fondée en 1872

Volume 111
Numéro 6
Juin 1982

L'Union Médicale du Canada

LA LOI 27

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

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

Tableau de l'insomnie

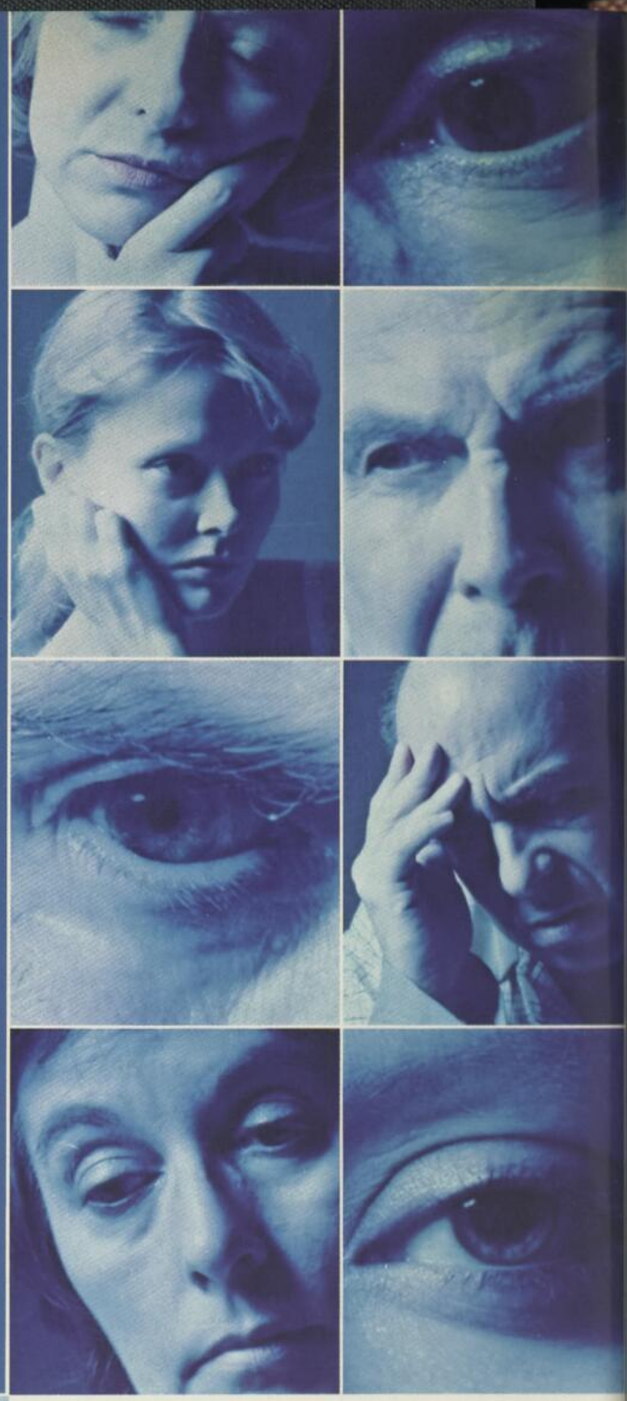


Tableau Halcion

(triazolam) hypnotique

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

Halcion COMPRIMÉS
(triazolam)

Là quand il en faut...[1]
disparu quand il n'en faut plus[2]

Renseignements thérapeutiques page 554

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

UN PRODUIT DE LA RECHERCHE Upjohn SUR LE SNC

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

8111 MARQUE DÉPOSÉE: HALCION CF 2552.1

PAAB CCPP ACIM

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

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

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

Une présence nationale et internationale

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

Des services sur mesure

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

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 111
Numéro 6
Juin 1982

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

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

Conseil de rédaction

Marcel Cadotte
Pierre-Maxime Bélanger
Monique Camerlain
Michel Copti
André Dupont
Michel Dupuis
Bernard Hazel
François Laramée

Équipe de rédaction

Marcel Cadotte, *rédacteur en chef*
Marcel Rochon, *rédacteur*
Jacques Tremblay, *rédacteur*
A. Normand Pilotte, *graphiste*
Gabrielle Faucher, *adjointe au rédacteur en chef*
Édouard Desjardins, *rédacteur en chef émérite*

Répertorié dans le Current Contents / Clinical Practice.

Collaborateurs

Paul-Marie Bernard
Georges Bordage
Pierre Boulanger
Martial Bourassa
Jacques Cantin
Claude Caron
Michel Chrétien
Francine Décary
Jacques-E. DesMachais
Camille Dufault
Robert Duguay
Jean-Jacques Ferland
J.-Mario Giroux
Jean-Gil Joly
René Lamontagne
Richard Leclaire
Christiane Mascrès
Louise A. Monday
Daniel Myhal
Pierre Rivest
Léon Tétreault
Gérard Tremblay
Maurice Verdy
Pierre Viens
Jean Wilkins

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

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

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

Publicité:
M. Gérald J. Long
directeur de la publicité,
L'Union Médicale du Canada,
1440, rue Ste-Catherine ouest,
suite 510, Montréal H3G 2P9
téléphone: (514) 866-2053

membre du ccab amm PAAB CCPP

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

ISSN 0041-6959

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

Ecostatin

L'OVULE QUI AGIT COMME UNE CRÈME

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

SQUIBB CANADA INC, 2365 CÔTE-DE-LIESSE, MONTRÉAL (QUÉBEC) H4N 2M7

SQUIBB

Renseignements thérapeutiques page 598

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 111
Numéro 6
Juin 1982

Notre page couverture

Conception et illustration photographiques de Cristine Lajeunesse et de Michel Dubreuil

Ce caducée médical est exceptionnel en ce sens qu'il a deux serpents. Il reproduit l'un des nombreux bas-reliefs extérieurs de la Clinique Laurier, Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, construite en 1932 sur le plateau Mont-Royal. Grâce à une astucieuse illusion photographique, ce symbole médical est enchâssé dans un cube de néon représentant un système hospitalier parmi d'autres dans l'univers de l'approche holistique.

Tribune éditoriale

L'Union Médicale et les courants de la pensée contemporaine 513
Marcel Cadotte

Dossier :

La loi 27 et la pratique médicale en milieu hospitalier

Introduction 515
Marc Berlinguet

La loi 27 et le système de santé québécois 518
Marc Beringuet

La loi 27, le nouveau marché médical et la distribution des médecins au Québec 523
David Levy et Yves Bergevin

La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle administration hospitalière au Québec 530
Pierre Duplessis, Serge Lecours et John Hoey

La loi 27 et les nouveaux outils d'évaluation médicale au Québec 541
John Carsley et Pierre Tousignant

Communications

La sclérodermie juvénile 546
Michèle Girouard, Claude Paré et Monique Camerlain

La calcinose tumorale : à propos d'une observation avec étude histologique et ultrastructurale 552
Nicolas Mandalenakis

Articles originaux

Etude comparative à double insu du phosphate de clindamycine topique, du chlorhydrate de tétracycline per os et d'un placebo dans le traitement de l'acné vulgaire modérée à sévère 559
S. Guertin-Larochelle, G.P. Raymond, D. Gratton, J. P. Collins et P. Gaudreau

Etude comparative des prostaglandines synthétiques et naturelles pour l'induction du travail 563
Jacques Lorrain, Louis Beaumont, Gilles Desaulniers et René Chemaly

Evaluation du fin contrôle neuromusculaire dans la dystrophie musclaire progressive de Duchenne
I. Une étude fondamentale et clinique en réadaptation de dix patients non-ambulants 569
Thérèse Simard

Formation médicale continue

Prévalence de l'obésité chez les femmes post-ménopausées traitées avec des oestrogènes 579
M. Verdy, C. Morin et E. Bolté

Correspondance

Lettre au rédacteur 582
Roger Mousseau

Documents et réflexions

L'assurance-maladie au Québec : les objectifs de la profession médicale et de la société
I. les objectifs de la profession médicale 584
Guy Rivard

Feuille volante

La force de L'Union (morceaux choisis, 1873) 596

Revue de livres 545

Bulletin de l'association des médecins de langue française du Canada 601

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS

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

1. Tout candidat doit soumettre une demande d'évaluation préliminaire de sa formation.

2. Les candidats qui poursuivent leur formation au Canada doivent soumettre cette demande un an à l'avance de la tenue des examens auxquels ils désirent se présenter, c'est-à-dire avant le 2 septembre de l'année précédente.
Les candidats qui ont poursuivi toute ou une partie de leur formation hors du Canada doivent soumettre leur demande initiale d'évaluation au moins 18 mois à l'avance de la tenue des examens auxquels ils désirent se présenter, c'est-à-dire avant le 2 mars de l'année précédente.
Seuls les candidats dont l'évaluation des titres et qualités a été complétée seront acceptés à l'examen.

3. Les candidats dont la formation a été évaluée tel que décrit ci-dessus et qui désirent se présenter aux examens devront en informer le Collège, par écrit, avant le 1er février de l'année de l'examen. Sur réception de cet avis, l'évaluation de la performance du candidat en cours de formation sera ajoutée à l'évaluation des titres et qualités déjà complétée. Chaque candidat recevra par la suite un avis sur l'égibilité de sa demande et il recevra aussi une formule d'inscription si la réponse est favorable.

4. Les documents suivants sont disponibles au bureau du Collège:

   a) les formules de demande d'évaluation de la formation;

   b) le livret "Renseignements généraux et règlements concernant les normes de formation et les examens";

   c) les feuillets décrivant les règlements et normes de formation relatifs aux examens pour chaque spécialité. Les candidats doivent mentionner la ou les spécialités qui les intéressent;

   d) le livret "Programmes de formation spécialisée agréés par le Collège Royal".

5. Toute demande doit être adressée comme suit:

Bureau de formation et de l'évaluation

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

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

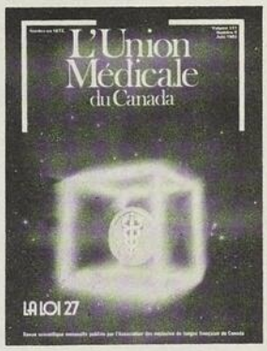
fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 111
Numéro 6
Juin 1982

Our front cover

This exceptional medical caduceus has two snakes. It is a reproduction of those ingraved on the exterior stones of the Clinique Laurier, Département de Santé communautaire of the Montreal General Hospital. This clinic was built in 1932 East of Mont Royal.
An optical illusion allows this medical symbol to be enchased inside a neon structure. The cube represents an hospital *"milieu"* in the midst of an holistic universe.



Conception and Photography of Cristine Lajeunesse and Michel Dubreuil.

Editorial

L'Union Médicale and the Trends of Modern Thought 513
Marcel Cadotte

Special Feature :

Bill 27 and Medical Practice in Hospital

Introduction 515
Marc Berlinguet

Bill 27 and the Quebec Health Care System .. 518
Marc Berlinguet

Bill 27, the New Medical Market and the Physician Allocation in Quebec 523
David Levy and Yves Bergevin

Bill 27 and the Chief of the Clinical Department : Towards a New Hospital Administration in Quebec 530
Pierre Duplessis, Serge Lecours and John Hoey

Bill 27 : New Tools for Medical Evaluation in Quebec 541
John Carsley and Pierre Tousignant

Communications

Juvenile Scleroderma 546
Michèle Girouard, Claude Paré and Monique Camerlain

A Case of Tumoral Calcinosis with Light and Ultrastructural Study 552
Nicolas Mandalenakis

Original Articles

A Double-Blind Comparison of Topical Clindamycin Phosphate, Oral Tetracycline Hydrochloride and Placebo in the Treatment of Patients with Moderate to Severe Acne Vulgaris 559
S. Guertin-Larochelle, G.P. Raymond, D. Gratton, J.P. Collins and P. Gaudreau

A Comparative Study of Synthetic and Natural Prostaglandines for Labour Induction 563
Jacques Lorrain, Louis Beamont, Gilles Desaulniers and René Chemaly

Évaluation of Neuromuscular Control in Duchenne's Dystrophy — 1st part : A Basic and Clinical Study on Readaptation on Ten Non-Ambulatory Patients 569
Thérèse Simard

Continuing Medical Education

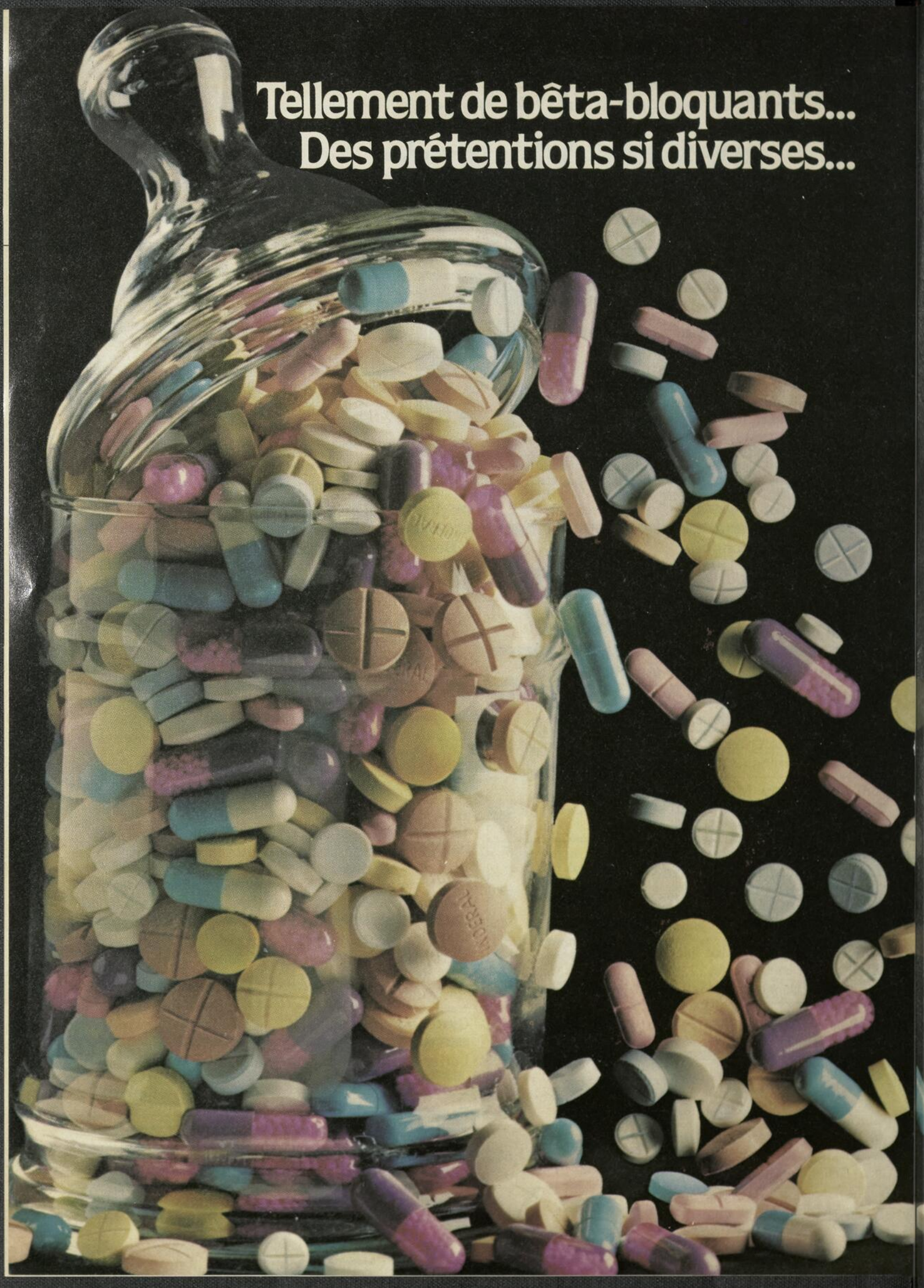
Prevalence of Obesity in Post Menopausal Women Treated with Oestrogens 579
M. Verdy, C. Morin and E. Bolté

Correspondence

Letter to the Editor 582
Roger Mousseau

Facts and Thoughts

National Health Insurance in Quebec : Objectives of the Medical Profession and Society. First Part 584
Guy Rivard


Tellement de bêta-bloquants...
Des prétentions si diverses...

INDÉRAL*-LA

Une fois par jour

Simplifie le choix

INDÉRAL-LA, à raison de 160 mg par jour, possède un effet clinique analogue à celui de quatre doses par jour de propranolol à 40 mg espacées de façon idéale.

(chlorhydrate de propranolol)

GÉLULES À LIBÉRATION PROGRESSIVE POUR ASSURER UNE PROTECTION ININTERROMPUE

LABORATOIRES AYERST
Division de Ayerst, McKenna & Harrison, Inc.
Montréal, Canada

Il n'y a pas de substitut pour la qualité

Ayerst

INDÉRAL-LA est conçu pour le traitement d'entretien chez les sujets qui prennent des doses de 160 ou 320 mg par jour.

Une monographie du produit est délivrée sur demande.

Fabrication canadienne selon accord avec IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

CCPP ACIM

*marque déposée 2931

Renseignements thérapeutiques page 512

INDÉRAL*-LA

(chlorhydrate de propranolol)

gélules de 160 mg à libération progressive

Agent anti-angineux et antihypertensif

Actions
INDÉRAL-LA est une formule spéciale de chlorhydrate de propranolol qui consiste en gélules remplies de granules de substance active revêtus d'une pellicule à libération progressive.

Indications
Traitement d'entretien de l'hypertension et prophylaxie de l'angor.
Dans l'hypertension, le chlorhydrate de propranolol est ordinairement utilisé en association avec d'autres médicaments, particulièrement un diurétique thiazidique. Il peut cependant être administré seul ou à titre de traitement d'attaque chez certains malades qui, selon l'opinion du médecin, doivent recevoir d'abord un bêta-bloquant plutôt qu'un diurétique. INDÉRAL-LA s'est révélé compatible en association avec un diurétique thiazidique ou un vasodilatateur périphérique et celle-ci est généralement plus efficace qu'INDÉRAL-LA seul. Les expériences avec les autres agents antihypertensifs d'usage courant n'ont révélé aucune incompatibilité.
On doit toujours utiliser les comprimés ordinaires en début de traitement et dans l'établissement de la posologie individuelle. La formule à action prolongée peut servir au traitement d'entretien pourvu qu'elle convienne aux exigences de la posologie indiquée.
INDÉRAL-LA ne doit pas être utilisé dans le traitement d'urgence des crises d'hypertension.

