne tient pas compte de la spécificité de la médecine spécialisée. D<sup>r</sup> Dugré refuse d'en discuter les articles. Il fait toutefois une analyse dure et objective du système de santé actuel et attaque avec virulence l'attitude bureaucratique à outrance. (Je vous invite à lire ce percutant discours, que vous trouverez sur notre site Web : [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org)).

**9 décembre :** la reprise des négociations des jours précédents est infructueuse. Nous refusons les offres et reprenons notre plan d'action, en y ajoutant la pratique normalisée selon le programme *Focus-Patient*. En après-midi, la Fédération revient à la charge lors d'une conférence de presse et demande encore une fois au gouvernement d'exclure les médecins spécialistes de la Loi 142.

**Les effets de la pratique *Focus-Patient* se font rapidement sentir. Certains hôpitaux sont plus mobilisés que d'autres.**

**16 décembre :** le ministère nous offre le recours à une médiation.

**17 décembre :** la Loi 142 est adoptée par l'Assemblée nationale. Il y a améliorations, mais certains éléments, tels les PREM pour les cabinets privés, s'avèrent pour le moins menaçants.

**18 décembre :** le conseil d'administration présente l'offre de médiation à l'Assemblée des délégués. Celle-ci est refusée à l'unanimité, en raison de la très grande méfiance envers le ministre Legault et de l'adoption de la Loi 142 la veille. Si la médiation n'est pas liante ou exécutoire, les délégués jugent qu'elle n'en vaut simplement pas la peine.

**19 décembre :** le ministre Legault est avisé du refus de la médiation par les délégués. Par ailleurs, les effets de la pratique normale *Focus-Patient* se font sentir. Le ministre convoque rapidement les médias et mentionne à RDI : «La situation est très inquiétante et je l'ai dit et le répète: le gouvernement du Québec ne peut pas tolérer que des moyens de pression d'un groupe ou d'un autre de travailleurs mettent en péril la santé de la population.» Il menace donc les médecins spécialistes d'une loi spéciale.

**20 décembre :** le ministre convoque à nouveau les médias et déclare : «Je dirai quand même de façon générale, la situation dans la majorité des hôpitaux est sous contrôle [...] Je demande au Collège des médecins d'évaluer avec moi la situation.» Changement radical de son discours en 24 heures: il n'y a plus lieu d'adopter une loi spéciale... il relance la balle à la santé publique et au Collège des médecins. **Le même jour, la Fédération** diffuse un sondage effectué entre le 3 et le 8 décembre, c'est-à-dire après la 2<sup>e</sup> journée d'étude. Ce sondage démontre que la population appuie les positions défendues par les médecins spécialistes dans leur négociation.

## JANVIER 2003

**11 janvier :** à la une du *Journal de Montréal*, on peut lire : «**Le plan de Québec pour déjouer les médecins**: financer les hôpitaux américains pendant que l'on maintient une loi antidéficit pour les hôpitaux Québécois.»

**23 janvier :** le ministre Legault rencontre le conseil d'administration ainsi que les 34 présidents des associations affiliées. Après 5h30 d'échanges, le ministre reconnaît la nécessité d'offrir une rémunération compétitive aux médecins spécialistes, de manière à concurrencer adéquatement les autres provinces. De plus, il est prêt à trouver une alternative à la Loi 142 et s'engage à augmenter le financement pour la médecine spécialisée.

## FÉVRIER 2003

**11 février :** présentation de l'entente de principe à la Commission des présidents. Celle-ci est acceptée favorablement.

**13 février :** l'entente de principe est soumise au vote de l'Assemblée des délégués et adoptée à la majorité!

**14 février :** nous cessons les moyens de pression.

## EN CONCLUSION

Le ministre a réussi en quelques mois seulement à nous mobiliser comme on ne l'a jamais fait depuis 30 ans. Il fut notre meilleur motivateur, et ce, à « coût nul »!

1) Il nous a forcés à nous rassembler et à prendre conscience, ensemble, de tout ce que nous avons perdu au cours de ces 10 dernières années. Nous avons accepté, depuis trop longtemps sans réagir, la détérioration de notre système de santé résultant des contraintes budgétaires et administratives.

2) Il nous a fait redécouvrir une pratique normale. Il nous a permis de prendre conscience que l'on peut dire **NON** à des conditions de travail inacceptables pour nous et potentiellement dangereuses pour nos patients.

3) Il nous a donné le courage, pour une fois, de parler publiquement de notre rémunération et de revendiquer légitimement la parité avec les autres provinces canadiennes.

4) Il nous a permis de nous battre pour la valorisation et la qualité de l'enseignement. Par notre plan d'action, les doyens et étudiants des facultés de médecine ont bénéficié d'une plate-forme médiatique importante.

**En 2002, avec votre mobilisation et votre solidarité extraordinaires, nous avons retrouvé ensemble le respect de nous-mêmes et de nos patients. Et notre DROIT DE PAROLE !** ☐

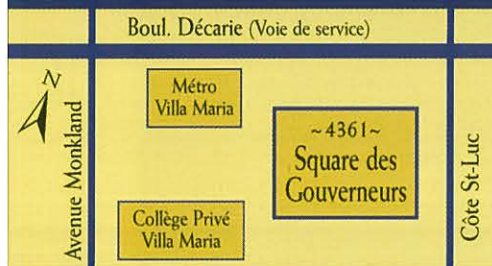
<sup>1</sup> Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec

# Un style de vie unique

Le Square des Gouverneurs est un projet immobilier composé de 48 maisons de ville et de 16 condominiums. Situées au centre-ville dans un environnement à la fois urbain et verdoyant, ces habitations luxueuses sont protégées par un ancien mur d'enceinte abritant un parc bien aménagé, agrémenté de magnifiques érables matures.

## UN SITE DE PRESTIGE

Adossé à la montagne, le domaine offre une vue splendide sur le mont Royal et l'Oratoire Saint-Joseph. Avec emblème distinctif le vieux monastère du Précieux-Sang, un immeuble restauré avec goût pour abriter les condominiums, le Square des Gouverneurs offre un cadre de vie idéal, à proximité de l'animation de la ville.