Contre-indications
INDÉRAL-LA (chlorhydrate de propranolol) est contre-indiqué en présence des circonstances suivantes:
1) bronchospasme ou asthme
2) rhinite allergique au cours de la saison pollinique
3) bradycardie sinusale et bloc cardiaque du second ou du troisième degré
4) choc cardiogène
5) défaillance du ventricule droit secondaire à l'hypertension pulmonaire
6) insuffisance cardiaque (voir la MISE EN GARDE)

Mise en garde
Insuffisance cardiaque
La stimulation sympathique demeure un élément vital de la fonction circulatoire en présence d'insuffisance cardiaque; en conséquence, l'inhibition par blocage bêta-adrénergique représente un risque puisqu'elle peut accentuer la dépression de la contractilité myocardique et précipiter un arrêt cardiaque. INDÉRAL-LA agit de façon sélective sans abolir l'action inotrope de la digitale sur le muscle cardiaque (c'est-à-dire qui consiste à entretenir la force des contractions myocardiques). Chez les sujets qui reçoivent de la digitale, l'action inotrope positive de cette substance peut réduire l'effet inotrope négatif d'INDÉRAL. Les effets d'INDÉRAL et de la digitale s'additionnent dans la dépression de la conduction auriculo-ventriculaire.
En l'absence d'antécédents d'insuffisance cardiaque
Le maintien de la dépression du myocarde pendant une période de temps, risque, chez certains sujets, de mener à la défaillance cardiaque. Dans de rares cas, ce phénomène s'est produit à l'administration d'INDÉRAL. En conséquence, au premier symptôme d'insuffisance cardiaque, on doit administrer de la digitale et un diurétique au besoin et observer la réponse du sujet: a) si l'insuffisance cardiaque persiste, en dépit de la digitalisation et de l'administration de diurétique, on doit interrompre INDÉRAL-LA immédiatement; b) si la tachyarythmie est maîtrisée, continuer avec INDÉRAL-LA et le diurétique et surveiller de près jusqu'à ce que le risque de défaillance cardiaque soit passé.
Interruption brusque d'INDÉRAL en présence d'angine de poitrine
On a rapporté des exacerbations graves de l'angine de poitrine et la survenue d'infarctus du myocarde chez certains angineux lors d'interruption brusque d'INDÉRAL. Par conséquent, lorsqu'on envisage le retrait d'INDÉRAL-LA, dans ces cas, on doit réduire la posologie graduellement pendant au moins deux semaines et observer de près le malade. On procède, en substituant à INDÉRAL-LA la posologie équivalente en comprimés INDÉRAL de 40 mg administrés en prises égales au cours de la journée puis on réduit graduellement la dose. Dans les situations très urgentes, réduire de la même façon, en paliers, les doses d'INDÉRAL-LA, pendant quatre jours et sous stricte observation. Si l'angor s'aggrave, ou que survient une insuffisance coronaire aiguë, on recommande de reprendre promptement le traitement avec INDÉRAL ordinaire, au moins temporairement. De plus, les sujets atteints d'angor doivent être avertis du danger de l'interruption brusque d'INDÉRAL-LA.
Syndrome oculomucocutané
Diverses formes d'érythème et un xérosis conjonctival ont été rapportés chez les sujets traités aux bêta-bloquants, y compris INDÉRAL. Un syndrome oculomucocutané grave dont les signes comportent une conjonctivite sèche et un érythème pseudo-psoriasique, une otite et une sérosite sclérosante a été rapporté à l'usage au long cours d'un agent bêta-bloquant. Ce syndrome n'a jamais été observé avec INDÉRAL, cependant, les médecins doivent être au fait de la possibilité qu'il se produise et, le cas échéant, ils doivent interrompre le traitement.
En présence de thyrotoxicose
Les effets pouvant survenir suite à l'administration au long cours d'INDÉRAL n'ont pas encore été évalués à fond. On doit considérer particulièrement le risque qu'INDÉRAL déclenche une insuffisance cardiaque. De plus, INDÉRAL-LA peut masquer les signes cliniques d'une hyperthyroïdie naissante ou en évolution ou les complications qui en résultent et donner une fausse impression d'amélioration. En conséquence, l'interruption brusque d'INDÉRAL-LA peut entraîner l'exacerbation des symptômes d'hyperthyroïdie, y compris une crise aiguë thyroïdienne. Ce peut être là un autre cas où INDÉRAL-LA doit être interrompu lentement par la diminution des prises. INDÉRAL ne fausse pas les résultats des épreuves de la fonction thyroïdienne.
Chez les sujets porteurs du syndrome de Wolff-Parkinson-White
On doit administrer INDÉRAL-LA avec circonspection puisque dans plusieurs cas, une bradycardie grave exigeant l'usage d'un entraîneur électrosystolique a fait suite à la tachycardie. Chez un malade, ce phénomène s'est produit après une dose d'attaque de 5 mg d'INDÉRAL.
Chirurgie urgente ou non
Le cas des angineux traités avec des bêta-bloquants et qui subissent une chirurgie urgente ou non porte à la controverse puisque le blocage des récepteurs adrénergiques bêta gêne la faculté du cœur de répondre à la stimulation réflexe transmise par voie adrénergique; mais d'autre part, l'arrêt brusque du traitement par INDÉRAL peut entraîner de graves complications (voir MISE EN GARDE). Un certain nombre de malades, traités par les agents bloqueurs des récepteurs adrénergiques bêta, ont fait une hypotension grave et prolongée en cours d'anesthésie. On a aussi éprouvé parfois de la difficulté à faire rétablir et à conserver les contractions du coeur.
Pour ces raisons, chez les angineux qui subissent une intervention chirurgicale non urgente, on doit interrompre graduellement le traitement avec INDÉRAL-LA selon les recommandations du paragraphe "Arrêt brusque du traitement" (voir MISE EN GARDE). Il existe un bonne documentation concernant les effets cliniques et physiologiques du bêta-blocage, qui montre que ceux-ci ont disparu dans les 48 heures qui suivent le retrait du médicament.
En cas d'urgence chirurgicale, INDÉRAL-LA étant un inhibiteur compétitif des récepteurs agonistes bêta adrénergiques, ses effets sont susceptibles d'être renversés, si nécessaire, par des doses suffisantes de substances agonistes telles que l'isoprotérénol ou le lévartérénol.
L'anesthésie avec des agents qui maintiennent la contractilité cardiaque par libération des catécholamines, (comme l'éther) doit être évitée chez les sujets traités avec INDÉRAL-LA.
Chez les personnes sujettes aux bronchospasmes d'origine non allergique (la bronchite chronique, l'emphysème, la bronchiectasie par exemple)
On doit administrer INDÉRAL-LA avec circonspection puisqu'il risque d'empêcher la dilatation bronchique produite par la stimulation des récepteurs bêta-adrénergiques et par les catécholamines endogènes et exogènes.
Dans le diabète et l'hypoglycémie
INDÉRAL-LA, vu son activité bêta-bloquante, peut masquer les signes prémonitoires et les symptômes de l'hypoglycémie aiguë (changement de fréquence du pouls et de la tension artérielle). Il est particulièrement important de tenir compte de cet effet en présence de diabète instable. Les crises d'hypoglycémie peuvent s'accompagner d'une élévation subite de tension artérielle.
Grossesse
La sécurité d'INDÉRAL-LA chez la femme enceinte n'a pas été établie. Dans l'administration de quelque médicament que ce soit pendant la grossesse ou chez les femmes fécondes, on doit peser les risques possibles pour la mère et le fœtus et les avantages thérapeutiques qu'on attend du traitement. Certaines complications, telles que le retard de croissance intra-utérine ou le défaut de croissance du placenta ont été rapportées chez quelques femmes enceintes traitées avec INDÉRAL. Par ailleurs, quelques nourrissons de femmes traitées faisaient de l'hypoglycémie ou de la bradycardie à la naissance.
Chez les enfants
Les expériences chez les enfants de moins de 12 ans sont limitées, mais les indications à l'usage d'INDÉRAL-LA surviennent rarement chez les enfants; d'autre part, bien qu'il n'existe pas de preuve que les enfants réagissent différemment des adultes, on ne recommande pas moins aux médecins de procéder avec circonspection dans le traitement des enfants.

Précautions
Le ralentissement du cœur par suite de l'activité vagale non opposée est relativement fréquent chez les sujets traités avec INDÉRAL-LA; cependant, à l'occasion, une bradycardie grave se produit et elle peut causer des vertiges, des lipothymies ou de l'hypotension orthostatique. Les malades dont la réserve cardiaque est limitée doivent être surveillés pour dépister les manifestations de bradycardie excessive. S'ils deviennent symptomatiques, la dose d'INDÉRAL doit être diminuée ou, au besoin, le traitement doit être interrompu. S'il devient impératif de corriger la bradycardie, on doit recourir à l'atropine ou à l'isoprotérénol intraveineux.
L'association d'INDÉRAL et d'un diurétique thiazidique et d'un vasodilatateur périphérique produit une baisse plus marquée de la tension artérielle qu'une ou l'autre des substances isolément. Ce phénomène survient fréquemment quelle que soit la séquence choisie pour l'administration des trois agents. Le même taux de tension artérielle peut être obtenu en administrant chaque médicament en prises plus faibles que celles qui sont ordinairement recommandées. Il faut donc, lorsqu'on utilise l'association de médicaments, surveiller le malade de près jusqu'à stabilisation de sa tension.
Si le malade reçoit de la réserpine ou de la guanéthidine qui épuisent ses catécholamines, on doit le garder en observation si on administre INDÉRAL-LA simultanément. Le blocage additionnel de celles-ci peut produire une réduction excessive du tonus sympathique au repos.
Chez les sujets en traitement au long cours avec INDÉRAL-LA, on doit procéder à intervalles réguliers aux déterminations d'usage en laboratoire. Le médicament doit être administré avec circonspection en présence de lésion de la fonction hépatique ou rénale.

Effets indésirables
Les plus sérieux effets indésirables causés par INDÉRAL sont l'insuffisance cardiaque et le bronchospasme. Certains troubles gastro-intestinaux tels qu'anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, coliques sont les réactions indésirables les plus fréquentes. On a aussi rapporté, mais plus rarement (selon l'ordre de leur fréquence), la froideur des extrémités et l'exacerbation de la maladie de Raynaud; l'insuffisance cardiaque, les troubles du sommeil, notamment les cauchemars, les étourdissements, la fatigue et les bronchospasmes. (Pour renseignements complets concernant les effets indésirables, consulter la monographie délivrée sur demande).

Symptômes et traitement de l'intoxication
La littérature médicale fait état de plusieurs cas de tentative de suicide avec INDÉRAL. Dans la plupart d'entre eux, d'autres agents, dont l'alcool, étaient aussi en cause. Il y eut un décès, celui d'un sujet qui aurait ingéré 3600 mg d'INDÉRAL.
D'autre part, on a rapporté la survie de plusieurs personnes qui ont ingéré des doses uniques plus élevées encore.
Les symptômes de surdosage sont la bradycardie, l'hypotension, le bronchospasme et l'insuffisance cardiaque aiguë. En cas d'intoxication, on doit interrompre l'administration d'INDÉRAL et suivre le malade de près. On suggère de plus d'adopter les mesures thérapeutiques suivantes:
Bradycardie: Administrer de l'atropine en paliers de 0,6 mg. En l'absence de réponse au blocage vagal, donner de l'isoprotérénol en procédant avec circonspection.
Insuffisance cardiaque: Administrer de la digitale et des diurétiques.
Hypotension: Donner des vasopresseurs, par exemple, du lévartérénol ou de l'épinéphrine. (Il semblerait que l'épinéphrine soit le traitement de choix).
Bronchospasme: Traiter avec l'isoprotérénol et l'aminophylline.

Posologie et mode d'administration
INDÉRAL-LA (chlorhydrate de propranolol) est destiné au traitement d'entretien chez les malades dont l'état requiert 160 ou 320 mg par jour. On doit toujours utiliser les comprimés ordinaires en début de traitement et dans l'établissement de la posologie individuelle. INDÉRAL-LA peut être préféré en traitement d'entretien à cause de la commodité de l'administration une fois par jour. Les angineux et les hypertendus qui prennent 160 ou 320 mg par jour répartis au cours de la journée peuvent passer à une ou deux gélules d'INDÉRAL-LA une fois par jour, le matin ou le soir.
Lorsque le malade est déjà traité avec un agent antihypertensif et que le médecin y associe INDÉRAL, le traitement doit être instauré avec les comprimés ordinaires et selon la posologie recommandée. Lorsque la tension artérielle est suffisamment abaissée, on peut administrer les gélules INDÉRAL-LA en traitement d'entretien à condition qu'elles conviennent aux exigences de la posologie indiquée.
Dans le traitement de l'hypertension, une réduction supplémentaire de la tension artérielle peut être obtenue, au besoin, en ajoutant un diurétique ou un vasodilatateur périphérique au traitement. Cependant, l'addition d'un autre agent antihypertensif doit être graduel; on commence par 50% de la dose usuelle recommandée afin de prévenir une baisse excessive de la tension artérielle.

Présentation
N° 3472 — Chaque carton contient 2 plaquettes monoalvéolées de 14 gélules chacune. La gélule renferme 160 mg de chlorhydrate de propranolol.
Une monographie du produit est délivrée sur demande.

Il n'y a pas de substitut pour la qualité — Ayerst*

LABORATOIRES AYERST
Division de Ayerst, McKenna & Harrison Inc.
Montreal, Canada

Fabrication canadienne selon accord avec IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED
*marque déposée

CCPP MEMBRE ACIM

2635

Tribune éditoriale

Marcel Cadotte

L'Union Médicale et les courants de la pensée contemporaine

CE N'EST POINT LE CORPS DES
LOIS QUE JE CHERCHE, MAIS
LEUR ÂME
MONTESQUIEU, L'ESPRIT DES LOIS.

Nos lecteurs seront peut-être un peu surpris des articles d'actualité que nous leur offrons dans la présente livraison, sous forme d'un dossier consacré à la loi 27. A cause de l'incidence directe de cette loi sur la pratique médicale, l'Union Médicale a répondu favorablement à la demande du docteur Marc Berlinguet, du Comité d'organisation d'un récent colloque inter-universitaire sur certains aspects de la nouvelle loi, et a accepté de reproduire les débats survenus dans les différents ateliers de travail.

Sanctionnée par l'Assemblée Nationale, le 19 décembre 1981, cette loi modifie diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, puisqu'elle amende certains articles des lois sur l'assurance-maladie, sur les services de santé et les services sociaux et enfin sur la protection de la santé publique. Cette loi, comme les précédentes d'ailleurs, de par sa nature même, engendrera moult discussions dans la profession médicale. Mais toute discussion franche et productive présuppose une connaissance précise des données et de tous les éléments du sujet, sinon elle demeure stérile. C'est uniquement dans cet esprit que l'Union Médicale veut renseigner ses lecteurs et elle le fait d'une manière didactique. Ainsi, les articles pertinents de la loi qui se rapportent au système de santé québécois, à la répartition des médecins, au rôle nouveau des chefs de départements cliniques et à la gestion médicale, ont tous été photographiés et reproduits intégralement sous forme de tableaux, puis insérés dans les quatre textes que comprend ce dossier. Le lecteur s'y retrouvera facilement. Il aura devant les yeux et le texte de la loi et les commentaires des auteurs. Il pourra donc approuver ou rejeter les explications et les remarques qu'il lira en pleine connaissance du contenu de la loi.

Les conséquences probables, bonnes ou mauvaises, de l'application de cette loi, sont mises en lumière par la discussion. Il reste à la profession médicale d'en faire bon usage, de tenter d'en éclairer les points encore obscurs pour que le médecin retrouve cet amour du métier et le malade la confiance en son thérapeute, gage premier de sa guérison.

Depuis toujours, le médecin assiste l'homme dans sa naissance, dans sa maladie et dans sa mort. Agissant sur des actes essentiels et individuels de la vie, le médecin demeure toujours jaloux de cet individualisme qu'il partage avec son malade. Il s'en est toujours fait le défenseur malgré qu'on le lui ait reproché souvent. On semble aujourd'hui donner plus d'importance à cette relation médecin-malade battue en brèche, depuis quelques années par toutes sortes d'intervenants, surtout dans la pratique hospitalière. On remet maintenant au médecin, au chef de département et au Conseil des médecins et dentistes certaines responsabilités dont on aurait jamais dû les départir. Les administrateurs ne peuvent continuer d'ignorer l'incidence médicale de leurs décisions, prises souvent à l'insu des médecins et de leur Conseil.

L'Union Médicale est heureuse de donner à ses lecteurs l'occasion de réfléchir sur certains points de cette nouvelle loi.

Politique éditoriale

L'Union Médicale du Canada est un périodique mensuel scientifique dont la vocation principale est d'animer la communauté francophone nord-américaine. Ce médium est ouvert à toutes les disciplines de la santé. La rédaction invite tous les professionnels scientifiques à soumettre un matériel susceptible d'intéresser cette communauté.

Tout matériel publié a été approuvé par le Comité de lecture et le Conseil de rédaction de la revue. Les auteurs sont invités à préparer leurs écrits conformément aux conditions de publication et de façon à ce qu'ils s'intègrent au niveau de l'une des rubriques de la grille éditoriale. Cette grille représente la structure habituelle de notre table des matières, ce qui permet au lecteur de retrouver une organisation familière en sept sections. Chacune de ces sections poursuit des objectifs spécifiques qui se reflètent dans leurs contenus

1- *Dossier :* regroupement monothématique d'articles portant sur une question scientifique générale ou d'actualité.
2- *Formation médicale continue :* matériel à vocation andragogique destiné aux praticiens.
3- *Articles originaux :* information scientifique spécialisée et originale.
4- *Concepts nouveaux :* revues critiques de la littérature portant sur des sujets d'intérêt clinique ou fondamental.
5- *Documents et réflexions :* matériel d'intérêt général et de facture moins technique.
6- *Communications et correspondance :* observations cliniques ou travaux préliminaires, lettre à l'éditeur et commentaires des lecteurs.
7- *Tribune éditoriale :* commentaires de la rédaction et prises de position éditoriales.

Tout article publié dans L'Union Médicale du Canada demeure la responsabilité entière de ses auteurs et n'engage en rien la revue.

Conditions de publication

Les manuscrits,

dactylographiés à double interligne sur un seul côté du papier avec une marge minimum de 4 cm, doivent être soumis en deux exemplaires. L'original et la copie doivent être complets et comprendre le texte, les légendes, les tableaux, les références de même que les figures qui doivent être imprimées sur papier glacé. Les articles doivent être inédits et complétés par un résumé d'au plus 150 mots rédigé en français et en anglais sur deux feuilles séparées.

Auteurs et titres :

Sur une feuille séparée, donner un titre en français et en anglais qui comporte chacun moins de 75 caractères. On peut ajouter un sous-titre d'au plus 150 caractères. Suivent le nom de(des) auteur(s) prénom(s).

Bas de page :

Sur la page titre, indiquez (A) un court texte (350 espaces) indiquant l'origine de l'article et l'organisme subventionnant ; (B) un renvoi donnant l'affiliation institutionnelle de chaque auteur ; (C) le nom, la qualification et l'adresse de l'auteur principal à qui les demandes de tirés à part devront être envoyées ; (D) la clé des abréviations.

Tableaux :

Chaque tableau doit être dactylographié à double interligne, un par feuille, être numéroté en chiffres romains et porter une courte légende suffisamment explicite permettant une interprétation instantanée qui n'oblige pas le lecteur à se référer au texte pour comprendre l'essentiel.

Illustrations :

Les dessins et graphiques doivent être dessinés professionnellement, tracés à l'encre noire (de Chine), photographiés et imprimés sur papier glacé. Le lettrage devra être assez grand pour demeurer visible une fois réduit sur 5.5 cm (13 picas) ou sur 8.4 cm (20 picas) en largeur. Chaque illustration doit porter, au verso, sur étiquette pré-encollée, (A) le numéro de la figure, (B) le nom de l'auteur et (C) une indication pour le haut de la figure. Les microphotographies devraient poter un marqueur interne. Les photographies de patients seront masquées à moins d'être accompagnées d'un consentement écrit permettant de les rendre tel quel. Les légendes devront être dactylographiées à double interligne sur une feuille à part et être précédées de leur numéro correspondant.

Bibliograhie :

Les références doivent être numérotées par ordre de citation. Celles apparaissant dans les illustrations et les tableaux recevront un numéro séquentiel suivant l'endroit où ceux-ci sont mentionnés dans le texte. La bibliographie doit être rédigée selon les normes de l'Index Medicus et se limiter aux plus importantes. Par exemple : Lévesque, H. P., Sylvestre, J., Dusseault, R. G. et coll. : La tomographie axiale assistée d'ordinateurs dans l'évaluation des glandes surrénales. Union Méd. Canada, 1978 ; 107 : 1063-1069. Un maximum de 30 références sera publié de façon habituelle.

Frais de publication :

L'Union Médicale du Canada assume les frais de deux (2) illustrations (clichés ou tableaux) pour chaque article ; tout supplément est aux frais de l'auteur. Les tirés à part sont aux frais de l'auteur et doivent être commandés sur le papillon qui accompagne les épreuves.

Comité de lecture :

L'acceptation ou le refus des manuscrits relèvent du Conseil de rédaction et de son Comité de lecture. Aucun changement ne sera fait sans le consentement de l'auteur.

Responsabilités :

Tout article publié dans L'Union Médicale du Canada demeure la responsabilités de ses auteurs et ne doit pas être considéré comme engageant la politique générale de L'Union Médicale du Canada.

L'Abonnement :

Est de cinquante dollars par anée (U.S.A. 60 $; autres, 65 $). Les membres actifs en règle de l'Association des médecins de langue française du Canada sont considérés comme abonnés. Tarif étudiant : 15 $.

La loi 27 et la pratique médicale en milieu hospitalier *Introduction*

Marc Berlinguet[1]

Le chapitre 27 des lois du Québec, voté en troisième lecture le 19 décembre 1981, cristallise certaines tendances du système de santé québécois au début de la décennie '80.

Un colloque fut organisé, le 5 mars 1982, à l'hôtel Parc Régent de Montréal afin de discuter les conséquences qu'aura la loi 27 sur la pratique médicale en milieu hospitalier. Une cinquantaine de personnalités du domaine de la santé du Québec et de spécialistes en santé communautaire des quatre universités québécoises ont participé aux discussions de cette journée (Tableau I). Dans l'évaluation de la rencontre,[1] la majorité d'entre-eux firent part de l'intérêt que pourraient avoir ces délibérations pour un public élargi.

Dans les quatre articles de cette livraison de l'Union Médicale du Canada, nous tenterons donc de rapporter et d'analyser les points importants découlant de l'outil dont s'est ici doté le Gouvernement du Québec par son ministre de la Santé, l'honorable Pierre-Marc Johnson. Pour ce colloque, la méthode de discussion retenue était celle du "brainstorming" ou "remue-méninges".

Trois ateliers discutant les articles importants de la loi 27 furent tenus simultanément le matin et répétés l'après-midi. Un atelier visa particulièrement les articles concernant le marché médical,[2] un deuxième les modifications apportées à l'administration hospitalière[3] et enfin un troisième toucha les nouveaux outils de gestion et d'évaluation de la pratique médicale intra-hospitalière.[4]

La taille réduite des groupes de participants, au maximum 15 personnes, et l'ambiance détendue de la rencontre contribuèrent à faciliter la discussion. Trois paires de spécialistes en santé communautaire (un résident et un superviseur) agirent comme modérateurs des ateliers. Ceux-ci avaient aussi préparé la documentation pertinente aux discussions de chaque atelier et ont synthétisé les discussions de leurs ateliers respectifs afin de les présenter à tout le groupe à la fin de la journée.

La section "résultats" des trois articles sur les articles de la loi 27 résume les discussions de chaque atelier[2,3,4]. Les auteurs présentent dans la section "discussion" leurs idées personnelles sur leurs sujets respectifs.

Dans le premier article qui suit, nous résumons et commentons les idées majeures des deux conférenciers invités pour encadrer les discussions de cette journée dans un tableau plus large de l'évolution du système de santé québécois.

Le tableau II illustre les principaux articles de la loi 27 discutés lors du colloque.