Ouvert du

lundi au vendredi - 11 h à 19 h

samedi et dimanche - 13 h à 18 h

(ou sur rendez-vous)

4361, boul. Décarie

Montréal (Adjacent à Westmount)

514.482.1902

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



Projet résidentiel haut de gamme  
situé au centre-ville



## Square des Gouverneurs



À 2 PAS DES  
HÔPITAUX SUIVANTS :

- Centre hospitalier Catherine Booth
- Centre hospitalier Côte-des-Neiges
- Centre hospitalier Richardson
- Centre hospitalier St-Mary's
- Hôpital Général de Montréal
- Hôpital général Juif
- Hôpital Hôtel-Dieu
- Hôpital Mont-Sinaï
- Hôpital neurologique de Montréal
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Schriener's
- Hôpital Ste-Justine
- Institut de réadaptation de Montréal

MAISONS DE VILLE  
(2915 pi<sup>2</sup>), à partir de **395 000 \$\***

CONDOS UNIQUES

(1180 pi<sup>2</sup> à 1870 pi<sup>2</sup>),  
à partir de **218 000 \$\***

Suite des maîtres • Cuisine de luxe

Planchers de bois franc • Foyer

Système d'air central

\*Taxes non incluses.  
Prix sujets à changement sans préavis.



Sur présentation de ce coupon  
**OBTENEZ 2000\$**  
en options, à l'achat d'une résidence.\*

\*UN COUPON PAR ACHAT.

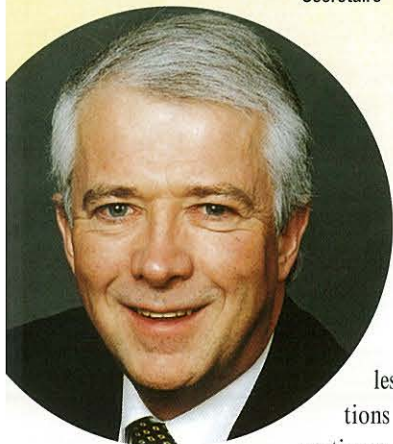
Bureau des ventes : 4361, boul. Décarie, Montréal • 514.482.1902



# ACTUALITÉS

Dr Richard Leblond

Secrétaire



## OPÉRATION GRANDE INQUIÉTUDE 2 : LES MESURES *FOCUS-PATIENT*

De plus en plus inquiets face à l'ingérence et à la gestion à courte vue du gouvernement, les médecins spécialistes issus des 34 associations membres de votre Fédération refusent de continuer à pallier les lacunes du système de santé québécois. Le 2 décembre, nous étions plus de 3 500 médecins spécialistes qui ont à l'unisson dénoncé haut et fort cette situation. Réunis à Montréal, à Québec et en différé pour les régions, avec notre association, nous avons identifié les aberrations auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés.

Nous avons ainsi dégagé diverses solutions envisageables devant des situations aussi inacceptables qu'inquiétantes telles des fermetures de

lits entraînant des durées d'hospitalisation écourtées ou des corridors d'urgence en guise de clinique. Cette session d'étude a permis de se pencher sur différents aspects de notre pratique ayant comme objectif: le respect du patient en nous donnant les conditions de pratique nous permettant d'exercer notre profession de manière acceptable. Ainsi, des mesures *Focus-Patient* ont été identifiées permettant de recentrer la médecine spécialisée sur le patient et ses besoins.

Dès le 9 décembre, tous ont pu mettre en pratique, de manière distincte, ces mesures *Focus-Patient*. Nous avons ainsi réalisé qu'il n'en tient qu'à nous de pouvoir moduler nos modes de pratique. C'est à chacun que revient la décision de poursuivre dans cette voie et ainsi de viser une amélioration concrète de ses conditions de pratique. ☒

LE SPÉCIALISTE

14

# ACTUALITÉS

## LES AFFAIRES PUBLIQUES EN UN COUP D'ŒIL

Voici un tableau qui représente toutes les activités médias, d'affaires publiques et de communications pour les années 2000, 2001, 2002, jusqu'au 17 février 2003. N'hésitez pas à

contacter la direction des Affaires publiques et des Communications pour plus de détails concernant l'une ou l'autre de ces activités. ☒

ACTIVITÉS	2000	2001	2002	2003	TOTAL 2002-2003
Demandes d'information	390	416	1196	426	1622
Entrevues	169	149	691	160	851
Conférences de presse	3	5	21	3	24
Communiqués de presse	6	6	30	5	35
Rencontres avec les éditorialistes	-	5	7		7
Mentions médias électroniques et écrits	291	123	2828	1796	4624
Références aux Associations	144	104	137	13	150



## LA DERNIÈRE OPÉRATION GRANDE INQUIÉTUDE...

Le 16 janvier dernier avait lieu l'Opération grande inquiétude 3, à Québec en matinée, à Montréal dans l'après-midi ainsi que dans les régions par vidéoconférences. Cette troisième journée d'étude nous a, de nouveau, permis de partager nos préoccupations. La participation a été encore plus impressionnante que lors des deux journées précédentes: quelque 1000 personnes à Québec et près de 3000 à Montréal!

La journée d'étude avait pour but de faire le point sur les négociations qui, à ce moment-là, étaient dans une impasse. Notre président, D<sup>r</sup> Yves Dugré, a brossé un tableau du dépôt du projet de renouvellement de l'Entente et a exposé les étapes de la négociation. Puis, D<sup>re</sup> Francine Mathieu-Millaire a présenté un bilan de nos activités depuis ledit dépôt (je vous invite à lire son article dans la présente édition du *Spécialiste* en page 10). Pour finir, D<sup>r</sup> Michel Lallier a exposé les activités à venir dans la seconde partie de notre plan

d'action. Les membres ont pu ensuite s'exprimer et cette fois encore, D<sup>r</sup> Gilles Hudon a agi en tant que modérateur. Par l'entremise des médias lors des deux conférences de presse de la journée, nous avons demandé ouvertement au gouvernement de revenir à la Table de négociation et de nous présenter une offre raisonnable.