1) M.D., membre du comité d'organisation. Autres membres du comité d'organisation : les docteurs Y. Bergevin, J. Carsley, P. Duplessis, J. Hoey, D. Levy, S. Lecours, P. Tousignant, département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, département d'épidémiologie et santé, Université McGill, Montréal.

Article reçu le *8.4.82*
Avis du comité de lecture le : *23.4.82*
Acceptation définitive le : *28.4.82*

remerciements

Nous remercions Mlles Carole Lauzier et Mireille Paradis, ainsi que l'Hôtel Parc Régent de Montréal sans le support de qui ce colloque n'aurait pas été aussi réussi.

bibliographie

1.Évaluation du colloque Parc Régent 1982 : Référence D.S.C. — Hôpital général de Montréal. Disponible sur demande.

2.Levy D., Bergevin Y. : La loi 27, le nouveau marché médical et la distribution des médecins au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 523.

3.Duplessis P., Lecours S., Hoey J. : La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle administration hospitalière au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6).

4.Carsley J., Tousignant P. : La loi 27 et les nouveaux outils de gestion médicale au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 541.

5.Berlinguet M. : Juin 1982. La loi 27 et le système de santé au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 518.

Tableau I

Liste des participants au séminaire inter-universitaire sur la loi 27 et le médecin en pratique hospitalière, qui a eu lieu le 5 mars 1982.

Adrien, Alix
Résident II
En médecine familiale
Hôpital Général de Montréal

Albert, Jean-Marie
Vice président
F.M.S.Q.

Allard, Pierre
Assistant au chef
DSC Hôpital du Sacré-Coeur
Montréal

Aquin, François
Avocat
Consultant
F.M.S.Q.

Aubin, Alain
Adjoint administratif
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal

Battista, Renaldo
Chercheur
Centre W.K. Kellogg pour études supérieures,
Soins de première ligne.
Hôpital Général de Montréal

Barkun, Harvey
Directeur général
Hôpital Général de Montréal

Bélanger-Bonneau, Hélène
Résident II
Santé communautaire

Bergevin, Yves
Coordonnateur
de la première ligne
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal
Professeur Adjoint
Université McGill

Berlinguet, Marc
Consultant
en santé communautaire
Hôpital Général de Montréal

Bois, Marc-André
Secrétaire
Association des conseils des
médecins et dentistes du Québec

Cardinal Claudette
Étudiante au doctorat
Université du Québec
à Montréal

Carsley, John
Coordonnateur
du programme des assauts sexuels
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal

Comeau, Yvan
Résident II
En santé communautaire
Centre Hospitalier Universitaire
de Sherbrooke

Cruess, Richard
Doyen
de la Faculté de Médecine
Université McGill

Cushman, Robert
Résident
en santé communautaire
Université McGill

Desrosiers, Gilles
Directeur général adjoint
F.M.O.Q.

Douville-Fradet, Monique
Consultant
en santé communautaire
D.S.C.
Hôpital de l'Enfant-Jésus

Dufresne, Jacques
Éditeur
Traité d'anthropologie médicale
Institut Québécois de recherche
sur la culture

Duplessis, Pierre
Chef Adjoint
D.S.C.
Hôpital Charles-Lemoyne

Duval, Michel
Résident II
en santé communautaire
Université de Montréal

Farah-Lajoie, Claude
Président
Association des conseil des
médecins et dentistes du Québec

Fournier, Nicole
Avocate
Bureau du contentieux
F.M.O.Q.

Garon, Gaétan
Direction de la santé
communautaire
Ministère des Affaires sociales

Gauthier, Lise
Résident IV
en santé communautaire
Centre Hospitalier Universitaire
de Sherbrooke

Gayton, David
Chef
département de gériatrie
Hôpital Royal-Victoria

Gosselin, Roger
professeur adjoint
Faculté d'administration
Université McGill

Girard, Jacques
Conseiller médical
du D.S.C. et du C.L.S.C.
de Rimouski

Grimard, Michel
Consultant
en santé communautaire
D.S.C.
Centre Hospitalier Universitaire
de Sherbrooke

Hoey, John R.
Chef
D.S.C:
Hôpital Général de Montréal
Prof. Agr. au dép. de médecine
Université McGill
Prof. agr. au dép. d'épidémiologie
et de la santé
Université McGill

Jacques, Louis
Résident IV
en santé communautaire
Université de Montréal

Labelle, Jacques

Lecours, Serge
Résident IV
en santé communautaire
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal

Lessard, Richard
Chef
D.S.C.
Cité de la Santé de Laval

Levy, David
Résident III
en santé communautaire
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal

Maguire, Robert
Chef
D.S.C.
Rimouski

O'Seasohn, Robert
Directeur
Département d'épidémiologie
Université McGill

Pineault, Raynald
Directeur
Dép. de l'administration de la
santé
Université de Montréal

Pronovost, Robert
Résident II
D.S.C.
Centre Hospitalier Universitaire
de Sherbrooke

Richer, Clément
président
F.M.O.Q.

Rivard, Guy
Adjoint au doyen
Faculté de Médecine
Université de Montréal

Robitaille, Yvonne
Conseiller en recherche
D.S.C.
Hôpital Général de Montréal

Rochon, Jean
Doyen
Faculté de Médecine
Université Laval

Roy, Augustin
Président
Corporation Professionnelle des
Médecins du Québec

Sodestrom, Lee
Professeur
Dép. d'économie
Université McGill

Tousignant, Pierre
Coordonnateur
au programme de résidence
en santé communautaire
Université McGill

Tremblay, Jacques
Expert en évaluation
École de Pharmacie
Université Laval, Québec

Tremblay, Geneviève
Résident II
en santé communautaire
D.S.C.
Hôpital St-Luc

White-Guay, Brian
Résident III
en santé communautaire
Dispensaire Povungnituk
Québec

Tableau II

Les articles pertinents de la loi 27.

La loi 27 et le médecin en pratique hospitalière.

Atelier 1- Nouveau marché médical	**Articles**
Rémunération d'activités administratives	1
Rémunération	4
Boursiers	30
Plan d'effectifs	53, 89
Atelier II- Nouvelle administration hospitalière	**Articles**
Pouvoirs généraux du CRSSS	42
Pouvoirs spécifiques du CRSSS	43
Chefs de départements — cliniques	55
Directeurs généraux	76
Conseils des médecins et dentistes	78
Directeurs des services professionnels	81
Atelier III- Nouveaux outils d'évaluation médicale	**Articles**
Profils de pratique	20, 21, 22
Règles d'utilisation des ressources	55
Règles de soins médicaux	

La loi 27 et le système de santé québécois

Marc Berlinguet[1]

Résumé

La loi 27 concrétise un nouvel objectif de performance pour le système de santé québécois. La pratique médicale hospitalière sera d'abord régularisée : les concepts de l'autorité et d'une certaine souplesse d'interprétation devront y être respectés. L'application de la théorie systémique nous fait aussi comprendre la nécessité de rationaliser les ressources qu'on affecte aux soins médicaux à l'hôpital.

Les lois, au même titre que les fléaux ou les catastrophes, furent, de toute époque, des moteurs classiques d'améliorations en santé publique. Le chapitre 27 des lois du Québec en 1981 ne déroge pas à cette règle traditionnelle et concrétise des innovations pour l'organisation et la productivité du réseau des établissements hospitaliers québécois.

Dans le cadre du colloque sur la loi 27, organisé par le programme de résidence en santé communautaire de l'Université McGill et par le Département de santé communautaire (D.S.C.) de l'Hôpital général de Montréal, le 5 mars 1982, deux conférenciers prestigieux ont présenté leurs impressions respectives sur les perspectives de cette loi 27[1].

Nous résumons d'abord leurs commentaires le plus succinctement possible. Puis, nous élaborons une critique quant au contexte général de cette loi et notre démarche subséquente.

D'une réforme à l'autre

Jean Rochon inséra d'abord les recommandations de la Commission Castonguay dans le contexte économique et social des années 1970. Après avoir dressé un bilan de la réorganisation des services de santé depuis ce temps, il développa ensuite les moyens actuellement disponibles (dont la loi 27) pour poursuivre les objectifs amorcés par la réforme précédente.

En 1970, le but aura été d'améliorer la santé des québécois en poursuivant les objectifs généraux suivants :

1 — accessibilité économique, sociale et géographique
2 — participation des usagers
3 — intégration du concept de santé communautaire aux services médicaux traditionnels
4 — souci d'évaluation propre à rectifier les efforts des ressources impliquées.

Des outils institués pour répondre précisément à ces besoins : le Régime de l'assurance-maladie et la formation d'un plus grand nombre de médecins des deux sexes pour solutionner les problèmes d'accessibilité ; la participation accrue des usagers aux décisions des conseils d'administration des établissements pour faciliter une prise de décision démocratique ; la mise sur pied de conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) afin d'amorcer la décentralisation administrative, la régionalisation des services et les économies propres à l'institution d'un véritable réseau d'établissements ; la création des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) pour amorcer une approche holistique de la santé ; et enfin pour favoriser la rétroaction formative aux différents niveaux d'un système de santé ainsi réuni en réseau, la programmation par objectifs et une fonction recherche-évaluation des départements de santé communautaire (D.S.C) et du ministère des Affaires sociales (M.A.S.).

Mots-clés
Système de santé du Québec, performance/rendement, qualité des soins, hôpitaux, santé communautaire.

1) M.D., M.P.H., C.S.P.Q., Consultant en santé communautaire. Hôpitaux généraux de Montréal et du Lakeshore, CRSSS — 6A.

Article reçu le : *8.4.82*
Avis du comité de lecture le : *23.4.82*
Acceptation définitive le : *28.4.82*

Dix années après ces changements, on peut évaluer les objectifs visés et y adjoindre les moyens prévus par la loi 27.

L'objectif d'accessibilité aurait peut-être même "trop" réussi : l'inaccessibilité géographique à laquelle fait encore face la population et les ressources en santé des régions éloignées prend un relief d'autant plus dramatique que ces problèmes sont peu vécus dans les régions centrales.

La loi 27 vise, entre autres, à répartir plus également les médecins utilisant des mesures mixtes incitatives et coercitives, techniques auxquelles la plupart des pays en pareille situation ont dû recourir tôt ou tard. Si la loi n'aborde pas directement les problèmes d'une éducation médicale adéquate pour pratiquer subséquemment dans les régions éloignées, des solutions peuvent quand même y être apportées en dehors du contexte législatif[3].

La participation des usagers aux prises de décision est bien amorcée et la loi 27 confirme cette tendance. Il faut s'assurer que les preneurs de décision pensent en terme de population plutôt qu'en terme de clientèle spécifique d'établissement. Les CRSSS ont réussi à cet égard à imprimer un changement de mentalité bénéfique. Il est à souhaiter que cette tendance continue. L'objectif de décentralisation administrative est par ailleurs bien amorcé. Le rôle accru des CRSSS en fait foi, la loi 27 élargissant les pouvoirs spécifiques (Centre de coordination des urgences santé du CRSSS-MM par exemple).

Quant à l'évaluation des programmes, l'insuccès relatif de ce moyen s'explique par le peu de ressources jusqu'à maintenant impliquées : les D.S.C., dont c'était une partie du mandat privilégié au départ, ont dû surseoir ou négliger ces responsabilités pour donner des services directs et dépanner ainsi le modeste réseau des CLSC ; de plus, la formation d'un nombre suffisant d'experts en santé communautaire n'est pas encore adéquate.

La loi 27 tente justement de faciliter l'évaluation de la pratique médicale en définissant des responsabilités administratives appropriées (gestion des ressources par le chef de département clinique) et en définissant les outils qui seront utilisés pour y parvenir (règles de qualité de soins médicaux et dentaires, règles d'utilisation des ressources, profils de pratique individuels et collectifs des médecins ainsi que profils d'utilisation et caractéristiques des patients[4,5].

Si en 1970, l'un des objectifs principaux de la Réforme Castonguay était d'assurer l'accessibilité aux services médicaux, en 1981 la loi 27 vise à mieux intégrer les médecins au système de santé : leur répartition plus adéquate assurerait une meilleure accessibilité aux services médicaux pour toute la population ; et maintenant, ils deviennent responsables des ressources hospitalières qu'ils contrôlent et commandent de par leurs pouvoirs diagnostique et thérapeutique. Pour aider les médecins à jouer ces nouveaux rôles administratifs, l'expertise en évaluation des départements de santé communautaire devrait être mise à contribution.

Le juge ou la norme[6]

Avec ce titre qui s'inspire de celui du *Yogi et le commissaire*[7] et avec le titre de livre auquel une partie de son discours se rattache, *le Normal et le Pathologique*[8], Jacques Dufresne borne ainsi, par les permutations possibles des paires de mots de ces trois titres, un champ philosophique qu'il sillonnera dans sa présentation. Il tracera d'abord les distinctions appropriées entre le vrai et l'exact puis entre le normal et le pathologique. Fort de cet acquis, monsieur Dufresne nous montre de façon élégante que le médecin et le chef de département se doivent de posséder une autorité claire afin d'assumer *l'arbitraire ainsi érigé en concept de "règle"*.

Dans le cadre de la loi 27, des critères quantitatifs seront vraisemblablement utilisés pour élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des ressources des départements cliniques des centres hospitaliers. Malheureusement, ce mécanisme ne sera toujours qu'imparfait et approximatif. La quantification exacte a trop souvent priorité sur la qualification, pourtant seule à tenir compte des dimensions non exprimables du vrai. La valeur doit désormais se mettre à l'abri d'un chiffre pour avoir droit de cité. Les seules opinions qui comptent sont celles qui, précisément, peuvent être comptabilisées. Dans le contexte d'application de ces règles, il faudra donc s'assurer de l'implication appropriée de juges qui puissent interpréter ces données rigides et souvent quantifiées et y intégrer une notion qualitative de valeur. Comme l'affirmait déjà Platon, "c'est la pensée sage de l'homme royal qui a le mérite d'avoir préséance sur les lois".

Deuxième thème majeur de la présentation de monsieur Dufresne, celui-ci s'érige contre l'esprit positiviste qui prit forme, sous l'influence d'Auguste Comte et de Claude Bernard, dès le XIXe siècle. Par ceci, on entend que le pathologique et l'anormal ne constituent qu'une simple variation statistiquement éloignée de la moyenne des phénomènes physiologiques normaux. Cette position était conforme aux exigences de l'hypothèse déterministe, elle-même fondement de la science moderne ; pour pouvoir espérer expliquer le réel par des lois scientifiques, il fallait imaginer à sa base un tissu homogène, continu. Nous devons pourtant affirmer la relativité individuelle du normal biologique. Le principe exprimé par Canguilhem à ce sujet a des conséquences importantes : "La frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement".

René Dubos a souvent formulé la même idée à sa manière : chaque individu possède une faculté d'*adaptation utile* qui favorise les compensations pour ses insuffisances irréversibles tant physiologiques que mentales. L'évaluation de cette faculté d'*adaptation utile* nous donne une meilleure image de la santé des individus que la mesure de l'*adaptation homéostatique* (concept développé par Claude Bernard) qui ramène le sujet à son état antérieur et mesure ainsi la santé de cette personne à son écart vis-à-vis la moyenne quant au paramètre étudié. Cette appréciation de l'*adaptation utile* ne pourra être que subjective, car nous ne possédons pas les connaissances pour la juger sous tous ses aspects. De là l'importance de laisser une certaine latitude au médecin dans l'exercice de cet art de juger la santé des individus, tel que la société l'a habilité à faire. Et aussi à favoriser l'intuition et la créativité qui souscrivent souvent à une "norme" déviante.

Ceci introduit le troisième grand thème de sa présentation, soit la nécessité d'assumer l'arbitraire plutôt que de permettre une irresponsabilité déguisée en objectivité quantifiée. Pour nous donner les juges-orchestre dont nous avons besoin, il faudra que nos facultés de médecine se soucient un peu plus de la fonction générale des méde-

cins ; et il faudra que la société laisse aux médecins l'autorité nécessaire pour qu'ils puissent assumer leurs décisions. Ces commentaires s'appliquent ici de façon plus particulière aux chefs de département auxquels la loi 27 donne une responsabilité de contrôle de la pertinence des actes médicaux en fonction de critères d'efficacité et de rendement. S'ils en ont l'autorité, de par leur propre jugement qui intègre des valeurs non exprimables, ils pourraient souvent mieux décider qu'il ne le serait possible en se basant surtout sur des règles prescrites et administrées par une kyrielle d'intervenants aux intérêts disparates.

Commentaires

La loi 27

La loi 27 confirme indéniablement pour le réseau des centres hospitaliers du Québec un objectif de performance en regard de la pratique médicale.

Comme tout administrateur d'industrie, les responsables du système de santé québécois ont misé sur des techniques classiques pour accroître la rentabilité de leur entreprise. Adapté au milieu hospitalier, on confie donc la "gérance" de la production au chef de département clinique, on développe des outils de contrôle de la qualité et d'utilisation efficiente des ressources par ces fameuses règles de l'article 55.

Quant aux travailleurs spécialisés que sont les médecins praticiens, on les invite à la cogestion de ces tentatives d'une manière qui reste à déterminer par négociation et par règlement.

Comme il aura été noté plus haut, la mécanique de cette réglementation nouvelle devra certes éviter les pièges d'une rigidité excessive, rester souple et garder un niveau adéquat d'humanisation. La ligne d'autorité qui permettra la meilleure application de ces concepts devra enfin être claire et directe autant que possible.

Quant au bon *juge* que devra être le chef de département clinique, l'on peut relier les concepts limitatifs utilisés par monsieur Dufresne pour dresser son portrait-type : celui-ci aura déjà été probablement simple *commissaire* appliquant la *norme* ainsi érigée en règle qui définit le *normal* à partir de la moyenne, yogi s'il aura discipliné sa physiologie *pathologique* et élevé sa conscience au niveau métaphysique et enfin, si tout cela lui réussit, il apparaîtra sage et en santé.

Le système de santé

Les principes philosophiques relevés par monsieur Dufresne éclairent d'un meilleur jour les objectifs rationnels clairement exprimés par monsieur Rochon pour notre système de santé : ils permettent de tirer des conclusions intéressantes quant à la valeur de l'autorité et le sens relatif des objets que l'on peut prendre comme critères de la réalité normative mais qui ne sont en fait que des représentations concrètes d'une vérité plus complète (ou globale).

Ces notions peuvent aussi être mieux comprises dans le contexte de la théorie systémique développée dans le sillage de la physique post-newtonienne[9]. Chaque entité individuelle ou holon (du mot grec holos : entier) est caractérisée d'abord par ses relations avec les autres organisations individuelles ou holons : au niveau sous-atomique, l'électron se définit par sa charge relative à celle du noyau plutôt que par sa masse ; le médecin s'identifie plus par son activité thérapeutique que par ses caractéristiques sociobiologiques.

Chaque holon possède des fonctions de maintien de son organisation ainsi que des fonctions d'évolution. En cas de crise ou de stress, ce sont les fonctions évolutives du système qui lui permettrent de s'améliorer et de survivre. Enfin, les organismes supérieurs se développent à partir des réseaux de relations de plus en plus complexes des holons des systèmes plus simples[10].

L'approche holistique de la santé peut être considérée comme une application de la théorie systémique : les différentes composantes du corps humain, social et environnemental sont en continuelle interaction. L'évaluation de la santé d'un individu ou d'un système tout entier peut être réalisée selon le niveau de référence choisi ; la spécialité médicale de la santé communautaire, de par son champ d'activité, possède beaucoup d'affinités avec l'approche holistique ou systémique de la santé.

Notre système social tout entier et son sous-système de la santé traversent une crise majeure. Pour s'en convaincre, constatons le déclin de l'ère des carburants fossiles, la fin du patriarcat et les doutes sérieux sur notre système de valeurs, dont l'incapacité du modèle de pensée cartésien-newtonien à expliquer toute la réalité (comme au niveau sous-atomique, la nature probabilistique des électrons ; et au niveau médical, l'incompréhension des facteurs déclenchant les cancers).

Cette période difficile peut être comparée à un changement de paradigme[11], qui nous forcera à adopter des changements majeurs dans notre style de vie et nos systèmes de valeurs[12]. La nouvelle société qui en évoluera sera moins matérialiste, aura plus de respect pour son environnement et régularisera mieux ses comportements aberrants. Pour de qui est des fonctions de maintien de la santé de ses membres, elles pourraient à court et à moyen termes être moins favorisées que les fonctions évolutives de la société, un peu comme un animal traqué utilise plus son énergie à réagir au danger qu'à satisfaire ses besoins physiologiques normaux ; à long terme cependant, cette évolution positive de la société provoquera moins de réactions pathologiques chez ses membres et facilitera d'autant ses fonctions de maintien en santé.

L'objectif de performance hospitalière peut donc être compris dans ce contexte de redistribution des ressources à des fonctions plus pertinentes pour la société toute entière. Elle tendra à la maximisation des ressources encore disponibles à cet effet ; en plus des moyens réductionnistes et mécaniques pour y parvenir comme les règles d'utilisation des ressources et de qualité de soins et une hiérarchie donnant plus de pouvoir aux professionnels de la santé, il faudrait réellement insuffler une orientation systémique à toute l'organisation de santé. Il faut réunir en un vrai réseau les éléments indépendants qui la composent, leur donner un support adéquat et permettre une rétroaction qui favorise l'évolution positive.