Ce fut la dernière Opération grande inquiétude... et de l'avis de tous, cette journée comme les précédentes a été un franc succès. Ces rassemblements ont permis d'exposer les frustrations accumulées, de mesurer l'ampleur de la mobilisation et la détermination des médecins spécialistes québécois. À Québec, à Montréal et dans les régions, les médecins ont eu la parole et leur message a bénéficié d'une large tribune. Il faut espérer que cet élan contribue à la poursuite de notre objectif principal: l'accessibilité aux soins pour tous; des soins de qualité, dans des conditions favorables. ☐

## SUITE

15

ACTIVITÉS	2000	2001	2002	2003	TOTAL 2002-2003
Demandes de consultation	9	16	29	8	37
Demandes diverses	–	84	355	45	400
Lettre d'opinion	1	–	–	–	–
FMSQ – En bref	–	1	–	–	–
FMSQ – Négo	1	–	1	–	–
Le Spécialiste	4	4	4	–	4
Ligne 1 (888) 331-NEGO	–	–	18	8	26
Envoi aux membres (juillet à décembre 2002)	18	5	23	–	23
Lettre d'un médecin au premier ministre 4/10/02	–	–	1 envoi aux membres	–	1
Lettre d'un patient à son député 4/10/02	–	–	1 envoi aux membres	–	1
Macarons 26/10/02	–	–	1 envoi aux membres	–	1
Dépliants	–	–	1 envoi aux membres	–	1
Publicité	–	–	9 pages quotidiens + hebdos / 1 radio / 1 TV	1 page dans les quotidiens	10 pages



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

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

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



**MERCK FROSST**

*Découvrir toujours plus.  
Vivre toujours mieux.*

## LE PSORIASIS: DIAGNOSTIC ET ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

### GÉNÉRALITÉS

Le psoriasis est une maladie inflammatoire caractérisée par la présence de papules et/ou de plaques érythémateuses recouvertes de squames argentées. Les plaques peuvent se retrouver partout sur le corps, mais ont une prédilection pour les coudes, les genoux et le cuir chevelu.

Il existe un terrain génétique favorable. Cinq pour cent des personnes ayant des parents de premier degré atteints le sont aussi, comparativement à 1,2% chez ceux qui n'en ont pas. L'incidence chez la fratrie est de 16% et monte à 50% si les deux parents sont atteints. Chez les jumeaux, on parle de 20% s'ils sont dizygotes et de 73% s'ils sont monozygotes.<sup>1</sup>

Il existe une association entre la pharyngite à streptocoque et l'apparition d'un psoriasis en gouttes chez les adolescents et les jeunes adultes. Ce type de psoriasis s'améliore de façon importante après le traitement de la pharyngite. Les traumatismes cutanés, ainsi que certains médicaments tels le lithium ou les bêta-bloqueurs, peuvent également exacerber le psoriasis.

### TRAITEMENTS TOPIQUES

#### Corticostéroïdes

Ils sont fréquemment utilisés dans le traitement du psoriasis. Ils sont classés selon leur puissance. Ils se présentent sous forme de lotions, de solutions, de shampoings, de crèmes, de pommades et de gels. Les corticostéroïdes de puissance faible sont utilisés au niveau du visage et des plis. Pour ce qui est du tronc, des membres et du cuir chevelu, il faut souvent recourir à des corticostéroïdes d'activité moyenne à très forte. Les effets secondaires les plus souvent observés sont cutanés (atrophie, télangiectasies, vergetures, purpura traumatique, folliculite) et sont dus à une utilisation prolongée ou à une utilisation dans des zones vulnérables (visage et plis). Pour diminuer les risques de tels problèmes, il est possible d'utiliser un traitement pulsé. Par exemple, le dipropionate de bétaméthasone (Diprosone<sup>®</sup>) utilisé 3 fois en 24 h et répété par la suite à toutes les semaines a permis de maintenir l'amélioration pendant 6 mois chez 60% des patients comparé à 20% avec placebo.<sup>2</sup>

Une autre façon de diminuer l'utilisation des stéroïdes topiques est de les combiner avec une autre molécule, tels le calcipotriol (Dovonex<sup>®</sup>) ou le tazarotène (Tazorac<sup>®</sup>).

#### Le calcipotriol (Dovonex<sup>®</sup>)

Cet analogue de la vitamine D3 est efficace pour traiter le psoriasis localisé. La dose maximale est de 100 mg/semaine chez l'adulte. Il existe en onguent, en crème et en solution pour le cuir chevelu. Le calcipotriol en onguent a une efficacité comparable à celle d'un corti-

costéroïde de puissance modérée à forte.<sup>3</sup> Notons que l'utilisation de calcipotriol sur de très larges surfaces peut augmenter la calcémie.

Une nouvelle formulation combinant le calcipotriol et le dipropionate de bétaméthasone (Dovobet<sup>®</sup>) a récemment été mise sur le marché au Canada. Cette combinaison permet une amélioration très rapide du psoriasis en plaques. Cependant comme le dipropionate de bétaméthasone est un stéroïde topique puissant il faut être prudent lors de son utilisation à long terme afin d'éviter l'atrophie cutanée.

#### Tazarotène (Tazorac<sup>®</sup>)

C'est un rétinoïde topique qui est contre-indiqué chez la femme enceinte et allaitante en raison de son potentiel tératogène. Il existe sous forme de gel et de crème à 0,05% et 0,1%. Il peut être utilisé en combinaison avec un corticostéroïde topique pour minimiser l'irritation et pour un effet synergique. Une étude a montré que la combinaison de mometasone furoate (Elocom) et de tazarotène pendant 24 semaines (12 semaines de traitement et 12 semaines de suivi) donnait des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'utilisation du stéroïde seul.<sup>4</sup> En monothérapie, le tazarotène induit souvent une dermite irritative qui peut être atténuée en limitant l'application à un temps court (par exemple 5 à 10 minutes) sur la peau sèche suivie d'un bain ou d'une douche.

#### Préparations de goudron

Très utilisés autrefois pour le psoriasis en plaques, les goudrons peuvent tacher les vêtements et dégagent une odeur désagréable. On les utilise surtout dans les shampoings pour le psoriasis du cuir chevelu.

#### L'anthraline

C'est un dérivé synthétique de la chrysarobin, un extrait d'écorce d'arbre. Il est efficace en application quotidienne sur les plaques de psoriasis, mais a tendance à être irritant, à tacher la peau ou les vêtements. Une nouvelle formulation (Micanol<sup>®</sup>) a permis de réduire les risques de taches sur les vêtements, la peau et le bain à condition de laver le produit à l'eau froide. Le traitement peut débuter avec une concentration de 1% appliquée pendant 5 minutes sur les plaques et lavée à l'eau froide. Le temps de contact sur les plaques peut être augmenté progressivement selon la tolérance.