Démarche québécoise

Au niveau fondamental de la pratique médicale, celle-ci pourra être améliorée par un meilleur support technique et informatique facilitant ses opérations. Au Québec, il semble que cet approche s'effectuera d'abord au niveau des départements cliniques des centres hospitaliers. Il faudra pourtant que le réseau hospitalier favorise non seulement la rationalisation de ses activités purement médicales comme les modèles d'investigation et de traitements prescrits par l'article 55 de la loi 27, mais aussi par l'utilisation efficace et rentable de toutes ses ressources cliniques et non-cliniques.

Pour permettre un tel mécanisme de concertation à cet effort systémique, nous croyons qu'au niveau des sous-régions, les départements de santé communautaire (D.S.C.) puissent jouer une partie de ce rôle en collaboration avec les centres hospitaliers. Ces départements hospitaliers ont déjà un mandat clairement défini quant à l'évaluation des besoins et des programmes de santé de leurs populations ainsi qu'à la *coordination coopérative* des divers intervenants de *premier contact*, cette terminologie pouvant ainsi inclure les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.).

Ainsi, le département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal pense créer une Unité de rationalisation des ressources cliniques départementale (U.R.C.D.) au sein de son programme de coordination des ressouces en santé. Les objectifs visés sont de trois ordres : concerter les chefs de départements cliniques de son territoire aux modalités d'application de la loi 27 ; aider à développer les règles d'utilisation de ressources et les règles de qualité de soins médicaux et dentaires qui puissent être utilisées par les chefs des départements cliniques des centres hospitaliers de son territoire ; et enfin, permettre aux internes et résidents de ces institutions de se familiariser avec les concepts et les applications de la science évaluative en santé communautaire.

Pour mener à bien cette tâche, la collaboration avec d'autres universités québécoises est à souhaiter ainsi qu'avec certaines organisations de l'extérieur dont certaines universités et hôpitaux américains et canadiens, des *Organisations de Maintien de la santé* (H.M.O.'s) et des *Organisations de Systèmes de Revue par les Pairs* (P.S.R.O.'s).

Conclusion

De la même manière que les petites industries familiales d'antan firent place aux grandes entreprises qui produisent mieux et à moindre coût des biens de qualité, les degrés de complexité et d'intégration plus poussés qui sont imprimés à l'organisation médicale par la loi 27 indiquent la direction que prendra notre société toute entière en cette période de changement.

Il faudra certes ré-investir une partie des bénéfices accrus par ce processus de rationalisation et d'organisation afin de préserver la qualité de vie des travailleurs de la santé et des patients, celle-ci étant toujours menacée par la déshumanisation possible et inhérente à une telle direction.

Enfin, nous pouvons espérer que la conception systémique de la santé trouve son application dans la pratique courante de la médecine. Et que ceux qui détiendront le pouvoir, puissent l'exercer avec cette vision plus globale, tel qu'on le trouve dans la philosophie optimiste de la théorie des systèmes.

summary

Bill 27 formalizes a new objective of efficiency for the Quebec health system : medical practice in hospitals is its principal target. The regulations what will follow this bill must respect the principles of authority and flexible interpretation.

Systems Theory can be adapted to health through the concept of holistic approach, and to medicine through the specialty of community medicine. It helps us to understand the necessity of rationalizing health resources and the importance of an effective coordinating effort.

Keys words :
Quebec Health Care System, Efficiency, Quality assurance, Hospital, Holistic Health.

bibligraphie

1. **Berlinguet M. et coll. :** La loi 27 et la pratique en milieu hospialier. Introduction. Union Méd. Canada, 1982, 111 : (6) 515.
2. **Rochon J. :** D'une réforme à l'autre. Texte reproduit dans l'Actualité Médicale. Vol. 3, Semaine du 5 mars 1982. Montréal, Québec.
3. **Levy D., Bergevin Y. :** La loi 27, le nouveau marché médical et la distribution des médecins au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 523.
   Landry P.E., Berlinguet M. et Devy D. : Octobre 1981. L'accessibilité à des soins médicaux de qualité dans les régions périphériques. Étude de cas. Rouyn-Noranda et la région 08. Contrat du Ministère des Affaires Sociales du Québec.
4. **Duplessis P., Lecours S., Hoey J. :** La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle organisation hospitalière au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 530.
5. **Carsley J., Tousignant P. :** La loi 27 et les nouveaux outils de gestion médicale au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 541.
6. **Dufresne J. :** Le Juge ou la Norme. Texte reproduit dans l'Actualité Médicale, Montréal, Vol. 3, Semaine du 5 mars 1982.
7. **Koestler Arthur :** Le Yogi et le Commissaire. Référence incomplète (voir Dufresne, J.).
8. **Canguilhem Georges :** Le Normal et le pathologique. Presses Universitaires de France, 1966.
9. **Laszlo Ervin :** Introduction to Systems Philosophy. New York, Harper Torchbooks, 1972.
10. **Koestler Arthur :** Janus. London, Hutchison, 1978.
11. **Kuhn Thomas :** The Structure of Scientific Revolutions. Chicago University of Chicago Press, 1970.
12. **Capra Fritjof :** 1982 — The Turning Point. Science, Society and the Rising culture. Simon and Schuster, New York, 1982 et
    Heissenberg Werner : Physics and philosophy. New York Harper and Row, 1962.
13. **Berlinguet M., Barkun H., Gélineau F. :** Les Centres hospitaliers du système de santé québécois. in Traité d'anthropologie médicale. 3e Éditeur Jacques Dufresne. Institut Québécois de Recherche sur la culture. Québec.

POUR ÉTEINDRE L'ARDEUR DE LA DOULEUR

CORTISPORIN* GOUTTES OTIQUES

STÉRILES (POLYMYXINE B, NÉOMYCINE, HYDROCORTISONE)

POUR RÉDUIRE L'INFLAMMATION ET ÉLIMINER L'INFECTION

PAAB
CCPP

*Nom déposé

C-1021

DIVISION MÉDICALE CALMIC
BURROUGHS WELLCOME INC.
LASALLE, QUÉ.

La loi 27 le nouveau marché médical et la distribution des médecins au Québec

David Levy[1] et Yves Bergevin[2]

Résumé

La loi 27 tente de résoudre le problème de l'accessibilité à des soins médicaux de qualité dans les régions périphériques en créant un nouveau marché médical. Toutes les conséquences possibles de la loi furent explorées par les auteurs et un panel d'experts distingués en soins de santé. Les auteurs proposent une définition du problème, suggèrent des objectifs opérationnels et définissent des critères de mesure. A la lumière de cette démarche, il apparaît que la loi 27 ne pourra pas rencontrer toutes les attentes pour des solutions au problème et qu'une part importante de la charge pour atteindre ces buts devra reposer sur les médecins eux-mêmes.

A l'automne 1981, l'Assemblée Nationale du Québec a été saisie du projet de loi no 27[1]. Les législateurs y ont vu un mécanisme de réforme de notre système de santé. Ce projet de loi modifiait principalement la loi sur l'assurance-maladie[2], loi sur les services de santé et les services sociaux[3] ainsi que la loi sur la protection de la santé publique[4]. En décembre 1981, les membres du programme de santé communautaire de l'Université McGill et du département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal se sont demandé si ce projet de loi résoudrait les différents problèmes auxquels il s'adressait. Le présent article traite d'un de ceux-ci, la répartition des effectifs médicaux au Québec et leur accessibilité. Les autres problèmes abordés par cette loi sont discutés ailleurs[5,6,7].

Méthodologie

Les méthodes utilisées pour approfondir cette question ont déjà été décrites. Il s'agit notamment d'un colloque d'une journée qui a réuni, le 5 mars 1982, des représentants des universités du Québec, du gouvernement et des Fédérations de médecins. Au programme nous avions inscrit un atelier intitulé "Le nouveau marché médical". Ce titre reflète les changements que la loi 27 tentait d'apporter à la main d'oeuvre médicale afin de modifier les conditions de répartition et d'accessibilité des effectifs médicaux. Cet atelier avait pour objectif d'évoquer toutes les conséquences possibles de la législation dans ce domaine. On trouvera à la section "Résultats" du présent article un compte-rendu des débats ; les auteurs tenteront ensuite de déterminer si le nouveau marché répondra aux besoins de la prochaine décennie. (Figure 1)

Nous avons examiné les quatre articles de la Loi portant sur l'évolution du marché médical (articles 1, 4, 53 et 89)[1].

L'article 1 modifie la Loi sur l'assurance-maladie sur deux points : elle prévoit l'établissement d'une rémunération des professionnels de la santé pour le travail administratif effectué dans les hôpitaux ; de plus, elle prévoit que dorénavant les services fournis par des résidents ne seront assurés que s'ils sont rendus dans un établissement autre que le lieu de formation ou pour le compte d'un Conseil régional de la santé et des services sociaux, mettant ainsi fin à la pratique en cabinet privé durant la période de formation spécialisée.

1) M.D., C.M. résident III en santé communautaire, Université McGill, Montréal.
2) M.D., C.M., C.C.F.P., F.R.C.P.(C), professeur adjoint, Université McGill, coordonnateur de la première ligne, département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal.

Tirés à part :
Docteur David Levy, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1597 ouest, avenue des Pins, Montréal, H3G 1B3.

Article reçu le : *8.4.82*
Avis du comité de lecture le : *23.4.82*
Acceptation définitive le : *28.4.82*

Projet de loi n° 27

Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux

SA MAJESTÉ, de l'avis et du consentement de l'Assemblée nationale du Québec, décrète ce qui suit :

1. L'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chapitre A-29), modifié par l'article 2 du chapitre 1 et par l'article 273 du chapitre 63 des lois de 1979, est de nouveau modifié par le remplacement des neuvième et dixième alinéas par les suivants :

«Cependant, les services visés dans le premier alinéa auxquels une personne a droit en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-5) et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., chapitre A-28) ou qui sont rendus en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (1979, chapitre 63) demeurent des services assurés en vertu de la présente loi.

La Régie assume aussi, conformément aux dispositions d'une entente, le coût de services qui sont requis d'un professionnel de la santé par un établissement ou un conseil régional au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'exécution de tâche administratives reliés à l'organisation et au fonctionnement des services dispensés dans cet établissement ou pour ce conseil régional.

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste n'est un service assuré que s'il est fourni dans un établissement autre que celui où il est en stage ou pour un conseil régional. Lorsqu'il fournit un service qui n'est assuré au sens du présent article à une personne qui réside au Québec, ce médecin doit, dans les cas et en la forme prescrits, aviser cette personne que ce service n'est pas assuré.».

4. L'article 19 de cette loi est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par les suivants :

«Une entente peut prévoir une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire où le ministre estime que les effectifs de professionnels de la santé sont insuffisants.

Elle peut également prévoir une rémunération différente pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité dans le cadre du régime, selon le territoire où ils exercent ou le genre d'activité qu'ils exercent.

Le ministre détermine, par arrêté publié à la *Gazette officielle du Québec*, après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé concernés, les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels. Cet arrêté peut viser l'ensemble des professionnels d'un territoire ou une partie d'entre eux compte tenu de leur genre d'activité.

À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente visée dans le troisième alinéa, le gouvernement peut, par décret publié à la *Gazette officielle du Québec* qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération. Il peut de même déterminer le nombre d'années d'exercice d'un médecin pendant lesquelles cette rémunération s'applique; ce nombre ne peut excéder trois ans. Un décret qui diminue les conditions de rémunération applicables aux médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou spécialité ne s'applique qu'au médecin qui commence à exercer sa profession ou spécialité après la date d'entrée en vigueur de ce décret.

Le ministre peut, à titre expérimental et pour une période déteminée, conclure une entente particulière avec les professionnels d'un département clinique d'un établisement pour l'application à l'ensemble de ces professionnels d'un mode de rémunération prévu à une entente conclue en vertu du premier alinéa. Cette entente requiert, au préalable, l'assentiment des professionnels de la santé concernés, du conseil d'administration de l'établissement et de l'organisme représentatif des professionnels de la santé concernés.

Si la diminution de services médicaux dans un territoire met en péril la santé publique, le ministre peut, afin de permettre que ces services soient fournis adéquatement dans un établissement de ce territoire, conclure pour une période déterminée une entente particulière avec un professionnel de la santé.».

30. L'article 88 de cette loi est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

«Les boursiers fournissent ces services, après l'obtention d'un permis d'exercice dans une science de la santé ou d'un certificat de spécialiste, dans un territoire et pour une période fixés par le ministre.».

53. L'article 70 de cete loi, modifié par l'article 325 du chapitre 63 des lois de 1979, est remplacé par le suivant:

89. L'article 130 de cette loi est modifié par le remplacement du sixième alinéa par les suivants :

«Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accepte ou refuse la candidature d'un médecin ou dentiste en tenant compte du plan d'organisation visé dans l'article 70, du nombre de médecins et dentistes prévu à ce plan d'organisation, des ressources disponibles et des exigences propres du centre.

Le conseil peut aussi refuser la candidature d'un médecin ou dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou dentiste, eu égard aux exigences propres au centre hospitalier.

Tout refus doit être motivé par écrit.

Le conseil doit, dans les trente jours de l'acceptation d'une candidature, en aviser le conseil régional concerné.».

L'article 4 jette les bases en vue d'une rémunération différente fondée sur les besoins d'une région donnée et sur le nombre d'années d'exercice du médecin ; il prévoit également des méthodes de rémunération expérimentales des médecins qui acceptent de s'y conformer dans certaines situations. Cette disposition de la loi confère au ministre le pouvoir de déclarer insuffisants les services offerts dans certaines régions et d'influencer ainsi la rémunération ; l'article 4 donne également au ministre l'autorité requise pour décider si la santé publique est en danger à cause d'un manque de services médicaux, décision qui comporte elle aussi des conséquences spéciales.

Les articles 53 et 89 ont fait l'objet d'une discussion conjointe. On y précise le concept des plans d'organisation des professionnels de la santé qui s'étendront à tous les centres hospitaliers et non seulement aux centres hospitaliers universitaires comme c'était le cas auparavant. Désormais, un médecin qualifié peut se voir refusés les droits de pratique hospitalière de tout centre hospitalier en vertu du plan d'organisation qui spécifie le nombre de professionnels dans chaque département ou service. Ces dispositions confèrent également au ministre le pouvoir, par l'intermédiaire des conseil régionaux, d'approuver ou de rejeter ces plans.

Résultats

Article 1

Les participants se sont dit d'avis que la première partie de l'article 1 assurant la rémunération des médecins pour des services administratifs pourrait engendrer des changements dans la structure hospitalière, sans toutefois en préciser la nature. Ils ont également reconnu que ces conséquences auraient un effet positif tant sur l'administration des centres hospitaliers que sur la participation des professionnels de la santé à cette gestion.

Ils ont généralement reconnu que la deuxième partie de cet article qui porte sur l'exercice hors-programme

des résidents pourrait avoir de nombreux effets. La conséquence la plus évidente serait l'élimination de cet activité en cabinet privé. Sur le plan de la qualité de la formation des résidents, certains ont estimé que cette disposition de la loi pourrait avoir un effet positif en rendant difficile aux résidents toute activité qui ne serait pas directement liée à leurs études. D'autres, par contre, ont prétendu que la qualité de la formation des résidents connaîtrait une détérioration puisque l'exercice hors-programme leur offrait un moyen d'élargir leur expérience médicale ; ceci serait particulièrement important pour les résidents qui ont un accès limité à des malades qui ne relèvent pas de leur spécialité. On a par ailleurs exprimé l'avis que les résidents devraient désormais se déplacer davantage en dehors des centres urbains pour se livrer à des activités hors-programme en milieu hospitalier et qu'on se trouverait ainsi à augmenter leur contact avec les régions rurales. Les effets éventuels de cet aspect sur la répartition finale des médecins demeureraient incertains aux yeux des participants. Enfin les échanges ont porté sur un dernier effet éventuel de cette disposition, à savoir les conséquences sur la formation spécialisée au sein du centre hospitalier universitaire. Certains se sont dit d'avis qu'un service rendu par un résident sous la surveillance d'un patron pourrait ne pas être considéré comme un service assuré. Les participants étaient dans l'ensemble d'accord pour reconnaître que cet aspect pourrait avoir des répercussions dévastatrices sur la formation des spécialistes mais que là n'était probablement pas l'intention des législateurs. Il semble qu'il faudra préciser ce point dans les règlements.

Article 4

On a généralement estimé que l'article 4 pourrait avoir de nombreuses conséquences. Certains participants se sont dit d'avis que cet article favoriserait une nouvelle répartition des médecins tandis que d'autres ont exprimé le point de vue opposé. Le pouvoir qu'a le ministre de déclarer qu'une région a des ressources insuffisantes ou que la santé de la population y est en danger à cause de l'absence de main-d'oeuvre médicale a été considéré comme un "mécanisme" susceptible d'avoir plutôt des conséquences politiques que des conséquences au niveau du système de santé. Certains ont toutefois laissé entendre que la nécessité de se prononcer à ce sujet ou même le seul fait de tenter de le faire pourrait stimuler la recherche sur les techniques d'évaluation des systèmes de santé, facette importante de la santé communautaire. Les participants ont été généralement d'accord pour reconnaître que la rémunération ne représente qu'un des facteurs de recrutement et de maintien en place des médecins et que la rémunération différentielle fondée sur les années d'expérience et sur le lieu d'exercice n'aurait pas en soi grand effet sur la répartition des effectifs médicaux. En fait, on a même évoqué la possibilité que la répartition des médecins demeurerait la même et que seul le coût global se trouverait augmenté.

Les participants ont exprimé leur inquiétude quant aux conséquences que cet article pourrait avoir sur la qualité des soins tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, des spécialistes récemment formés pourraient se voir forcés d'exercer dans des régions excentriques, ce qui aboutirait à une nette réduction de nouveaux talents dans les centres hospitaliers urbains. Il pourrait s'ensuivre une "sclérose des spécialités" dans les villes. En milieu rural, on s'inquiète généralement de voir les médecins exercer contre leur volonté dans une région donnée. On a également prévu que les collectivités intéressées pourraient bien ne pas réagir de façon très positive dans cette ambiance de coercition. Un participant a même exprimé la crainte qu'une action coercitive de cette sorte risque d'entraîner une nette réduction du nombre de spécialistes dans la province, diminution qui serait imputable à l'émigration vers les autres provinces ou vers les États-Unis. Cet effet pourrait gagner les généralistes et également les nouveaux diplômés des facultés de médecine. Enfin de nombreux participants ont exprimé l'opinion que même si cet article était doté de pouvoirs éventuels importants, il se peut qu'il ne soit jamais appliqué et que sa création demeure une tactique politique destinée à être brandie comme un bâton menaçant mais qui ne pourrait jamais résoudre tout à fait le problème complexe de la répartition des médecins.

Articles 53 et 89

Les participants se sont dit d'avis que les articles 53 et 89 traitant de la limitation du nombre de médecins exerçant en milieu hospitalier conformément aux plans d'organisations établis antérieurement pourraient aboutir à une meilleure répartition des effectifs médicaux au sein d'une même région compte tenu des besoins de la population. Ils ont toutefois fait part de leur inquiétude de voir apparaître dans les centres hospitaliers d'éventuelles "chasses gardées" d'où seraient exclus les nouveaux médecins. On serait alors en présence d'un secteur privé d'un genre tout à fait nouveau et parallèle constitué de médecins ayant leur cabinet privé mais aucun droit d'admission en milieu hospitalier. On ferait ensuite face au surplus de nouveaux médecins privés de droits d'hospitalisation en limitant le nombre des admissions à la faculté de médecine à moins que le problème ne se résolve de lui-même par l'émigration.

Enfin les participants ont dans l'ensemble exprimé leurs doutes quant aux intentions politiques de ces quatre articles, compte tenu des négociations en cours avec les fédérations des médecins. On a également noté, dans une autre perspective, que ce projet de loi était peut-être, plus que toute autre chose, un symptôme des temps difficiles que nous traversons et que les professionnels de la santé qui protestent contre cette loi réagissent en fait aux contraintes que leur impose la situation économique actuelle.

Discussion

Avant-propos

En général il n'y a pas eu de consensus sur la façon dont le nouveau marché pouvait affecter la disponibilité et la distribution des médecins. Ce qui semblait provoquer une grande part de frustration, était le manque de définition des problèmes et leurs critères de mesure.

A l'échelle de la province, la plupart des intéressés sont bien d'accord pour affirmer que l'accessibilité à des soins de qualité est une question clef et que l'uniformisation de l'accessiblité est un des principaux objectifs du système de santé. Notons cependant, comme le souligne Aday et Anderson[9], que l'accessibilité est un concept mal défini ; sa définition est souvent plus politique qu'opérationnelle et peu de tentatives pour parvenir à une définition conceptuelle ou empirique de ce terme ont été effectuées. Ainsi donc, lorsqu'on fait face à un concept pluri-dimensionnel comme celui de l'accessibilité pour lequel il n'existe aucune définition simple et "vraie", on imagine sans peine la confusion dans laquelle on risque de se

plonger lorsqu'on traduit les objectifs en termes opérationnels.

Au Québec, tout comme ailleurs en Amérique du Nord, nous avons tendance à mesurer la répartition de nos effectifs médicaux en utilisant les rapports médecin/population[10,11]. Cette notion est si répandue qu'on a l'impression d'atteindre les objectifs "d'accessibilité égale" en uniformisant ces rapports. En février 1982, Hemenway[12] proposait 4 objectifs possibles à considérer dans une répartition idéale des effectifs médicaux : l'efficacité économique, l'optimisation de la santé, les rapports médecin/population égaux et un état de santé semblable pour tous. Hemenway a examiné chaque objectif, sa signification et son mode d'influence sur l'évolution du système de santé. Selon lui, parmi ces objectifs, il ne s'en trouve aucun scientifiquement juste. Cependant, le planificateur se doit de faire un choix.