### PHOTOTHÉRAPIE

Il est connu depuis longtemps que le soleil améliore le psoriasis. Trois types de photothérapie sont utilisés en clinique par les dermatologues : les ultraviolets B à spectre large, la PUVAthérapie et les ultraviolets à spectre étroit.





# SUITE

Dr<sup>e</sup> Eva Coulibaly, résidente 2 en dermatologie

Dr Robert Bissonnette, dermatologue

## LE PSORIASIS: DIAGNOSTIC ET ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

### UVB à spectre large

Ils sont utilisés depuis plus de 80 ans pour le traitement du psoriasis. On les emploie en combinaison avec de nombreux agents autant topiques que systémiques.

### UVB à spectre étroit (UVB TL01)

Des sources lumineuses se rapprochant du spectre idéal de traitement du psoriasis (311 nm) ont été développées récemment et se sont montrées plus efficaces que les UVB classiques à spectre large.<sup>5</sup> Leur potentiel carcinogène n'est pas encore bien connu.

### PUVAthérapie

Elle consiste en l'ingestion de 8-méthoxyypsoralène suivie entre 1 et 3 heures plus tard d'une exposition aux UVA. La PUVAthérapie peut induire des rémissions de plusieurs mois.<sup>6</sup> Une augmentation du risque de développement de néoplasies cutanées a cependant été démontrée et les organes génitaux mâles sont les zones les plus sensibles.<sup>7,8,9</sup>

### TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Dans les cas sévères, on peut utiliser l'acitretin (Soriatane<sup>®</sup>) un rétinoïde systémique, le methotrexate ou la cyclosporine (Néoral<sup>®</sup>), mais leur utilisation est souvent limitée à un temps court en raison des effets secondaires potentiels. Un monitoring clinique et biologique est également requis.

### TRAITEMENTS EXPÉRIMENTAUX

Les anticorps monoclonaux et les protéines de fusion visant les lymphocytes T activés ou les cytokines devraient bientôt révolutionner le traitement du psoriasis. Aucune de ces molécules n'est actuellement approuvée pour le traitement du psoriasis au Canada.

L'alefacept (Amevive<sup>®</sup>) est une protéine recombinante qui bloque la liaison de LFA3 sur le récepteur lymphocytaire CD2, ce qui interfère avec l'activation des lymphocytes T qui ont un rôle très important dans le psoriasis. Cette molécule induit des améliorations qui se prolongent même après la cessation du traitement. L'alefacept pourrait être disponible au Canada d'ici 1 ou 2 ans.<sup>10</sup>

L'efaluzimab (Raptiva<sup>®</sup>) est un anticorps monoclonal en développement pour le traitement du psoriasis modéré à sévère. Il se lie à une sous-unité du récepteur LFA-1 à la surface des cellules T. En bloquant ce récepteur, on empêche l'activation de cellules T et leur migration dans la peau. Il est administré par voie sous-cutanée et est actuellement en phase III.<sup>10</sup>

Les anti TNF alpha tels l'infliximab (Remicade<sup>®</sup>) et l'etanercept (Enbrel<sup>®</sup>) ont pour cible le TNF alpha, une cytokine qui induit la division des kératinocytes. Les études cliniques ont montré d'importantes améliorations du psoriasis.<sup>11,12</sup>

Plusieurs autres molécules sont à différentes phases de la recherche clinique dont l'acide aminolevulinique activé par la lumière bleue (thérapie photodynamique), un dérivé de l'ascomyicine, un dérivé de la cyclosporine ainsi que d'autres anticorps monoclonaux.

En conclusion, nous disposons actuellement de nombreux traitements efficaces pour les patients atteints de psoriasis. Notre arsenal thérapeutique pour les patients présentant un psoriasis modéré à sévère devrait s'enrichir de plusieurs nouvelles molécules au cours des prochaines années.

### Bibliographie

1. Fitzpatrick JE, Aeling JL. *Dermatology secrets*; 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2001.
2. Lebowhl MG, Tan MH, Meador SL, et al. Limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005% in patients with psoriasis of the face and intertriginous areas. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:77-82.
3. Bruce S, Epinette WW, Funicella T, Ison A, Jones EL, Loss R Jr, et al. Comparative study of calcipotriene (MC903) ointment and fluocinonide ointment in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:755-9.
4. Koo JY, Martin D. Investigator-masked comparison of tazarotene gel q.d. plus mometasone furoate cream q.d. versus mometasone furoate cream b.i.d. in the treatment of plaque psoriasis. *Int J Dermatol*; 2001;40(3):210-2.
5. Barbagallo J, Spann CT, Tutrone WD, Weinberg JM. Narrowband UVB phototherapy for the treatment of psoriasis: a review and update. *Cutis* 2001;68(5):345-7.
6. Koo J, Lebowhl M. Duration of remission of psoriasis therapies. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:51-9.
7. Stern RS, Lange R. Non-melanoma skin cancer occurring in patients treated with PUVA five to ten years after first treatment. *J Invest Dermatol* 1988;91:120-4.
8. Bollag W, Holdener EE. Retinoids in cancer prevention and therapy. *Ann Oncol* 1992;3:513-26.
9. Bavinck JN, Tieben LM, Van der Woude FJ, Tegzess AM, Hermans J, ter Shegger J, et al. Prevention of skin cancer and reduction of keratotic skin lesions during acitretin therapy in renal transplant recipient: a double blind-blind, placebo-controlled study. *J Clin Oncol* 1995;13:1933-8.
10. Granstein RD. New treatments for psoriasis. *N Eng J Med* 2001; 134:1101-02.
11. Chaudhari U, Romano P, Mulcahy LD, Dooley LT, Baker DG, Gottlieb AB. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomised trial. *Lancet* 2001;357(9271):1842-7.
12. Mease PJ, Goffe BS, Metz J, Vanderstoep A, Finck B, Burge DJ. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. *Lancet* 2000;356:385-90. ☐

# la migraine

pas juste dans votre tête!