Quant aux rapports médecin/population, Hemenway précisait (traduction libre) :

"... les rapports médecin/population égaux ne garantissent pas que des soins comparables seront administrés à des personnes du même âge et souffrant de la même maladie. Ce ne serait le cas que si de nombreuses autres conditions étaient par ailleurs remplies : par exemple un état de santé comparable d'une région à l'autre, des installations comparables, des heures de travail égales pour tous les médecins, la même productivité chez tous les médecins et les mêmes connaissances chez les malades. En réalité il semble que le premier avantage de l'égalisation des rapports médecin/population tienne à la facilité de faire la cueillette des données..."

Il poursuivait :

"La réalisation de cet objectif (des rapports médecin/population égaux)... ne garantit un accès égal aux soins de la santé que si de nombreuses autres conditions sont également remplies. Ce critère, par ailleurs, ne révèle rien directement de la santé et du bonheur des médecins ou des malades."

Il semble donc, comme le sous-entendent Lave et collaborateurs[13], que le système de santé soit beaucoup plus fluide que ne laisse transparaître le concept de rapports médecin/population.

Une première étape logique dans l'approche de cette situation complexe devrait être un diagnostic valide et utile du problème de l'accessibilité aux soins médicaux de qualité dans les régions éloignées. Alors nous pourrons décider sur les objectifs opérationnels globaux et clarifier les critères de mesure. Ces trois étapes seront maintenant développées à la suite.

Diagnostic

Le problème de l'accessibilité dans les régions éloignées a reçu beaucoup d'attention ces derniers mois au Québec, et a été un problème pour nombre d'années en Amérique du Nord. La situation apparaît plus aiguë ici qu'en Ontario par exemple, à cause du manque d'un plan intégré pour modifier la tendance naturelle de la répartition des médecins[14].

Une observation méticuleuse des événements des dernières années nous révèle une série frustrante de désappointements dans l'implantation d'un tel système au Québec. En 1979, la loi 84 (loi modifiant la loi de l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives)[2] avait donné espoir aux médecins et au gouvernement de voir apparaître un programme d'incitatifs. Or, aucun programme ne fut institué de façon systématique malgré une série de demandes de la part de groupes de médecins. Il est probable que l'expression la plus grave de la frustration fut le retrait des services par les médecins de la région 08 (Abitibi-Témiscamingue, population : 150 000 habitants) au printemps et à l'automne 1981, à Rouyn-Noranda et Val d'Or respectivement.

De façon générale, les problèmes les plus importants des médecins ruraux, tel que défini ailleurs[15] semblent être :

1) les exigences de la pratique en milieu hospitalier entraînant un niveau de responsabilité dépassant les capacités des médecins dans un contexte où les effectifs spécialisés sont insuffisants ;
2) les exigences en temps et en disponibilité à consacrer à l'exercice professionnel ne permettant pas une vie équilibrée, et consécutive au manque de spécialistes et d'omnipraticiens ;
3) les coûts élevés en temps et en argent des médecins ruraux par rapport aux médecins urbains pour assurer une formation médicale continue appropriée à leurs besoins en région et non disponible sur place ;
4) l'insatisfaction des conjoints(es) des médecins ruraux. Le manque d'intégration et de participation du couple à la vie de la communauté contribue au malaise ;
5) l'instabilité et l'insuffisance de la vie de groupe médicale, consécutives au manque global d'effectifs, à son manque de permanence ainsi qu'à son manque d'organisation ;
6) l'état d'aliénation et de dépendance des médecins et de la population face aux structures détenant le pouvoir — le gouvernement et les fédérations. La séparation artificielle des deux unions des médecins, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, aggrave ce problème et diminue le contrôle collectif des médecins ruraux sur leur propre sort ;
7) le manque à gagner relatif des médecins en région rural par rapport à leurs collègues urbains imputable à une proportion plus grande de pratique hospitalière et de cas lourds rémunérés à taux horaire moyen inférieur avec le système actuel à l'acte de l'assurance-maladie.

Voilà autant de facteurs qui contribuent à créer un climat dans lequel les médecins choisissent la voie du moindre stress, établissant leur cabinet en milieu plus urbanisé, plus près des centres hospitaliers universitaires.

On peut donc se demander si la situation a vraiment changé depuis vingt ans, quand il y avait moins de médecins qu'aujourd'hui relativement à la population dans ces régions. Nous croyons qu'une grande part de la réponse se trouve dans l'évolution de notre société qui se passe simultanément avec le déclin de l'ère industrielle. D'une part, il se produit des changements importants dans le corps médical aux niveaux de la composition, du style de vie et des attentes. D'autres part, on retrouve l'avancement de la technologie qui augmente les attentes des médecins par rapport à ce qu'ils aimerait offrir comme soins médicaux. Quand les médecins ne peuvent parvenir à ces deux buts, leur frustration résulte en stress au travail. Ce stress se manifeste particulièrement en région rurale à cause de la pénurie relative des ressources auxquelles nous avons fait allusion plus haut.

Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels devraient viser à atteindre deux buts : l'optimisation de l'état de santé et une qualité de vie raisonnable pour les médecins. Les principes qui sous-tendent de la loi sur la santé et sécurité au travail peuvent aussi trouver leur application pour les médecins en particulier au chapitre de la qualité de vie à son travail. Il est important de se rappeler que ces buts ne sont pas mutuellement exclusifs

et que des médecins plus heureux contribueront davantage à de meilleurs soins de santé. Nous proposons six objectifs opérationnels dont cinq ont déjà été décrits ailleurs[15]. Ils sont :

*1- **Primes d'accessibilité médicale***

Ces primes seraient une combinaison de primes de disponibilité et de primes d'encouragement. Les primes de disponibilité seraient remises pour la garde sur place et la garde en disponibilité pour compenser la rémunération horaire inadéquate que fournit le système actuel de paiement à l'acte. Des primes d'encouragement pourraient inciter financièrement les médecins à venir s'établir en région. Ces primes pourraient être versées individuellement aux médecins ou, ce que nous favorisons, en une somme globale aux établissements ou aux régions de manière à ce qu'elles soient mieux ajustées aux besoins locaux.

*2- **Primes d'encouragement à la qualité médicale***

Ces primes seraient remises aux médecins ou aux établissements pour favoriser l'éducation médicale continue.

*3- **Programme de jumelage institutionnel***

Un tel programme pourrait encourager les établissements à créer des liens et ententes à l'intérieur de chacune des régions (jumelage intra-régional) et à l'extérieur des régions pour certains services spécialisés et ultra-spécialisés, au besoin. De manière à éviter le colonialisme d'un organisme envers un autre ou des régions centrales envers les régions périphériques, il est important que le jumelage soit institué à la demande du corps médical des établissements en région, soit réévalué périodiquement et renouvelé qu'à la satisfaction de toutes les parties.

*4- **Unités de médecine familiale en région périphérique***

Étant donné que le choix de l'endroit de pratique des médecins est influencé par celui de leur entraînement, les universités québécoises devraient organiser des unités de médecine familiale dans certains établissements des régions périphériques. En plus d'apporter un élément de service non négligeable dans ces régions, celles-ci pourraient coordonner les programmes d'éducation continue pour les généralistes et fournir une base académique qui pourrait aider au recrutement des spécialistes.

*5- **Plan de participation communautaire***

Ce plan encouragerait les communautés à s'impliquer davantage dans les efforts de recrutement et de rétention des médecins. Ceci devrait faciliter une meilleure structure d'accueil et favoriser l'intégration sociale des médecins et de leur famille dans leur nouvel environnement. Elles pourraient même fournir des bureaux de pratique à loyer modique là où ceux-ci ne seraient pas disponibles dans les CLSC ou dans les hôpitaux.

*6- **Regroupement des médecins dans chaque région***

Les médecins de chaque région périphérique devraient s'unir en un seul groupe pour faire front commun face à leurs problèmes et présenter leurs idées de façon unifiée. En plus du handicap de l'éloignement et de la faible représentation de ces médecins, l'individualisme a nui à la reconnaissance des problèmes spéciaux de la pratique médicale dans ces régions.

En résumé, nous avons présenté six moyens opérationnels qui, nous croyons, pourront contribuer à des solutions à court et à long termes aux problèmes susmentionnés. Nous devons rappeler aux lecteurs que chacun de ces moyens, individuellement ou en combinaison, a déjà été utilisé avec succès ailleurs dans d'autres systèmes de santé : ils n'ont donc rien d'unique ou de nouveau.

Critères de mesure

Nous rejetons l'égalisation des rapports médecin/population comme outil d'évaluation des objectifs du système de santé. L'optimisation de la santé devrait être mesurée par des données sur l'état de santé de la population comme, par exemple, les taux de mortalité, morbidité, d'immunisation, etc. La satisfaction des médecins avec leur style de vie dans les régions rurales pourrait être indirectement évaluée en examinant les taux de recrutement et surtout les taux de rétention.

La loi 27 et l'accessibilité à des soins médicaux de qualité

Nous pouvons maintenant nous tourner vers la loi 27 pour voir si les objectifs opérationnels proposés pourront être atteints par sa seule application.

De tous les articles de la loi, seul l'article 4 pourrait contribuer à atteindre ces objectifs. En effet à la suite des négociations entre les fédérations et le gouvernement, cet article pourrait prévoir dans ses règlements des primes d'accessibilité médicale et des primes d'encouragement à la qualité médicale. Aucune disposition de la loi ne prévoit des programmes de jumelage institutionnel, la création d'unités de médecine familiale en région périphérique, des plans de participation communautaire ou le regroupement des médecins dans chaque région.

Processus

Nous avons dans cette discussion défini le problème de l'accessibilité à des soins médicaux de qualité, présenté les moyens opérationnels et clarifié les critères de mesure.

Parce que la loi 27 ne créera pas un marché médical qui résoudra complètement le problème, les médecins devront prendre un rôle de leadership important. L'État devra fournir les ressources nécessaires, mais la profession médicale devra mobiliser ses membres et ses communautés pour réaliser les objectifs susmentionnés. Une trop grande dépendance sur l'État pour fournir toutes les réponses n'est pas acceptable.

Ces actions devront être entreprises par les médecins dans une atmosphère dépolitisée, communauté par communauté et région par région avec une approche locale qui respecte les disparités sociales et culturelles à l'intérieur de la province. En se faisant, les forces et les faiblesses inhérentes au système politique devront être appréciées de manière à ce que les attentes de la communauté médicale et de l'État demeurent raisonnables.

Conclusion

Malgré les difficultés encourues jusqu'à date, nous croyons que le problème de l'accessibilité à des soins médicaux de qualité dans les régions éloignées au Québec peut être résolu.

℞ **Neosporin***

solution oto-ophtalmique et onguent

Indications: solution oto-ophtalmique: Prophylaxie et traitement des infections oculaires.
Onguent: Infections oculaires externes dues à des germes sensibles.
Contre-indications: Hypersensibilité à l'un quelconque des composants du produit.
Précautions: Comme avec les autres préparations antibiotiques, l'usage prolongé peut entraîner une pullulation de germes non sensibles, y compris de fongus. Si cela se produit, les mesures appropriées doivent être appliquées.
Solution oto-ophtalmique: Ne doit pas être employée en application sous-conjonctivale ou intraoculaire, ni pour l'irrigation des trajets fistuleux à proximité de l'œil ou de l'orbite.
Posologie: solution oto-ophtalmique: On suggère 1 ou 2 gouttes dans l'œil affecté 2 à 4 fois par jour, ou plus souvent au besoin.
Onguent: Appliquer 2 à 5 fois par jour sur la région affectée.
Présentation: solution oto-ophtalmique: Composition par ml: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; sulfate de néomycine, 2,5 mg; gramicidine, 0,025 mg. En flacons plastiques de 10 ml avec stilligoutte.
Onguent: Composition, par gramme: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; bacitracine zinc, 400 unités; sulfate de néomycine, 5 mg, dans un excipient de pétroléine à bas point de fusion. En tubes de 3,5 g (avec embout ophtalmique).

℞ **Cortisporin***

suspension ophtalmique et onguent

Indications: suspension ophtalmique: Traitement des infections et de l'inflammation ophtalmiques: conjonctivite bactérienne non purulente, allergique, printanière et phlycténulaire; épisclérite et blépharite non suppurées; kératite interstitielle, sclérosante, postopératoire ou de l'acné rosacée; brûlures chimiques et thermiques de la cornée.
Onguent: Inflammation du secteur antérieur de l'œil, y compris les infections bactériennes dues à des germes sensibles. Aussi, pour le traitement des affections allergiques et des brûlures chimiques et thermiques de la cornée.
Contre-indications: Ce médicament est contre-indiqué dans les conjonctivites et les blépharites suppurées aiguës, les lésions tuberculeuses, fongiques ou virales de l'œil, y compris la kératite arborescente et les affections intéressant le segment postérieur de l'œil. Ce produit est contre-indiqué chez les sujets ayant déjà manifesté une hypersensibilité à l'un quelconque de ses composants.
Précautions: L'emploi ophtalmique prolongé de la stéroïdothérapie en application locale peut causer chez certains sujets une élévation de la tension intraoculaire. Dans les maladies où il y a amincissement de la cornée, on a signalé des cas de perforation au cours de l'emploi de topiques stéroïdiques.
Comme avec toute préparation antibiotique, l'usage prolongé peut entraîner une pullulation de germes non sensibles, y compris de fongus. Si cela se produit, les mesures appropriées doivent être appliquées.
Surdosage, traitement: Symptomatique.
Posologie: suspension ophtalmique: 1 ou 2 gouttes dans l'œil toutes les 3 ou 4 heures; au besoin, plus souvent dans les cas aigus.
Onguent: Appliquer une très mince couche 2 à 4 fois par jour. Dans les affections chroniques de l'œil, l'arrêt du traitement doit se faire graduellement en réduisant progressivement la fréquence des applications pour atteindre éventuellement une seule application par semaine.
Présentation: suspension ophtalmique: Composition de la suspension stérile, par ml: sulfate de polymyxine B, 10 000 unités; sulfate de néomycine, 5 mg; hydrocortisone, 10 mg (1%). En flacons plastiques de 7 ml avec stilligoutte.
Onguent: Composition, par gramme: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; bacitracine zinc, 400 unités; sulfate de néomycine, 5 mg; hydrocortisone, 10 mg, dans un excipient de pétroléine à bas point de fusion. En tubes de 3,5 g (avec embout ophtalmique).
Renseignements posologiques supplémentaires disponibles sur demande.

Division médicale Calmic
Burroughs Wellcome Ltd.
LaSalle, Qué.

*Nom déposé PAAB CCPP C-8003

Le problème, c'est-à-dire le stress généré par le conflit de la non-atteinte des buts d'optimisation de la santé et d'un style de vie raisonnable pour les médecins, doit être abordé avec une approche dépolitisée. Les objectifs opérationnels décrits ne peuvent pas être accomplis par la loi 27 seule ; par nécessité donc, les médecins et les communautés devront se mobiliser. Ceci cependant ne devrait pas empêcher une approche collaboratrice entre toutes les parties impliquées. Une solution à ce problème est attendue depuis longtemps ; le Québec accuse un retard important dans ce domaine par rapport aux autres provinces et à d'autres pays.

La question est maintenant de savoir si les médecins du Québec pourront s'unir pour agir avec créativité et atteindre les buts qu'ils chérissent tant, c'est-à-dire l'optimisation de l'état de santé de la population tout en maintenant leur qualité de vie et leur propre santé

remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les membres de leur atelier "Le nouveau marché médical" sans lesquels cette publication n'aurait été possible, et le Docteur Pierre Tousignant pour son support et son aide.

summary

Bill 27 attempts to solve the problem of accessibility to quality medical care in rural areas by creating a new medical market. All the potential consequences of the bill were explored by the authors and a panel of distinguished health care experts. The authors propose a definition of the problem as well as suggest operationnal objectives and define measurement criteria. In this light it is apparent that Bill 27 cannot meet all of the expectations to the solution of the problem and that a large part of the onus rests on the physicians themselves to achieve these goals.

bibliographie

1.Projet de loi no 27 :
Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Sanctionné le 19 décembre 1981. L'éditeur officiel du Québec 1981.

2.Loi sur l'assurance-maladie :
Lois refondues du Québec c. A-29, 1979. Éditeur officiel du Québec, 1979.

3.Loi sur les services de santé et les services sociaux :
Lois renfondues du Québec, c. S-5, 1981. Éditeur officiel du Québec, 1981.

4.Loi sur la protection de la santé publique :
Lois refondues du Québec, c. P-35, 1979. Éditeur officiel du Québec, 1979.

5.Berlinguet M. :
La loi 27 et le système de santé québécois. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 518

6.Carsley J., Tousignant P. :
La loi 27 et les nouveaux outils d'évaluation médicale au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 518.

7.Duplessis P., Lecours S. et Hoey J. :
La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle organisation hospitalière au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 530.

8.Berlinguet M. et coll. :
La loi 27 et la pratique en milieu hospitalisation. Introduction. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : (6) 515.

9.Aday La, Anderson R. :
Access to Medical Care. Ann Arbor., Health Administration Press, 1975.

10.Corporation Professionnelle des Médecins du Québec :
Les Effectifs médicaux au Québec, novembre 1981.

11.Penchansky R., Thomas J. :
The Concept of Access. Medical Care, 1981 ; XIX : (2).

12.Hemenway D. :
The Optimal Location of Doctors. New Engl. J. Med., 1982 ; 306 :397-401.

13.Lave Jr, Lave L.D., Leinhardt S. :
Medical Manpower Models : Need, Demand and Supply. Inquiry, 1975 ; XII : (6).

14.Copeman W. :
Underserviced Area Program : a 10 years success story. Ontario Medical Review, octobre 1980.

15.Landry L.P., Berlinguet M., Levy D. :
L'Accessibilité à des soins médicaux de qualité dans les régions périphériques. Étude de cas Rouyn-Noranda et la Région 08. Document non publié, Ministère des Affaires Sociales, Octobre 1981.

Voltaren: le médicament que nombre d'arthritiques attendaient.

Guide Thérapeutique Concis
VOLTAREN®
(diclofénac sodique)

Effets

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

Il existe une étroite corrélation entre certaines réactions fébriles et l'augmentation des taux de prostaglandines dans le cerveau. Le diclofénac (0.5 mcg/ml) diminue la formation des prostaglandines E_2 qui est en parallèle avec l'antipyrèse, mais il ne provoque pas d'hypothermie chez l'animal fébrile.

Du point de vue de son efficacité clinique, une dose de 75 mg de diclofénac produit un effet semblable à 3,6 g d'acide acétylsalicylique.

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

Indications et usage clinique

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

Contre-indications

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

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

Mise en garde

Usage durant la grossesse et l'allaitement

La sûreté du VOLTAREN (diclofénac sodique) n'a pas été établie durant la grossesse et l'allaitement et par conséquent son usage n'est pas recommandé dans ces états. Dans des études de la reproduction chez des rates, des lapines et des souris, on a constaté que l'administration du diclofénac sodique avant et après le début de l'accouchement avait prolongé le période de gestation et d'accouchement. Des résultats similaires ont été observés avec d'autres agents anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'évidence suggère que cet effet pourrait être dû à une diminution de la contractilité utérine résultant de l'inhibition de la synthèse des prostaglandines.

Le diclofénac sodique traverse facilement la barrière placentaire. Chez une patiente qui suivait un traitement prolongé avec le VOLTAREN à une dose quotidienne de 150 mg, les taux mesurés dans le lait maternel étaient de 100 ng/ml. Par extrapolation, un enfant de 4 à 5 kg qui consomme un litre de lait maternel par jour absorberait moins de 0,03 mg/kg/jour de VOLTAREN.

Usage chez les enfants

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

Système nerveux central

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

Précautions

Vu qu'on a déjà observé des effets secondaires gastro-intestinaux avec le VOLTAREN (diclofénac sodique) on recommande la prudence lorsque administré à des patients ayant des antécédents d'ulcère gastro-duodénal, de mélèna ou d'affections gastro-intestinales. Il faut bien peser les avantages par rapport aux risques avant d'utiliser ce médicament chez ces patients. (Voir les sections CONTRE-INDICATIONS et RÉACTIONS INDÉSIRABLES.) Les patients souffrant d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou de pyschoses exigent une surveillance toute spéciale.

On doit faire des examens périodiques du système hématopoïétique chez les patients qui suivent un traitement prolongé avec le VOLTAREN, vu qu'il s'est déjà présenté des anomalies de la fonction médullaire (voir RÉACTIONS INDÉSIRABLES). On recommande de faire des examens périodiques de l'hémoglobine car il peut se présenter de l'anémie secondaire à une toxicité des voies gastro-intestinales.

Il faut exercer la prudence lorsqu'on administre le VOLTAREN aux patients souffrant d'atteinte de la fonction hépatique ou rénale.

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

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

Interactions médicamenteuses

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

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

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

Réactions indésirables

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

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

Gastro-intestinales: 15,2%
- Malaise épigastrique ou abdominal, pression, lourdeur ou gonflement: 6%
- Douleur épigastrique, gastrique ou abdominale: 5%
- Nausées: 2%
- Anorexie: 1%
- Diarrhée, vomissements, flatulence, constipation ou éructation: 1%
- Ulcération gastrique ou duodénale et saignements: 0,2%

Système nerveux central: 9%
- Étourdissement: 5%
- Céphalées: 3%
- Malaises, insomnie, somnolence, concentration perturbée, trouble de la vision, fatigue: 1%

Cardiovasculaires: 4,5%
- Palpitations: 2,5%
- Angine, arythmies: 2%

Dermatologiques: 4%
- Rash: 2%
- Prurit: 1,5%
- Éruption cutanée, eczéma, érythème urticarien: moins de 0,5%
- Un patient a présenté un syndrome de Stevens-Johnson.

Oedème et rétention d'eau: 2,5%
- Oedème facial: 2%
- Oedème généralisé: 0,5%

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

Respiratoires:
- Asthme chez les patients sensibles à l'AAS.

Il s'est présenté d'autres réactions indésirables, mais dans des circonstances où il était difficile d'en déterminer la cause. On a relevé les réactions suivantes:

Gastro-intestinales: hyperacidité, stomatite, langue saburrale.

Système nerveux: concentration perturbée, sudation.

Hématologiques: rarement leucopénie, thrombocytopénie, anémie aplastique.

Hépatiques: ictère.

Ophtalmologiques: vision brouillée.

Cardiovasculaires: exacerbation de l'insuffisance cardiaque.

Résultats des épreuves de laboratoire

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

Symptômes et traitement du surdosage

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

Posologie et administration

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

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

Présentation

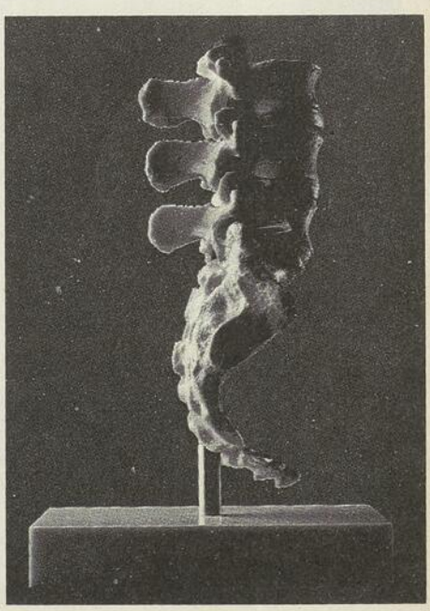
VOLTAREN (diclofénac sodique) comprimé à 25 mg: jaune, rond, légèrement biconvexe. entéro-soluble, bords biseautés, avec les lettres "BZ" imprimées sur un côté et "GEIGY" sur l'autre.

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

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

Geigy

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



La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle administration hospitalière au Québec

Pierre Duplessis[1], Serge Lecours[2] et John Hoey[3]

Résumé

A la suite d'un colloque "La Loi 27 et le médecin en pratique hospitalière" organisé par le programme de résidence en santé communautaire de l'Université McGill et l'Hôpital Général de Montréal, les auteurs reprennent les opinions émises par les participants d'un atelier traitant de "La nouvelle organisation hospitalière." Ils analysent et discutent ensuite de certaines conséquences possibles et de certaines contraintes que pourraient apporter l'application de la loi 27, plus particulièrement en regard de l'article 55. Ils concluent que le texte législatif tel que proposé donne un outil de travail intéressant pour améliorer le système de santé du Québec. Mais avant tout, il appartient au personnel du réseau des affaires sociales, aux bénéficiaires et aux médecins surtout d'en faire usage ; la loi à cet effet n'est qu'un cadre de référence. Elle semble de plus s'insérer dans une perspective de changements inévitables dont celui du médecin qui devient gestionnaire à part entière des ressources sanitaires.

Le 19 novembre 1981, l'Assemblée nationale du Québec était saisie du projet de loi no 27 modifiant plusieurs dispositions législatives notamment à l'égard de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Quatre semaines plus tard, il était sanctionné.

Cette loi a suivi les étapes parlementaires assez rapidement sans pour autant avoir laissé pour compte ou pris par surprise les personnes et organismes concernés. Il y eut en effet une commission parlementaire, le dépôt de plusieurs mémoires et la publication de nombreuses opinions sur le sujet. Ce cheminement a permis de situer cette loi dans le contexte difficile de l'économie et de la politique québécoise actuelle : ses motifs ne sont pas étrangers à la volonté du gouvernement de réduire les dépenses publiques.

Dans le cadre d'un colloque "La Loi 27 et le médecin en pratique hospitalière" organisé par le programme de résidence en santé communautaire de l'Université McGill et l'Hôpital Général de Montréal[1], les auteurs étaient responsables d'un atelier traitant de la nouvelle organisation hospitalière. Ce thème a été abordé dans la perspective de la relation médecin-hôpital et la présente publication discutera plus à fond de l'article 55 de la loi qui a trait aux responsabilités du chef de département clinique.

Méthodologie

Utilisant la technique de "brain storming", c'est-à-dire un échange plus ou moins formel dans le but de générer des hypothèses sans toutefois les valider, deux groupes de quinze participants ont tenu un atelier sur "La nouvelle organisation hospitalière". Cet atelier se situait dans le cadre du colloque dont il est fait mention dans l'introduction de cette série de quatre articles et le lecteur est prié de s'y référer pour une compréhension du déroulement de cet événement.

Nous ferons d'abord une synthèse des opinions émises par les participants sous la rubrique "résultats". Ensuite nous présenterons nos

1) M.D., m.p.h., c.s.p.q., médecin conseil au Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal et consultant pour les établissements du réseau des Affaires sociales, Montréal.
2) M.D., m.p.h., résident IV en santé communautaire, Université McGill, Montréal.
3) M.D., f.r.c.p. (c), chef du Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, professeur agrégé au département d'épidémiologie et de santé et au département de médecine de l'Université McGill, Montréal.

Article reçu le : *8.4.82*
Avis du comité de lecture le : *23.4.82*
Acceptation définitive le : *28.4.82*

propres commentaires puis discuterons de certaines difficultés d'application et des conséquences attendues de cette loi. Nous exposerons ces points dans la partie intitulée "discussion". Nous conclurons en tentant de démontrer que cette loi s'inscrit dans un processus de changement inévitable et de grande importance pour la médecine.

Rappelons en guise de préambule que "la nouvelle organisation hospitalière" repose sur une série d'articles de la loi reproduits au tableau ci-contre.

Le plus important et sans contredit l'article 55 dont le premier alinéa (71.1) définit les responsabilités du chef du département clinique sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP). Elles ont trait aux ressources et activités professionnelles du département : coordination, gestion, règles d'utilisation et distribution de soins.

Le deuxième alinéa (71.2) définit les responsabilités du chef de département sous l'autorité du conseil des médecins et dentistes (CMD). Elles s'appliquent à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire : surveillance, règles de soins.

Le troisième alinéa (71.3) prévoit que les deux précédents peuvent être soumis à des modalités déterminées par règlement.

Pour terminer ce préambule, nous voudrions souligner que les articles 42 et 43 concernent les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), l'article 76, le directeur général (DG), l'article 78, le Conseil des médecins et dentistes (CMD) et enfin l'article 81, le directeur des services professionnels (DSP). Malheureusement leur discussion dépasserait le cadre de cette publication ; de même il ne sera pas discuté ici des implications de la nouvelle structure et des pouvoirs du conseil d'administration, les articles 53 et 61, ni des pouvoirs discrétionnaires du ministre à l'égard de l'organisation ou de la réorganisation du centre hospitalier, les articles 53, 54.

Résultats

Les participants à l'atelier "La nouvelle organisation hospitalière" reprenaient à leur compte l'orientation sous-jacente au projet de loi, celle d'améliorer la performance du système de santé dans son ensemble. Bon nombre soulignait que la qualité des services devrait être maintenue mais à moindre

42. L'article 18 de cette loi est modifié par le remplacement du paragraphe *e* par les suivants:

«*e)* de promouvoir l'échange, l'élimination des dédoublements et une meilleur répartition des services dans la région ainsi que la mise en place de services communs à plusieurs établissements;

"*e. 1)* d'agir, comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'entre eux, dans l'ensemble ou une partie de sa région:

i) pour l'approvisionnement en commun de biens qu'il détermine, à l'exclusion des catégories de biens que le ministre indique;

ii) dans les cas et aux conditions déterminés par le ministre, pour l'approvisionnement en commun de services;».

43. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 18, des suivants:

«**18.1** Lorsqu'un conseil régional est désigné à cette fin par règlement, les centres hospitaliers et les centres d'accueil de sa région doivent lui soumettre, pour approbation, leurs critères d'admission et leurs politiques de transfert des bénéficiaires dans les cas et aux conditions déterminés par règlement.

Malgré le premier alinéa, le ministre peut exiger d'un centre hospitalier ou d'un centre d'accueil qu'il désigne à cette fin en raison de sa vocation particulière, qu'il lui soumette ses critères d'admission et ses politiques de transfert de bénéficiaires. Le ministre prend alors l'avis de tout conseil régional concerné. Une fois approuvés par le ministre, ces critères et ces politiques lient les conseils régionaux et les établissements en cause.

«**18.2** Un conseil régional désigné par règlement peut, afin de connaître de façon quotidienne la situation dans les établissements publics et les établissements privés visés dans les articles 176 et 177, exiger de ces établissements des informations statistiques sur le nombre et la nature des inscriptions et des admissions de bénéficiaires, sur le taux quotidien d'occupation de l'établissement et sur les transferts et transports en ambulance de bénéficiaires.

«**18.3** Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Métropolitain peut, pour répartir les cas d'urgence, mettre sur pied une centrale de coordination à laquelle tout détenteur d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance au sens de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35) doit s'inscrire.

À cette fin, il exerce, de manière exclusive, les fonctions suivantes :

1° établir les critères d'admission et les politiques de transfert des bénéficiaires dans les établissements publics et les établissements privés visés dans les articles 176 et 177;

2° s'assurer que des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence soient adoptées dans ces établissements ou, à défaut, fixer de telles normes;

3° s'assurer que ces établissements adoptent et appliquent, en ce qui concerne l'utiliation et la distribution des lits, des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence ou, à défaut, fixer de telles normes;

4° concevoir et implanter un système d'information régionale pour connaître, de façon quotidienne, la situation dans ces établissements en regard du nombre et de la nature des inscriptions et des admissions de bénéficiaires et de leurs transferts et transports en ambulance ;

5° autoriser le déplacement d'un bénéficiaire vers un autre établissement lorsque l'un de ces établissements vit une situation d'engorgement, après avoir appliqué toutes les procédures en vigueur;

6° recevoir les appels de la population de sa région qui demandent des services d'ambulance et les appels qui proviennent de ces établissements et répartir les demandes entre les détenteurs d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance.

«**18.4** Un établissement est lié par une décision d'un conseil régional prise en vertu des paragraphes d, e.1 et *g* de l'article 18 ou des articles 18.2 ou 18.3.

Le conseil régional ne peut exercer la fonction prévue au paragraphe *e. 1* de l'article 18 que dans les cas où il l'estime avantageux pour l'ensemble des établissements qui sont liés par sa décision.

«**18.5** Malgré le paragraphe *e. 1* de l'article 18, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec peut, avec l'autorisation du ministre, dans la mesure et aux conditions que ce dernier détermine, confie à PARTAGEC Inc., corporation sans but lucratif constituée par lettres patentes délivrés le 8 juillet 1966 en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies, le mandat d'exercer en son nom la fonction d'agir, dans la région ou une partie de la région, comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'établissements pour les approvisionnements en commun de biens ou de services."

55. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 71, des suivants :

«**71.1** Sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, le chef de département clinique :

1° coordonne, sous réserve de l'article 112, les activités professionnelles des médecins et des dentistes dans son département et, dans la mesure prévue par le plan d'organisation du centre hospitalier, gère les ressources de son département;

2° élabore, pour son département, des règles d'utilisation des ressources du centre hospitalier; ces règles peuvent prévoir des sanctions administratives pour, notamment, limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources du centre hospitalier;

3° informe, le cas échéant, le directeur des services professionnels et le conseil des médecins et dentistes de l'inobservation, par un médecin ou un dentiste de son département, des règles sur l'utilisation des ressources;

4° s'assure de la distribution des soins médicaux et dentaires dans son département.

Les règles visées dans le paragraphe 2° du premier alinéa entrent en vigueur sur approbation par le conseil d'administration qui prend, au préalable, l'avis du conseil des médecins et dentistes.

«**71.2** Sous l'autorité du conseil des médecins et dentistes, le chef de département clinique :

1° surveille la façon dont s'exercent la médecine et l'art dentaire dans son département ;

2° élabore, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires et de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

À défaut de chef de département clinique, les responsabilité prévues par le premier alinéa sont exercées par le conseil des médecins et dentistes.

Les règles visées dans le paragraphe 2° du premier alinéa sont soumises au conseil d'administration; celui-ci peut les approuver ou refuser son approbation après avoir pris l'avis du conseil des médecins et dentistes.

«**71.3** Les responsabilités du chef de département clinique décrites aux articles 71.1 et 71.2 s'exercent suivant les modalités qui peuvent être déterminées par règlements.».

76. L'article 105 de cette loi est modifié par l'addition, après le paragraphe *f*, des suivants:

«*g)* dans le cas d'un centre hospitalier, transmettre aux chefs des départements cliniques des informations sur les conséquences adinistratives et financières des activités des médecins et dentistes de leur département ;

«*h)* dans le cas d'un centre hospitalier de soins prolongés, d'un établissement qui offre de tels services ou d'un centre d'accueil, rencontrer périodiquement le comité de bénéficiaires pour le renseigner sur l'administration générale du centre.".

78. L'article 112 de cette loi est remplacé par le suivant :

"112. Le conseil des médecins et dentistes, selon les modalités qui peuvent être déterminées par règlement, est responsable vis-à-vis du conseil d'administration :

1° du contrôle et de l'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement ;

2° du maintien, à un niveau suffisant, de la compétence des médecins et dentistes qui exercent dans l'établissement pour assurer des services de qualité à la population, en ce qui a trait aux soins médicaux et dentaires;

3° de faire les recommandations nécessaires afin que les services médicaux et dentaires soient distribués de façon appropriée;

4° de faire des recommandations sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement;

5° de donner son avis sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des ressources élaborées par un chef de département clinique;

6° d'établir les modalités d'un système de garde permanent dans le centre hospitalier.

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins et dentistes tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.».

81. L'article 118 de cette loi est remplacé par le suivant:

«**118.** Le directeur des services professionnels doit, sous l'autorité du directeur général:

1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 71.1 et cordonner avec les autres directeurs concernés, sous réserve du plan d'organisation, l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement;

2° appliquer les sanctions administratives prévues au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 71.1 et en informer le conseil des médecins et dentistes et les chefs de département clinique;

3° surveiller le fonctionnement des comités du conseil consultatif du personnel clinique et du conseil des médecins et dentistes et s'assurer qu'ils s'acquittent de leurs fonctions et, dans le cas du conseil des médecins et dentistes, qu'il contrôle adéquatement les actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement;

4° assumer toutes autres fonctions prévues au plan d'organisation de l'établissement.».

coût et il semblait clair dans l'idée de tous qu'un des buts principaux du texte de loi visait la réduction des dépenses au chapitre de la santé.

Certaines formulations prêtent cependant à confusion. Ainsi, qu'entend-on par "département clinique" à l'article 55 ? Ces mots placent-ils sur un pied d'égalité un département à caractère plus clinique, la médecine interne par exemple, par opposition à un département diagnostic tel que la radiologie ? Le vocable "ressources" inclut-il toutes les ressources du département, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières ? On voit immédiatement ici les problèmes que poseraient la décentralisation des budgets par département et la gestion du personnel non médical comme le nursing. Qu'implique enfin le mot "gestion" ? S'agit-il d'une administration quotidienne des opérations ou encore de contrôle, d'organisation à un niveau supérieur ?

Sans avoir éclairci les ambiguïtés qui se posent à la lecture du texte de loi, les participants ont aussi souligné plusieurs difficultés susceptibles de surgir lors de sa mise en application. Nous les avons regroupées en trois thèmes qui sont : la compétence du futur chef de département, l'ambivalence de son rôle et, paradoxalement, une augmentation possible des coûts de santé. Examinons-les une par une.

Les participants formulaient ainsi la première difficulté : la compétence du futur chef de département semble problématique, du moins pour le moment présent, car peu de médecins sont en effet préparés pour assumer ces nouvelles responsabilités qui exigeront des aptitudes et des connaissances administratives certaines.

Une seconde difficulté réside dans le fait qu'il semble y avoir contradiction au sein même du rôle qui est assigné au chef de département clinique. Le médecin est et a toujours été le demandeur de services au nom de son patient. En devenant gestionnaire des ressources, il devient aussi pourvoyeur de ces mêmes services.

Enfin, si le but de la loi 27 est entre autres de diminuer ou de maintenir à leur niveau actuel les coûts hospitaliers, il est loin d'être acquis que cet objectif sera atteint avec les moyens mis de l'avant. Si nous restreignons notre analyse à l'article 55 tel que nous en avons accepté la contrainte au début de cette publication, il est prévisible que la gestion de certains départements entraînera une augmentation de la main-d'oeuvre et des techniques administratives. De plus, l'application "des règles d'utilisation des ressources" ainsi que "des règles de soins médicaux et dentaires" pourrait s'avérer ou très lourde (accroissement indu et automatique de tests de laboratoire, de techniques quelconques...) ou impraticable (difficulté de consensus sur les protocoles de soins, sur les critères pour telle mesure administrative...). C'est dans ces termes que s'exprimait la dernière grande difficulté mentionnée par les participants.

Il serait peut-être bon de souligner, en terminant cette brève synthèse des délibérations de notre atelier, qu'il y a deux moyens principaux au sens de la loi pour permettre au chef de département clinique d'exercer pleinement ses fonctions : la gestion des ressources et la surveillance de l'exercice de la médecine. Le premier volet a été davantage la préoccupation de l'atelier auquel se réfère cette publication alors que le second a été laissé au groupe qui traitait de "La loi 27 et les nouveaux outils d'évaluation médicale au Québec"[3].

Discussion

Nous venons d'aborder successivement le contexte et la portée de la loi 27. En restreignant les perspectives d'une "nouvelle organisation hospitalière" aux fonctions du chef de département clinique, nous avons discuté des imprécisions du libellé de l'article, des problèmes posés par la compétence administrative requise, par la contradiction dans laquelle ces nouveaux rôles placent le médecin et enfin par les mesures employées face aux objectifs visés.

Il conviendrait peut-être, avant de pousser plus avant la discussion, de préciser en quoi l'article 55 de la loi touche un des aspects les plus fondamentaux de l'organisation hospitalière. Rappelons que "...l'objectif principal de l'hôpital ...est... celui d'offrir des services personnalisés et des traitements professionnels à des patients sur une base individuelle"[4]. A cet égard, c'est au médecin qu'incombe une grande partie de cette tâche. Et ce sont aussi ses décisions qui entraînent la majeure partie des coûts hospitaliers[5,6]. Il ne participe pourtant pas à la gestion des ressources ; c'est une infrastructure administrative et professionnelle qui exécute ce qu'il a commandé pour son patient et paye ce qu'il en coûte. Ainsi, "... personne n'est vraiment identifié comme responsable sur le plan administratif et financier en regard des coûts pour tout service clinique individuel au niveau d'un département"[7]. "Bon nombre d'auteurs et deux commissions d'enquêtes nationales (américaines) ont laissé entendre qu'un des principaux facteurs contribuant à l'augmentation des coûts hospitaliers et aux problèmes de gestion dans les hôpitaux était l'absence de la participation des médecins à la gestion hospitalière"[8]. L'essence du problème est là et c'est précisément à cela que s'attaque l'article 55.