- On estime que, durant l'année 2002, les médecins qui pratiquent en clinique au Canada ont reçu 1,8 millions de visites pour des problèmes de migraine.
- En tout, dans 82 % des cas il s'agissait de patients de sexe féminin et dans 18 % des cas, de patients de sexe masculin.
- La répartition des patients selon l'âge est la suivante :

ÂGE	HOMME	FEMME
<b>Tous les âges</b>	<b>18 %</b>	<b>82 %</b>
Moins de 20 ans	9 %	5 %
de 20 à 34	20 %	28 %
de 35 à 49	46 %	44 %
de 50 à 64	15 %	19 %
65 ans et plus	10 %	4 %

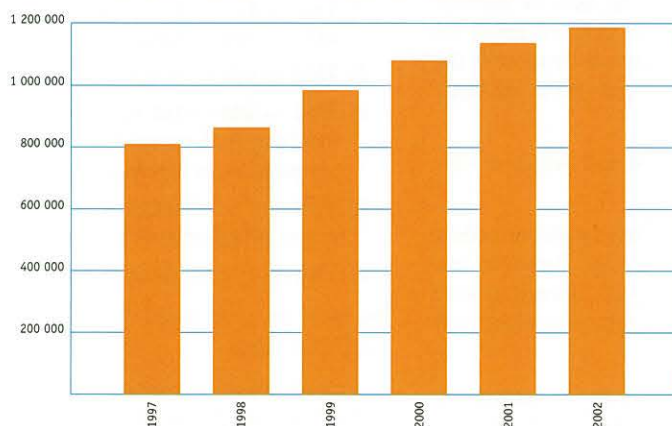
- À l'échelle nationale, 87 % des consultations ont entraîné la prescription d'un médicament.

- Les médicaments les plus recommandés étaient les suivants :

<b>Anti-migraineux</b>	47 %
Zomig, Imitrex, Maxalt, Amerge	
<b>Autres analgésiques</b>	33 %
Tylenol #2,3 & 4, Fiorinal, Stadol, Demerol	
<b>Autres</b>	20 %
Gravol, Propranolol	

- On estime que les pharmacies communautaires ont exécuté 1,2 millions de nouvelles ordonnances et renouvellements de produits anti-migraineux en 2002. Ce chiffre représente une augmentation de 47 % par rapport aux 810,000 ordonnances exécutées en 1997.
- En 2002, les omnipraticiens ont écrit la majorité des 1,2 millions d'ordonnances d'anti-migraineux (58%), suivis des médecins de famille avec 30%. Les neurologues ont prescrit 7% des anti-migraineux dispensés dans les pharmacies canadiennes.
- Le graphique suivant illustre la tendance ascendante relative à la consommation de médicaments anti-migraineux au Canada de 1997 à 2002.

Anti-migraineux : nombre d'ordonnances exécutées par les pharmacies communautaires au Canada



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

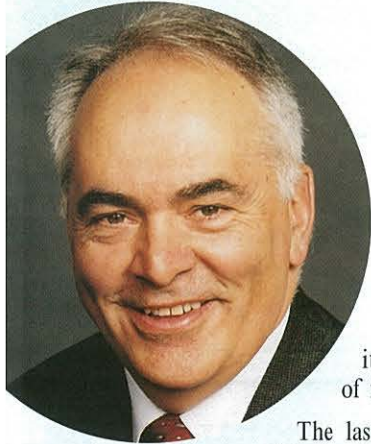
Une importante source d'information et d'analyse pour les secteurs de la santé au Canada





Dr. Yves Dugré

# A WORD FROM THE PRESIDENT



## THE END OF A MANDATE

**W**e have already reached the end of our current Board of Directors' term of office. Needless to say, it was a hectic period, with some moments of frenzy.

The last year has been particularly intense, with multitudes of meetings – sometimes marked by uncertainty and hesitation, sometimes by tension with healthy yet difficult differences of opinion, sometimes with the impression of being mired in a dialogue with impervious government representatives... but always with the desire to do our utmost to serve the cause of medical specialists.

Today, just a few days away from the anniversary of presenting our proposals, I can address you with pride – the pride of having concluded an agreement that contains important gains.

- ☒ We had to maintain our professional autonomy, which was threatened by Bills 114 and 142. We did so.
- ☒ Bill 114 did not affect us. Bill 142 has more or less been gutted of most of its restrictions as far as medical specialists are concerned. And, since then, we have obtained satisfactory additional adjustments.
- ☒ We had to improve our conditions of practice, so that we could deliver care in conditions that preserve the dignity to which our patients are entitled (and which are so often lacking). We have obtained measures that should significantly and definitively improve these conditions.
- ☒ We had to obtain pay parity with the Canadian average, not only as a matter of principle, but also because fairness and respect demand it. We obtained not only an initial fee adjustment but also the setting up of a committee to study the discrepancies between our remuneration and that in the other provinces.

The letter I sent you on February 17 gave you full details of this agreement.

It took a year to prepare this agreement, and it ended with a marathon that started when the Minister met the Board of Directors and Presidents of the various Associations on January 22. Discussions were then reopened behind the scenes and, finally, negotiations where each point of the agreement was discussed and won.

During this period, it has to be said that we chose our moment to launch our pressure tactics to rebuild a new balance of power and show our determination. This was the start of Operation High Concern.

In this connection, our communications with you may have raised questions in the minds of some who would have preferred a more direct charge against the government, a more spectacular piece of provocation. Communications are a means, not an end. They must not be improvised on a case-by-case basis, depending on the pressures of the moment, but should form part of an overall, planned, prolonged

effort. Communications must provide the platform for the credibility of our position. This was achieved, and helped us greatly.

At the very beginning, we set realistic objectives. We considered the best possible context would be:

- ☒ To achieve a real improvement in our conditions of practice.
- ☒ To obtain the government's commitment to give us pay parity with the Canadian average.
- ☒ To preserve our professional autonomy.
- ☒ To deactivate the negative effects of Bill 142 for medical specialists.
- ☒ To obtain equitable access to treatment and care for our patients.

I believe that our success in meeting these conditions is satisfactory. It may not be total, it may not be perfect, and perhaps not immediate. But they have been met in an optimal, realistic, pragmatic manner!

Some of you may wonder whether we obtained the maximum we could. For a better appreciation of this, let us compare what was on the table in September, December and even mid-January. We negotiated up to the very last minute. We took the work to its ultimate limit. Each word and each comma of this agreement was discussed. We wore out our adversaries. We did indeed obtain the maximum.