Le rôle du chef de département clinique

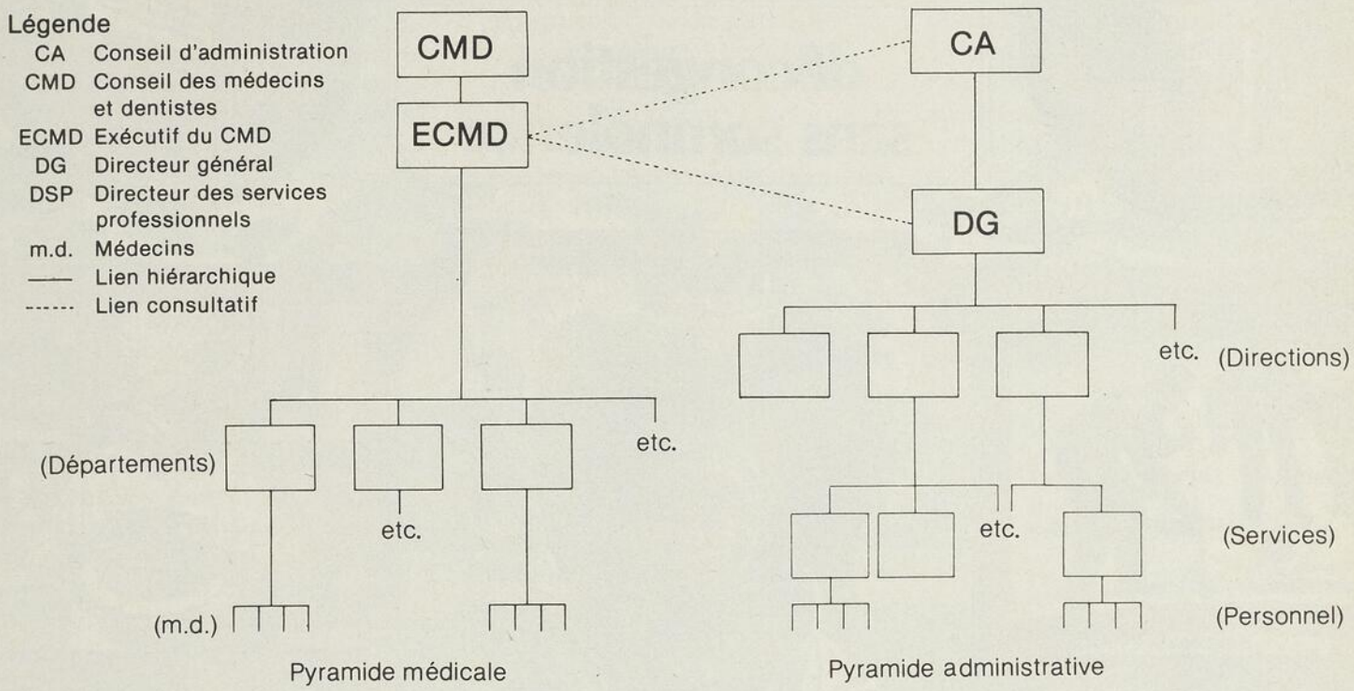
Pour tenter de résoudre cette difficulté, la loi 27 modifie en profondeur le rôle du chef de département clinique : désormais il "gère les ressources de son département" et à ce titre il devient administrateur. Il demeure également titulaire de l'expertise médicale tel que le veut le deuxième alinéa de l'article 55. Il a donc aussi autorité sur l'exercice de la médecine par les médecins du département et il est lui-même médecin.

Pour reprendre la métaphore de Rakich[9], le chef de département s'interpose entre deux pyramides organisationnelles isolées, la structure administrative d'une part et la structure médicale plus ou moins formelle mais non moins réelle de l'autre (fig. 1). Il tente d'en faire le lien, d'en résoudre les principaux conflits : informations peu partagées, objectifs différents et décisions parfois non convergentes. Il relève du DSP, donc de la structure administrative, et du CMD, donc de la structure médicale, avec les pouvoirs de l'une et de l'autre.

Jamais tel exercice de la médecine n'aura été en position aussi privilégiée pour *participer et influencer les décisions importantes du centre hospitalier*. A cet égard, le médecin augmente son pouvoir et ses responsabilités dans la prise de décision qu'il partage avec deux autres entités, le conseil d'administration d'une part et l'administration du centre hospitalier d'autre part. C'est une brèche plus audacieuse dans cette triade décisionnelle[9] (conseil d'administration, direction générale et corps médical) que ne l'étaient les divers mécanismes de représentation et de collaboration prévus par le chapitre 48[10].

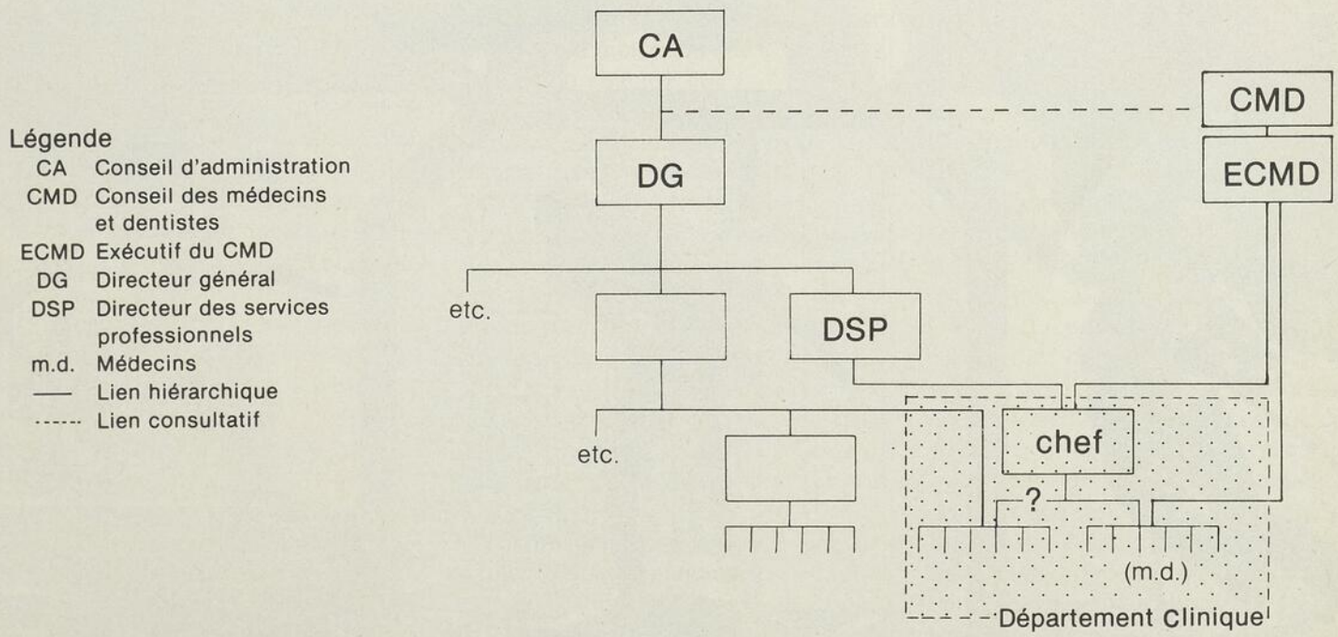
Figure 1. **Représentation de la double pyramide organisationnelle***

Adaptée d'après Rakich[9]



*Cet organigramme n'est pas conforme à la loi mais il représente, selon les auteurs, une réalité souvent rencontrée en milieu hospitalier.

Figure 2. **La nouvelle administration hospitalière (organigramme incomplet)**

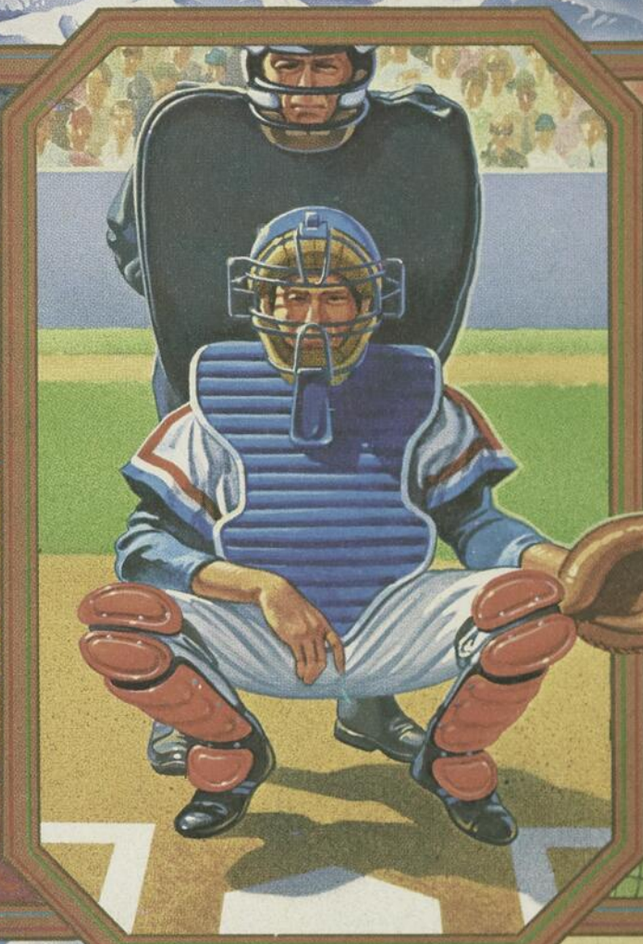


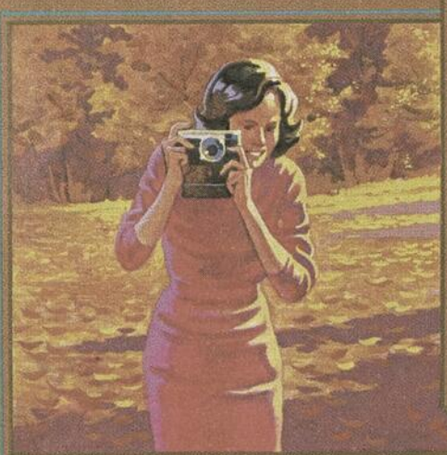
Pour respirer librement en tout temps

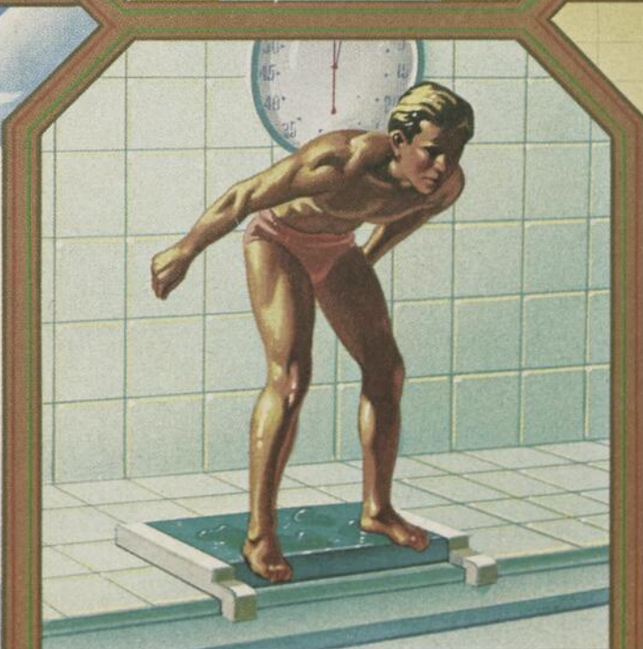
SUDAFED*

(Chlorhydrate de pseudoéphédrine)

décongestion sans somnolence







DIVISION MÉDICALE WELLCOME
BURROUGHS WELLCOME INC.
LASALLE, QUÉ.

PAAB CCPP

*Nom déposé
W-1016

Jamais tel exercice de la médecine n'aura été aussi délicat, aussi difficile en milieu hospitalier. Car, *pour exécuter les décisions,* il faudra à ce chef combiner les deux types d'expertise, être à la fois médecin et administrateur et il devra travailler dans le contexte de la décroissance au moins pour la prochaine décade. *Il jouera sur deux tableaux en même temps,* c'est-à-dire les deux pyramides administratives dont nous parlions plus haut. Mais ici encore son pouvoir sera augmenté d'autant.

Toutefois, il faut y voir des réserves.

Certaines difficultés d'application

Il faudra voir par qui et comment sera assurée de facto la gestion du département. A cet effet, nous endossons les remarques exprimées dans notre atelier lors du colloque, remarques que nous avons résumées dans la section "résultats" et sur lesquelles nous nous permettrons un bref retour en arrière.

La première difficulté rencontrée sera sûrement celle du recrutement d'un chef motivé. Le médecin en général n'est pas enclin à laisser une partie de ses activités cliniques au profit de responsabilités bureaucratiques. A cet effet, la rémunération pour de telles tâches aidera sûrement ; c'est du moins ce que l'on suppose à la lecture de l'article 1 de la loi.

Advenant que cette difficulté soit réglée, il reste celle de la formation dans le domaine administratif sans laquelle les changements escomptés par la loi seraient illusoires[11]. Prenons en exemple la récente législation sur la santé et la sécurité du travail et le concept de médecin responsable[12]. Peu de main-d'oeuvre est actuellement disponible pour répondre à la demande et il faudra bien compter encore quelques années avant d'avoir formé cette nouvelle génération de praticiens. Il en sera très probablement de même avec la loi 27 à la différence qu'il faudra un chef de département pour tout département clinique de tout hôpital.

Trouver et former un chef ne règlera pas pour autant tous les problèmes. Mentionnons la contradiction au sein même de son rôle tel que décrite dans la section "résultats" au début de cette publication. Avec la nouvelle législation, il assumera non seulement son rôle de "prescripteur"[8] mais, participant de façon importante à décider de la quantité de service qui sera offerte, il jouera tout à la fois le rôle de pourvoyeur de ces mêmes services. Il devra décider en fonction d'objectifs parfois contradictoires ; nul doute qu'il sera au centre de discussions vives, le corps médical d'une part et l'administration d'autre part, si l'on considère la période actuelle de contraintes budgétaires.

Cette ambiguïté de rôle sera d'autant plus difficile à résoudre que le chef de département aura à évoluer dans une structure fonctionnelle traditionnelle. Rappelons brièvement que le chef de département n'administre pas le département mais seulement les activités professionnelles des médecins (coordination et surveillance entre autres) eu égard à la compétence du CMD ; le département n'est en réalité que le regroupement de patients ayant un même type de maladie (ex. : département de gynécologie, de cardiologie...). Les catégories de professionnels qui y travaillent relèvent toutes d'une entité hiérarchique différente sans qu'il y ait de coordination, de responsabilité unique et identifiée. En ce sens, le département clinique comme entité propre est une fiction organisationnelle. Quelle forme prendra-t-il avec la nouvelle loi ? Cela reste incertain (fig. 2). Il est cependant une expérience intéressante en marche au Québec depuis 10 ans que nous aimerions rappeler ici : il s'agit du Département de santé communautaire (DSC).

Le modèle du DSC

Le DSC dans un centre hospitalier désigné pourrait peut-être tenir lieu de modèle et à ce titre il est prévisible que l'article 55 de la loi 27 suivra le même cheminement que le règlement 4.5.2.0 du chapitre 48[13].

Le DSC est administré par un médecin et considéré au sens de la loi comme un département clinique. Le chef est responsable de la gestion des ressources de son département eu égard aux allégences professionnelles en matière de soins aux patients (ex. : compétence nursing relevant de la direction du nursing). De plus, il est intéressant de noter que ce type d'organisation fonctionne par programme avec une structure très souvent matricielle[14] et qu'il gère un budget qui lui est propre. Enfin, la formation des chefs de DSC a mis plusieurs années pour être menée à terme dans les domaines de l'administration, de l'épidémiologie, de la biostatistique, etc. Une véritable opération provinciale avait été déclenchée à cet effet.

Une telle expérience s'est avérée positive tant sur le plan de la gestion que de l'exercice de la médecine communautaire. Elle date de 1973[15].

Dire de la loi 27 qu'elle suivra probablement le même cours c'est comprendre que les modifications et les résultats ne se feront pas d'une journée à l'autre. C'est comprendre aussi qu'il faudra des transformations profondes au niveau départemental : un fonctionnement par programme avec des objectifs précis très probablement. C'est comprendre enfin qu'il faudra des changements importants au niveau des attitudes tout autant chez le médecin que chez l'administrateur. Et, bien que la loi donne un pouvoir d'autorité au médecin dans la gestion des ressources de l'hôpital, ce dernier devra voir à le légitimer auprès de l'administration.

Le département clinique, une entité au sein d'un réseau

Nous disions précédemment qu'il fallait voir des réserves aux perspectives prometteuses soulevées par l'article 55. Nous avons surtout concentré notre analyse au niveau départemental. Mais la gestion du département ne s'arrête pas là. Il faudra voir si cette gestion revêtira toute la dimension qu'elle se doit d'avoir. Nous faisons allusion ici au département clinique comme une entité qui doit interagir avec les autres départements tant de son hôpital que des ressources sanitaires du territoire.

En effet, il est illusoire de penser développer ou rationnaliser un service en fonction d'objectifs propres sans tenir compte des effets sur les autres départements de l'hôpital. Assisterons-nous à la généralisation d'une forme d'assemblée ou de conseil de départements ? Peu importe la formule, l'idée d'un regroupement sous quelque forme doit être retenue. Et, à plus large spectre, le département devra considérer ses décisions importantes en fonction de la population qu'il dessert, c'est-à-dire en tenant compte de l'ensemble des ressources socio-sanitaires du territoire[16], des contraintes d'accessibilité et de la limite des interventions médicales. On voit immédiatement se dessiner une certaine forme de régionalisation des décisions, une concertation multi-établissements. Fermer, réduire ou développer un département d'obstétrique par exemple illustre bien nos propos. A notre avis, ces élargissements de la dimension de la gestion du départe-

ment sont essentiels et ils permettent de mesurer l'ampleur du défi posé au futur chef.

Ainsi, il n'est pas évident que l'introduction d'un concept de médecin responsable et gestionnaire du département clinique mènera de facto à l'utilisation efficiente des ressources dudit département[17,18,19]. Les règles de gestion et de soins n'apporteront pas non plus une solution miracle à leur utilisation plus rationnelle[3,20].

Il est bien d'autres facettes du problème qu'il nous faudrait examiner, mais nous risquerions de dépasser le cadre de cette publication et c'est avec regret que nous limiterons notre discussion à ces perspectives.

Conclusion

La loi 27 vise sans contredit un meilleur rendement dans l'utilisation des ressources tout en recherchant une meilleure qualité de service. C'est donc d'une façon positive qu'il faut comprendre cette loi qui, rappelons-le, voudrait entre autres choses permettre "au ministre de rationnaliser la fourniture des services de santé et des services sociaux par les établissements" (notes explicatives de la loi).

Toute imparfaite soit-elle, elle élargit les horizons de la responsabilité administrative en ce qu'elle inclut dorénavant la dimension médicale. C'est une direction importante, inévitable du système de santé. C'est aussi une prérogative, un pouvoir que le médecin ne peut refuser. Devant l'imprécision et le caractère un peu flou de la loi — à dessein peut-être — il lui incombe de s'organiser, de ne pas attendre un quelconque règlement ou un plan d'organisation pour lui tenir lieu de garantie.

Qu'il s'agisse donc de combler l'écart entre le professionnalisme médical et l'administration, qu'il s'agisse de planifier et de gérer les ressources d'un département clinique, c'est un défi que la médecine devra relever, peu importe la loi 27. *Car elle n'est qu'un prétexte, qu'une indication des changements qui surviennent.* Le médecin ne peut plus être étranger aux problèmes de coût et à l'administration des ressources sanitaires, i.e. : des ressources déployées pour la santé d'une communauté. Limiter l'accès à un service ou choisir d'en développer un plutôt qu'un autre suppose une décision éclairée qui prend la forme aujourd'hui de la multidisciplinarité au sein de laquelle le médecin, tout comme le bénéficiaire d'ailleurs, tient une place privilégiée. C'est dans cette direction que nous mène le nouveau rôle confié au chef de département clinique et nous sommes raisonnablement optimistes que la loi agira à cet effet comme un facteur déclenchant, comme un incitatif positif.

summary

Following a seminar entitled "Bill 27 and the Physician in Hospital Practice", organized by the residency programme in Community Health of McGill University and the Montreal General Hospital, the authors examine the opinions of the participants in a workshop dealing with "The New Hospital Organization". They then analyse certain possible consequences and certain constraints which the application of the new law may entail, particularly those concerning article 55.

They propose that the law as written was intended to be used as a frame of reference for reform in the administration of hospitals. In this sense, the law should be useful to hospital personnel, clients, and above all to physicians to bring about improvements in the health care system in Quebec. They conclude that article 55 of Bill 27 is part of a continuing and inevitable change in the health care system, a change which is intended to result in greater administrative responsibility for physicians.

remerciements

Les auteurs voudraient remercier les membres de leur atelier "La nouvelle organisation hospitalière" sans lesquels cette publication n'aurait pas été possible.

bibliographie

1.Université McGill et le Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal :
Le médecin et la loi 27, colloque organisé conjointement par l'Université McGill et le Département de santé communautaire du HGM, le 5 mars 1982 à Montréal.

2.Berlinguet M. et Coll. :
La loi 27 et la pratique médicale en milieu hospitalier. Introduction. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : 515.

3.Carsley J. et coll. :
La loi 27 et les nouveaux outils d'évaluation médicale au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : 541.

4.Georgopoulos B.S. :
The Hospital as an Orgaization and Problem-Solving System, chap. 2, tiré de "Organization Research on Health Institutions", University of Michigan, 1982. (traduction libre).

5.Boutin J.G. et Bisson J. :
Les consommateurs et les coûts de la santé au Québec de 1972 à 1975. Régie de l'Assurance Maladie du Québec, service de la recherche et des statistiques, janv. 1977.

6.Myers L.P. et coll. :
Physician use of services for the Hospitalized Patient : A Review, with Implications for Cost Containment, MMFQ Health and Society 1981 ; 59 : (4) 481-507.

7.Trevelyan E.W. :
Hospital Decision-Making Structures : New Models for Increased Productivity and Effectiveness. Paper presented at the International Conference on Systems Science in Health Care : Montreal, juillet 1980 (Traduction libre).

8.Schulz R. et coll. :
The Medical Staff, chap. 5, tiré de "Management of Hospitals", Blakiston Publ., McGraw-Hill Inc., 1976 (traduction libre).

9.Rakich J.S. :
The Structure of Health Care Organizations, chap. 8, tiré de "Managing Health Care Organizations", Rakich J.S. (ed.) W. B. Saunders Co., 1977.

10.Gouvernement du Québec :
Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., c. S-5, art. 113, première phase, art. 79, alinéa e), 1979.