I agree that victory is not complete. Nor is it unilateral. But, in light of our initial objectives, it is the best possible, realistic and pragmatic result. It also represents a great stride in the right direction.

What has the government learned in the 11 months of dealing with medical specialists?

- ☒ That we are united, determined.... obstinate!
- ☒ That we have rights as professionals and that we defend them and will continue to defend them vigorously.
- ☒ That we will never again be taken for granted in the system.
- ☒ That we knew what we wanted and went after it, without ever indulging in demagoguery, personal attacks, lack of respect for our patients, or arousing the distrust of the society we serve.
- ☒ That the relationship between medical specialists and health system administrators has changed from now on.
- ☒ That the FMSQ has never been so united.

We made ourselves heard. We will continue to do so. Nothing will ever be the same.

The significant gains achieved in this agreement do not result from the work of any one person in particular, but from our united movement. We learned a great deal during these hard negotiations.

- ☒ Our leadership and credibility came out of this lengthy battle even stronger than before.
- ☒ The importance of having the courage of our convictions.
- ☒ The clear will and quiet strength to try to find a middle way, to listen, retain the respect of our patients, and remain faithful to our ideals.

LE SPÉCIALISTE

20

- ☒ A real sense of leadership, in which the end result is greater than the form.

But, above all, we have learned to break out of our confines and speak with one voice – all Associations together.

- ☒ None of this – and certainly not the degree of unity – would have been possible without the unfailing and individual commitment of your Board of Directors, Presidents, Delegates and the mobilization of all members.
- ☒ Nothing would have been possible without the dedication and energy of our negotiating, strategy and mobilization committees.
- ☒ Nothing would have been possible without the professionalism, availability and quality of work of our permanent staff and counsellors.
- ☒ None of that occurred by chance. Everything was the result of planned, concerted, coordinated and lengthy action.

I am proud of this agreement which, in the opinion of your Board of Directors, represents significant gains in many respects.

I am proud to have worked very hard piloting the outstanding team that was able to make this success a reality.

You and I know the extent to which we have all invested our efforts in defending the fundamental principles to which we subscribe, the essential objectives we had to achieve: maintain our professional autonomy, improve conditions of practice and achieve Canadian parity with regard to our remuneration.

Today, we are turning a page in our book. We won't be closing it entirely. This agreement is just the end of a chapter; still more are waiting to be written.

The outstanding solidarity we have shown must be maintained, because it was a determining factor in our collective success. The balance of power we have imposed must be maintained. It is up to us to take the place that is ours. We must not only demand, we must act! Let us continue with concrete, positive action that will improve our conditions in our respective places of practice, for the greater benefit of our patients and ourselves. ☒



Yves Dugré, M.D.

## POLITIQUES DE LA SANTÉ

Dr Gilles Hudon

Directeur de l'Office de développement professionnel  
et des Politiques de la santé

### LES ACCIDENTS ÉVITABLES DANS LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

Le 19 décembre 2002 était adopté par l'Assemblée nationale du Québec le projet de loi n° 113: *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.*<sup>1</sup>

Ceci s'inscrit dans une préoccupation nord-américaine omniprésente. La publication en novembre 1999 d'un rapport de l'*Institute of Medicine*,<sup>2</sup> concluait que les accidents iatrogéniques pouvaient être à l'origine de 98 000 décès par année dans les hôpitaux de soins de courte durée aux États-Unis. Ce rapport a créé une commotion et les médias rapportent depuis cette révélation inquiétante.<sup>3,4</sup> Pourtant, ces résultats n'étaient que l'extrapolation de résultats très connus de recherches étalées sur trois décennies, lesquelles montraient d'ailleurs que plus de 50 % de ces accidents étaient jugés évitables.

Des actions furent prises.<sup>5</sup> Au Canada, un Comité directeur national sur la sécurité des patients a été constitué. Ce comité a déposé un rapport en septembre 2002: *Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care.*<sup>6</sup> Le 17 avril 2000, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, M<sup>me</sup> Pauline Marois, formait un comité sur les accidents médicaux évitables, ce qui donne lieu, le 1<sup>er</sup> mars 2001, au dépôt du rapport du comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation des soins de santé.<sup>7</sup>

Le comité ministériel rapporte d'abord que les accidents en milieu de santé ne sont pas les seuls faits de l'incompétence ou de la négligence: 15% des accidents sont dus à une responsabilité strictement individuelle alors que 85% relèvent d'une erreur du système (organisation, processus ou ressources, comme par exemple des emballages ou étiquetages similaires pour des médicaments différents ou de concentrations différentes). Le rapport du Comité ministériel rapporte aussi que les accidents les plus fréquemment rapportés sur le formulaire AH 223<sup>8</sup> actuellement en usage sont les chutes de patients et les erreurs de médication; que le mot «médical» doit s'entendre comme l'ensemble du processus de prestation de soins et de services de santé, à domicile, en cabinet, en clinique ou en établissement (les accidents médicaux évitables sont loin d'être l'apanage des seuls médecins); que les effets indésirables et les accidents évitables sont deux concepts différents. Dans un esprit de réduction du nombre des accidents et de gestion de la qualité par l'amélioration continue, le rapport formule 14 recommandations qui interpellent les établissements et toutes les catégories d'intervenants dans la prestation des soins de santé. Ainsi naît le projet de loi n° 113 que M. François Legault présente le 14 juin 2002 à l'Assemblée nationale.<sup>1</sup>





# SUITE

Dr Gilles Hudon

Directeur de l'Office de développement professionnel  
et des Politiques de la santé

## LES ACCIDENTS ÉVITABLES DANS LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

### Réactions de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Ayant pris connaissance du projet de loi, la FMSQ reconnaissait le bien-fondé du législateur de vouloir *assurer aux usagers la prestation sécuritaire des services de santé et services sociaux et de consacrer le droit de l'usager à être informé*,<sup>1</sup> mais remettait en question certains moyens pour y parvenir. C'est ainsi que la Fédération a préparé un mémoire qu'elle a présenté à la Commission des affaires sociales le 3 décembre 2002 touchant principalement la définition des termes et les processus de déclaration et de divulgation.<sup>9</sup>

La Fédération faisait remarquer que les termes «incident/accident» n'étaient pas définis dans le projet de loi: ils l'ont été dans le texte final. La FMSQ demandait que le processus de déclaration des incidents/accidents ne s'apparente pas à une obligation de délation: le nouveau libellé a été amélioré. Concernant le processus de divulgation au patient d'un accident impliquant le médecin, la FMSQ demandait que le processus respecte l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*<sup>10</sup> qui prévoit que le médecin *doit informer [...] son patient de tout incident, accident ou complication susceptibles ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.*<sup>10</sup> À l'égard de tout autre accident ou incident survenu au cours de la prestation de services médicaux par une personne autre que le médecin, la FMSQ demandait que l'établissement ait l'obligation d'en aviser le plus tôt possible le médecin traitant, lequel aurait alors la prérogative d'en informer personnellement son patient; au cas où le médecin traitant n'exerce pas cette prérogative, qu'il revienne alors au gestionnaire de risques ou à une autre personne désignée par l'établissement d'en informer le patient. La loi n'a pas défini le processus avec précision. En fait, la loi modifiée laisse tacitement au CMDP des établissements, comme à tous les autres professionnels de la santé, la possibilité de proposer au CA des modalités de divulgation concernant les actes qui leur sont propres.

### La loi modifiée par le projet de loi n° 113

La loi ainsi modifiée par le projet de loi 113 stipule dorénavant: *qu'un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être; qu'une personne exerçant des fonctions dans un établissement a l'obligation de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté, le plus tôt possible après cette constatation; que tout établissement a l'obligation de mettre en place un comité de gestion des risques, lequel aura pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et de services sociaux; que le conseil d'administration d'un établissement doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident ainsi que des mesures de soutien mises à la disposition de l'usager et des mesures visant à prévenir la récurrence d'un tel accident.*

### CONCLUSION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec souscrit au concept de la gestion de la qualité par l'amélioration continue et aux objectifs du projet de loi. Elle croit que les complications médicales devraient continuer d'être traitées séparément, comme actuellement, via la

feuille sommaire du dossier du patient;<sup>11</sup> elle croit que la collecte des données via le Rapport d'incident/accident (AH 223)<sup>8</sup> actuel permet déjà aux établissements de recueillir une somme considérable d'informations dont un meilleur traitement par un gestionnaire de risques permettrait de tendre vers ce qui devrait être l'objectif du projet de loi n° 113, à savoir de réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services. Le projet de n° 113 a suscité des inquiétudes: certains médecins ont pu croire qu'ils en étaient la cible unique et le libellé initial portait à confusion. Le nouveau libellé est plus clair; les nouvelles structures proposées apparaissent raisonnables: elles pourraient et devraient avoir des coûts de fonctionnement largement compensés par les importants coûts des accidents qu'elles cherchent à éviter en recherchant des solutions et non des coupables. Les médecins peuvent et doivent s'impliquer dans la mise sur pied et le fonctionnement de la nouvelle structure de gestion de risque qui est maintenant prévue dans les établissements de santé.

### Bibliographie

1. Québec, Assemblée nationale. Projet de loi n° 113, Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Québec:Éditeur officiel du Québec;2002.
2. Institute of Medicine (US). To err is human: building a safer health system. Washington:National Academy Press;1999. [www.nap.edu/catalog/9728.html](http://www.nap.edu/catalog/9728.html)
3. Cent-douze articles de journaux recensés pour les années 2000-2002 au Québec répertoriés au Centre de documentation, FMSQ.
4. Ahern, SP. La sécurité des patients: un engagement éthique et humain des médecins:le mot du président, FMRQ.Actualité médicale 2002;23(41):44-45.
5. Kivlahan C, Sangster W, Nelson K, Buddenbaum J, Lobenstein, J. Developing a comprehensive electronic adverse event reporting system in an academic health center. Qual Improv 2002;28(11):583-594.
6. Comité directeur national sur la sécurité des patients/National Steering Committee on Patient Safety. Building a safer system: a national integrated strategy for improving patient safety in canadian health care. Ottawa:Le Comité;septembre 2000.
7. MSSS, Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation des soins de santé. La gestion des risques: une priorité pour le réseau. Québec MSSS:2001.[www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm](http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm)
8. AH 223 (rev 89-02). Rapport d'incident/accident. Gestionnaire des risques.
9. Fédération des médecins spécialistes du Québec. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux:mémoire présenté à la Commission des affaires sociales le 3 décembre 2002. Montréal:FMSQ;2002.
10. Québec.Code de déontologie des médecins. Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a.87 ; 2001, c. 78, a.6)
11. Feuille sommaire AH 109 2 (rév.98-10) ☐

# NORVASC\*

(bésylate d'amlopidine)

## Renseignements thérapeutiques

### NORVASC\*

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

### MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

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

### INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

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

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

### CONTRE-INDICATIONS

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

### MISE EN GARDE

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

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

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

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

### PRECAUTIONS

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

**Hypotension** – À l'occasion, **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) peut provoquer une crise hypotensive symptomatique. On recommande donc de surveiller de près la tension artérielle, particulièrement chez les patients qui ont des antécédents d'insuffisance vasculaire cérébrale et chez ceux qui prennent des médicaments dont on connaît l'effet hypotenseur. **Œdème périphérique** – À l'issue des essais cliniques, l'effet indésirable le plus courant a été un œdème périphérique léger ou modéré (voir la rubrique **LES EFFETS INDÉSIRABLES**). La fréquence de l'œdème périphérique s'est révélée proportionnelle à la dose; elle variait de 3 à 10,8 % dans la gamme posologique de 5 à 10 mg. On doit prendre soin de distinguer l'œdème périphérique des effets de l'aggravation d'un dysfonctionnement du ventricule gauche. **Administration en cas de grossesse** – Même si l'amlopidine n'a pas eu d'effet tératogène chez le rat ni chez le lapin, certains agents du groupe des dihydropyridines se sont révélés tératogènes chez l'animal. Chez le rat, on a observé que l'amlopidine prolonge la durée de la gestation et de la mise bas. On ne dispose d'aucune donnée clinique sur l'administration de **NORVASC** à des femmes enceintes. Donc, en cas de grossesse, on devrait administrer **NORVASC** seulement lorsque les bénéfices escomptés l'emportent sur les risques encourus par la mère et le fœtus. **Administration à la mère-nourrice** – On ne sait pas si l'amlopidine est excrétée dans le lait maternel chez l'humain. Étant donné que l'innocuité de l'amlopidine chez le nouveau-né n'a pas été établie, on déconseille d'administrer **NORVASC** aux mères qui allaitent. **Administration à l'enfant** – L'administration de **NORVASC** chez l'enfant n'est pas recommandée, car on n'a pas encore établi son innocuité ni son efficacité dans ce groupe d'âge. **Administration à la personne âgée** – Chez les patients âgés (> 65 ans), la clairance de l'amlopidine diminue, ce qui entraîne une hausse de l'ASC. Dans les essais cliniques, la fréquence des effets indésirables observés chez les patients âgés s'est révélée supérieure de 6 % environ à celle des patients plus jeunes (< 65 ans). Ces effets incluaient de l'œdème, des crampes musculaires et des étourdissements. On devrait donc faire preuve de prudence quand on administre **NORVASC** à des patients âgés. On recommande de régler la posologie en conséquence (voir la rubrique **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

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

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

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

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

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

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

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

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

**Etudes particulières** : Effet de **NORVASC** sur d'autres agents

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

## LES EFFETS INDÉSIRABLES

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

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

**Appareil cardiovasculaire** : œdème (8,9 %), palpitations (2 %), tachycardie (0,7 %), étourdissements

orthostatiques (0,5 %). **Peau et phanères** : prurit (0,7 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (0,5 %).

**Système nerveux central et périphérique** : céphalées (8,3 %), étourdissements (3 %), paresthésies (0,5 %).

**Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (3,1 %), diarrhée (0,9 %), sécheresse de la bouche (0,7 %).

**Fonctions psychiques** : somnolence (1,4 %). **Appareil digestif** : nausées (2,4 %), douleur abdominale (1,1 %), dyspepsie (0,6 %), constipation (0,5 %).

**D'ordre général** : fatigue (4,1 %), douleur (0,5 %).

**Angine de poitrine** – Dans les essais cliniques comparatifs où l'on a administré **NORVASC** à 909 angineux, on a rapporté des effets indésirables chez 30,5 % des patients. Ces effets ont nécessité l'arrêt du traitement chez 0,6 % des patients. Les effets les plus fréquents ont été l'œdème (9,9 %) et la céphalée (7,8 %). On a rapporté les effets indésirables suivants à une fréquence ≥ 0,5 % à l'issue du programme d'essais cliniques comparatifs (n = 909) :

**Appareil cardiovasculaire** : œdème (9,9 %), palpitations (2 %), étourdissements orthostatiques (0,6 %).

**Peau et phanères** : éruption cutanée (1 %), prurit (0,8 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (1 %).

**Système nerveux central et périphérique** : céphalées (7,8 %), étourdissements (4,6 %), paresthésies (1 %), hyposthésie (0,9 %).

**Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (1,9 %).

**Fonctions psychiques** : somnolence (1,2 %), insomnie (0,9 %), nervosité (0,7 %).

**Appareil digestif** : nausées (4,2 %), douleur abdominale (2,2 %), dyspepsie (1,4 %), diarrhée (1,1 %), flatulence (1 %), constipation (0,9 %).

**Appareil respiratoire** : dyspnée (1,1 %).

**Organes sensoriels** : troubles de la vision (1,3 %), acouphènes (0,6 %).

**D'ordre général** : fatigue (4,8 %), douleur (1 %), asthénie (1 %).

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

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

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

**Appareil digestif** : anorexie, constipation, dysphagie, vomissements et hyperplasie gingivale.

**D'ordre général** : réaction allergique, asthénie, lombalgie, bouffées vasomotrices, malaise, frissons et gain de poids.

**Appareil locomoteur** : arthralgie, arthrose, myalgie.

**Fonctions psychiques** : troubles sexuels (homme et femme), insomnie, nervosité, dépression, rêves étranges, anxiété et dépersonnalisation.

**Appareil respiratoire** : épistaxis.

**Peau et phanères** : prurit, éruption érythémateuse, éruption maculopapuleuse et érythème polymorphe.

**Organes sensoriels** : conjonctivite, diplopie, douleur oculaire et acouphènes.

**Appareil urinaire** : polyurie, troubles de la miction et nycturie.

**Système nerveux autonome** : sécheresse de la bouche et diaphorèse.

**Métabolisme et nutrition** : hyperglycémie, soif.

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

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

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

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

### SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

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

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

### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie doit être réglée en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement.

Pour l'hypertension et l'angine de poitrine, la dose initiale recommandée de **NORVASC** (bésylate d'amlopidine) est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter la dose après 1 ou 2 semaines jusqu'à la dose maximale de 10 mg, 1 fois par jour.

**Administration chez les patients âgés et dans les cas de dysfonction rénale** – La dose initiale recommandée chez les patients de plus de 65 ans et chez ceux qui souffrent d'une dysfonction rénale est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter progressivement la dose tout en surveillant de près l'état du malade (voir la rubrique **PRECAUTIONS**).

**Administration dans les cas de dysfonction hépatique** – On n'a pas établi la posologie du médicament chez les patients atteints d'une dysfonction hépatique. Quand on administre **NORVASC** à ces patients, on doit régler soigneusement la posologie en augmentant graduellement la dose en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement. On devrait songer à la possibilité d'amorcer le traitement avec une dose de 2,5 mg, 1 fois par jour (voir la rubrique **MISE EN GARDE**).

### PRESENTATION

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

### MODE D'ENTREPOSAGE

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

### REFERENCES

1. Monographie de **NORVASC**®, Pfizer Canada Inc., avril 2000.

2. Cross BW *et al.* A multicentre study of the safety and efficacy of amlodipine in mild to moderate hypertension. *BJCP* September/October 1993;47(5).

3. The Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations. *Perspectives in Cardiol* 2002;2:38-46.

4. Knight CJ *et al.* Amlodipine vs. diltiazem as additional antihypertensive treatment to atenolol. *Am J Cardiol* 1998;81:133-6.

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

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

**DÈS AUJOURD'HUI. POUR DEMAIN.**



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

TAS < 140  
TAD < 90

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

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

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

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

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

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

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



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

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