11.Yanda R.L. :
The leadership function, chap. 1 de "Doctors as Managers of Health Teams", AMACOM, 1977.

12.Gouvernement du Québec :
Loi sur la santé et la sécurité du travail, LRQ, c. 63, art. 117, 1979.

13.Gouvernement du Québec :
Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. 48, 1971.

14.Neuhauser D. :
The Hospital as a Matrix Organization, chap. 8, tiré de "Health Services Management" Kovner A. R., Neuhauser D. (ed.) Health Administration Press, 1978.

15.Duplessis Pierre :
Réflexion sur les Départements de santé communautaire dix ans après la réforme, Montréal. Adm. Hospital Soc., 1981 ; 27 : (6) 30-35 (1ère partie), Adm. Hospital. soc. 1982 ; 28 : 38-46 (2e partie).

16.Schulz R. et coll. :
Trends and Perspectives, chap. 16, tiré de "Management of Hospitals" Blakiston Publ., McGraw Hill, 1976.

17.Schulz R. :
Relationship Between Medical Staff Participation in Hospital Management and Factors of Cost of Medical Care, thèse de doctorat, Université Michigan, Ann Arbor, 1972.

18.Jorgensen C. J. :
Should Doctors be on Your board? tiré de "Hospital Organization and Management : A Book of Readings", Rakich, J. S. (éd.), Cath. Hosp. Ass., 1972.

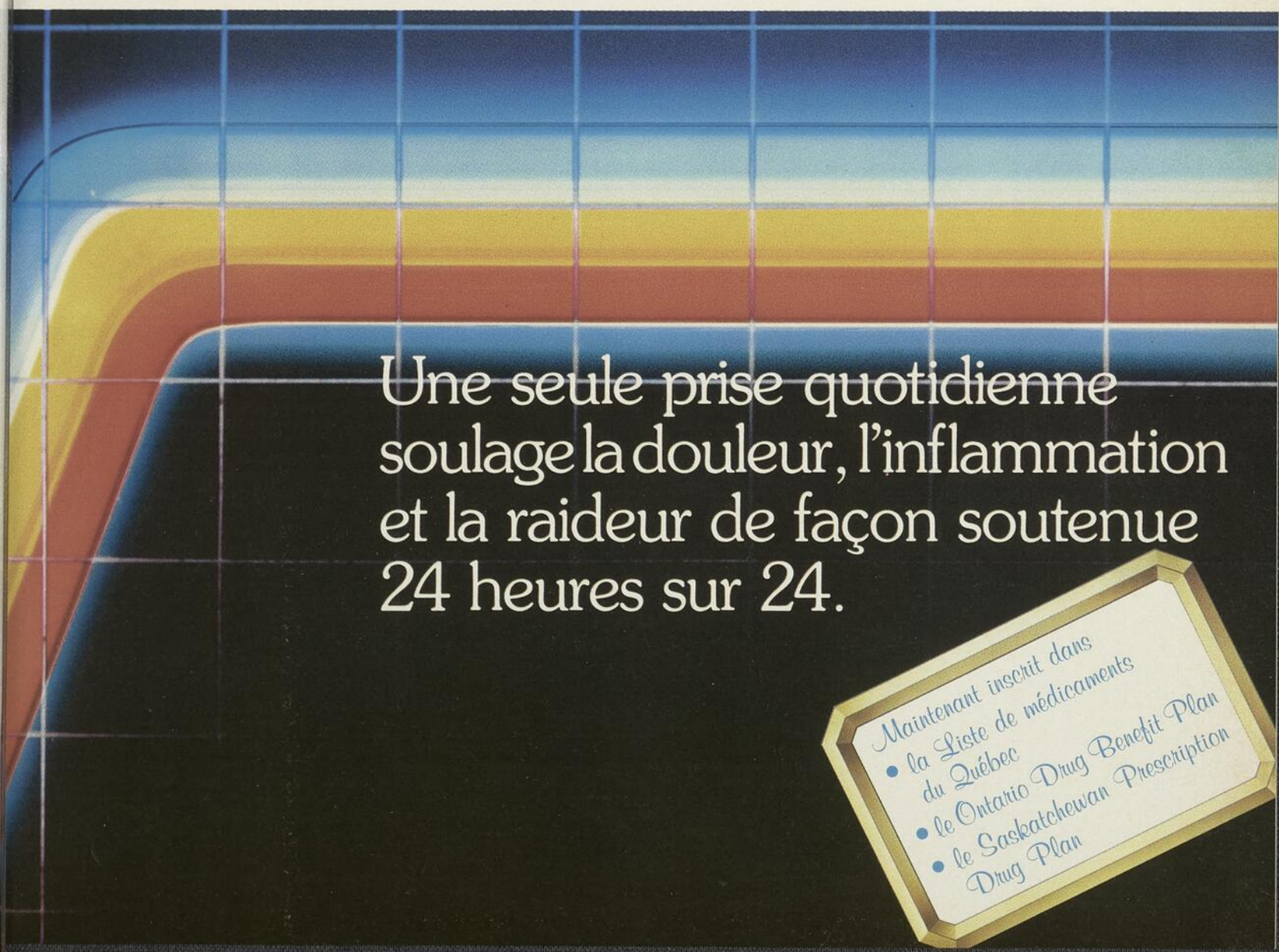
19.Brown D. R. :
A New Administrative Model for Hospitals, tiré de "Hospital Organization and Management : A Book of Readings" Rakich J. S. (ed.), Cath. Hosp. Ass., 1972.

20.Georgopoulos B.S. et coll. :
The Hospital as an Organization, tiré de "Hospital Organization and Management : A Book of Readings" Rakich, J. S. (ed.) Cath. Hosp. Ass., 1972.

Une fois pour toutes...

piroxicam/pfizer

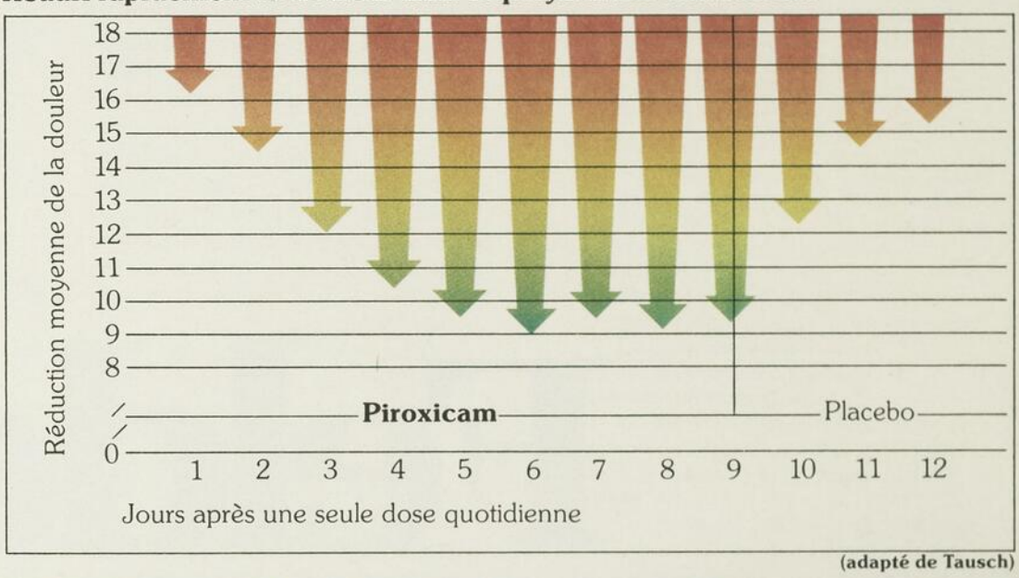
Feldene*



Feldene*, un antiarthritique

soulage la douleur rapidement

Réduit rapidement la douleur dans la polyarthrite rhumatoïde[1]



(adapté de Tausch)

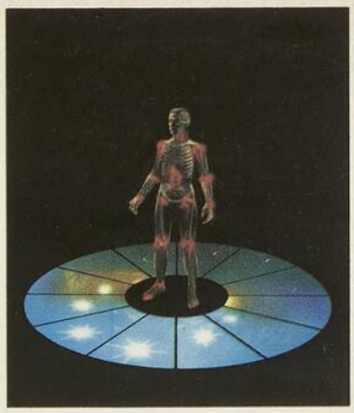
et offre en plus une excellente tolérance

Une étude portant sur plus de 1100 patients atteints d'arthrose a été effectuée dans huit pays européens par 156 omnipraticiens. Les évaluations globales des généralistes ont révélé une tolérance excellente ou bonne chez 92% des patients traités par le Feldene[2].

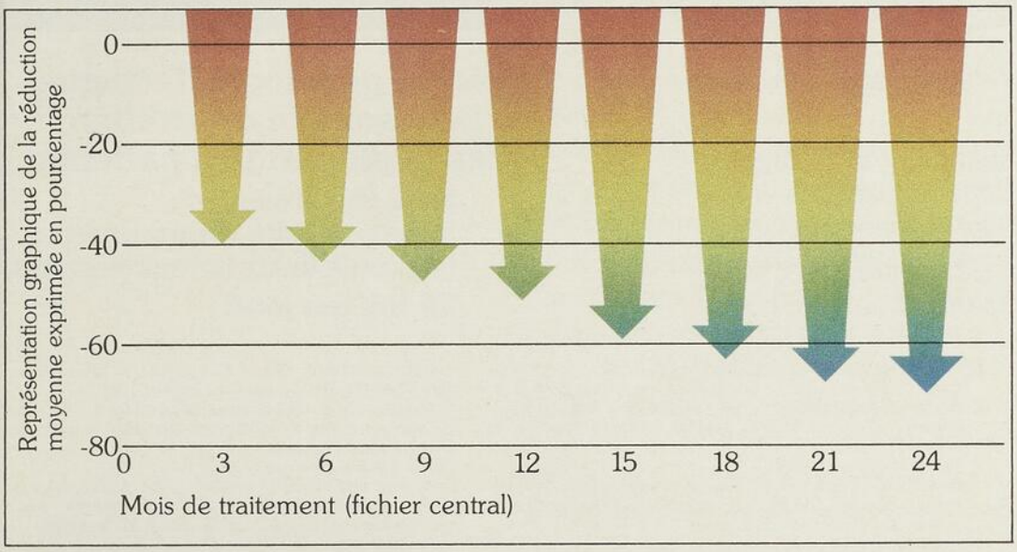
Maintenant inscrit dans
- la Liste de médicaments du Québec
- le Ontario Drug Benefit Plan
- le Saskatchewan Prescription Drug Plan

ettement différent,

et de façon soutenue,



Soulagement continu de la douleur de l'arthrose pendant 2 ans.



Le Feldene a produit une réduction marquée et continue de la douleur chez les patients atteints d'arthrose suivis pour une période allant jusqu'à deux ans.

Feldene*

unique en son genre

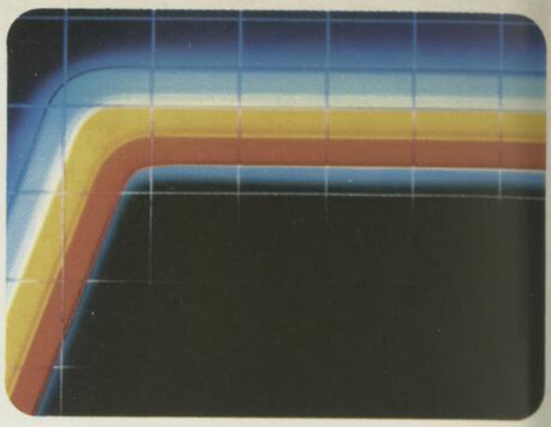
et une efficacité jugée supérieure à celle des agents utilisés auparavant[2].

Évaluations globales et comparatives des investigateurs

Meilleur que	Aussi efficace que	Nbre de patients	Médicament antérieur
88%	10%	50	AAS
54%	39%	41	NAPROXEN
69%	22%	206	INDOMÉTHACINE
71%	24%	79	IBUPROFÈNE
60%	31%	35	SULINDAC
70%	22%	51	DICLOFÉNAC
70%	23%	462	TOTAL

À NOTER: au début de cette étude, on a substitué le Feldene à la médication antérieure. Au total, 462 sujets ont pu être évalués en ce qui a trait aux agents énumérés ci-contre. (Dessain et coll.)

Une fois pour toutes...



Feldene*

- ☐ possède un début d'action rapide et soulage la douleur continuellement;
- ☐ est hautement efficace dans le traitement tant initial qu'au long cours de l'arthrose, de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante;
- ☐ offre une excellente tolérance et provoque peu d'effets secondaires, même lors d'un traitement au long cours.

Voici la posologie d'attaque et la posologie d'entretien chez la plupart des patients:

dans l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, 20 mg par jour.

CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE
Antiinflammatoire doté de propriétés analgésiques.

ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Le FELDENE (piroxicam) est un antiinflammatoire non stéroïdien doté de propriétés analgésiques et antipyrétiques. Son mode d'action n'est pas entièrement connu. Le FELDENE (piroxicam) inhibe l'activité de la prostaglandine-synthétase. La réduction de la biosynthèse des prostaglandines qui en résulte peut expliquer en partie son action antiinflammatoire. Le FELDENE (piroxicam) n'agit pas par stimulation de l'axe hypophyso-surrénalien. Dans la polyarthrite rhumatoïde, l'efficacité de 20 mg de FELDENE (piroxicam) par jour s'est avérée semblable à celle de 4,5 g d'acide acétylsalicylique par jour. Le FELDENE (piroxicam) est bien résorbé après son administration orale. La rapidité et le taux de résorption ne sont pas influencés par l'administration de nourriture ni d'antiacides. L'administration d'une seule dose orale de 20 mg a produit des concentrations plasmatiques maximales en 4 heures environ. Chez l'homme, la demi-vie plasmatique est d'environ 45 heures. Lorsque le médicament est administré chaque jour, les concentrations plasmatiques augmentent pendant cinq à sept jours au cours desquels elles atteignent un état d'équilibre. Ces concentrations ne sont pas dépassées suite à l'ingestion quotidienne continue du médicament. Le FELDENE (piroxicam) est largement métabolisé. Moins de 5% de la dose quotidienne est excrété sous forme inchangée dans l'urine et les selles. L'hydroxylation du cycle pyridinique de la chaîne latérale avec glycuroconjugaison et élimination urinaire constitue le principal processus métabolique. Environ 5% de la dose est métabolisé et excrété sous forme de saccharine.
Au cours d'une période d'observation de quatre jours, vingt hommes en santé ont reçu 20 mg par jour de FELDENE (piroxicam) en une ou plusieurs prises; ils ont présenté beaucoup moins de pertes de sang dans les selles que dix témoins en santé qui recevaient 3,9 g d'acide acétylsalicylique par jour.

INDICATIONS
Le FELDENE (piroxicam) est indiqué dans le traitement symptomatique de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrose (affection dégénérative des articulations) et de la spondylarthrite ankylosante.

CONTRE-INDICATIONS
Le FELDENE (piroxicam) ne devrait pas être administré aux patients atteints d'un ulcère gastro-duodénal ou d'une inflammation active du tractus gastro-intestinal ni à ceux qui ont récemment été atteints de telles affections. Le FELDENE (piroxicam) est contre-indiqué chez les patients qui ont manifesté une hypersensibilité au médicament. Puisqu'une sensibilité croisée a été démontrée, le FELDENE (piroxicam) ne devrait pas être administré aux patients chez qui l'acide acétylsalicylique ou les autres antiinflammatoires non stéroïdiens ont provoqué l'asthme, la rhinite ou l'urticaire.

MISE EN GARDE
Usage durant la grossesse et la lactation
L'innocuité du FELDENE (piroxicam) n'a pas été établie durant la grossesse et l'allaitement; par conséquent, son usage n'est pas recommandé dans ces états. Nous ne savons pas si le FELDENE (piroxicam) traverse la barrière placentaire ni s'il est excrété dans le lait maternel.
Aucun effet tératogène n'a été observé au cours des études sur la reproduction chez les animaux. Chez les rates et les lapines qui ont reçu du FELDENE (piroxicam) durant la gestation, on a constaté une augmentation de la fréquence de dystocie, et la parturition a été retardée; chez la rate, il s'est aussi produit une inhibition de la lactation.
Usage chez les enfants
Le FELDENE (piroxicam) n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 16 ans parce que la posologie et les indications n'ont pas été établies.

PRÉCAUTIONS
On a signalé des cas d'ulcères gastro-duodénaux et des saignements gastro-intestinaux à la suite de l'administration de FELDENE (piroxicam). L'administration du médicament doit être surveillée attentivement chez les patients dont les antécédents révèlent une affection au niveau de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal. Les effets secondaires gastro-intestinaux étant fonction de la dose, il ne faut pas administrer plus de 20 mg par jour. Il faut user de prudence lorsqu'on administre le FELDENE (piroxicam) aux patients atteints d'insuffisance rénale ou hépatique. Comme les autres antiinflammatoires, le FELDENE (piroxicam) peut masquer les signes habituels d'une infection. Le FELDENE (piroxicam) diminue l'agrégation plaquettaire et prolonge le temps de saignement. Il faut tenir compte de ces effets chez les patients qui reçoivent des anticoagulants et tenir ces patients sous une stricte surveillance.
Interactions médicamenteuses
Les études chez l'homme ont révélé que l'administration concomitante de FELDENE (piroxicam) et d'acide acétylsalicylique n'a aucun effet d'importance clinique sur les concentrations plasmatiques de ces deux médicaments.
Le FELDENE (piroxicam) se lie fortement aux protéines; on peut donc s'attendre à ce qu'il déloge les autres médicaments qui se lient aux protéines. Le médecin doit suivre de près les besoins posologiques pour les anticoagulants coumariniques et les autres médicaments qui se lient fortement aux protéines lorsque ces médicaments sont administrés en même temps que le FELDENE (piroxicam).

EFFETS SECONDAIRES
Chez 1025 patients traités par le FELDENE (piroxicam), les effets secondaires gastro-intestinaux sont ceux qui ont été observés le plus souvent (17,3% des patients). Le traitement a dû être interrompu chez 3,9% des patients. Les effets secondaires les plus graves comprenaient les ulcères gastro-duodénaux (1,8%) et les saignements gastro-intestinaux (0,1%). Voici, en résumé, l'incidence des autres effets secondaires:
Gastro-intestinaux
Malaises abdominaux, 5,7%; flatulence, 5,2%; nausées, 4,8%; douleurs abdominales, 4,7%; malaises épigastriques, 4,1%; constipation, 3,8%; diarrhée, 3,2%; anorexie, 2,0%; vomissements, 1,0%; indigestion, 0,7%.
Système nerveux central
Étourdissements, 4,1%; céphalées, 4,1%; somnolence/sédation, 2,1%; autres (tous inférieurs à 1,0%): amnésie, anxiété, dépression, hallucinations, insomnie, nervosité, paresthésie, modification de la personnalité, tremblements et vertige.
Dermatologiques
Éruptions cutanées, 2,4%; prurit, 1,1%; autres (tous inférieurs à 1,0%): alopécie.
Génito-urinaires
Oedème, 2,7%; autres (tous inférieurs à 1,0%): dysurie, fréquence urinaire, hématurie, oligurie et ménorragie.
Oto-rhino-laryngologiques et ophtalmiques
Stomatite, 1,0%; autres (tous inférieurs à 1,0%): vision brouillée, irritation et gonflement des yeux, surdité, tinnitus, épistaxis et glossite.
Divers (tous inférieurs à 1,0%)
Difficultés respiratoires, douleurs thoraciques, hypertension, palpitations, tachycardie, hypoglycémie, sueurs, soif, frissons, rougeurs, augmentation de l'appétit.
Les modifications des paramètres de laboratoire observées au cours du traitement par le FELDENE (piroxicam) comprenaient une diminution de l'hémoglobine, de l'hématocrite, des plaquettes et de la numération des leucocytes; elles comprenaient aussi une élévation de l'azote uréique sanguin, de la créatinine, de l'acide urique et des enzymes hépatiques (LDH, ATGO, ATGP et phosphatase alcaline).

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE
Aucun cas de surdosage n'a été signalé. Aucun antidote spécifique n'étant connu, nous recommandons un traitement d'appoint et symptomatique.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION
Dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, il est recommandé de commencer le traitement par le FELDENE (piroxicam) à raison de 20 mg en une seule prise quotidienne. Cette dose peut aussi être administrée en deux prises quotidiennes de 10 mg. La dose d'entretien chez la plupart des patients est de 20 mg par jour. Un nombre relativement petit de patients peuvent être maintenus à la posologie de 10 mg par jour. Dans l'arthrose, la dose d'attaque recommandée est de 20 mg de FELDENE (piroxicam) en une seule prise quotidienne. Cette dose peut aussi être administrée en deux prises quotidiennes de 10 mg. La dose d'entretien habituelle est de 10 à 20 mg par jour. La posologie du FELDENE (piroxicam) ne doit pas dépasser 20 mg par jour vu l'incidence accrue d'effets secondaires gastro-intestinaux.

PRÉSENTATION
Les capsules de FELDENE (piroxicam) sont présentées en flacons de 100: 10 mg, capsules n° 2 de gélatine dure et opaque de couleur marron et bleu; 20 mg, capsules n° 2 de gélatine dure et opaque de couleur marron.

Monographie du produit fournie sur demande.

Bibliographie

1. Tausch, G. (1980), *Speed of onset and duration of action of piroxicam in patients with rheumatoid arthritis: a placebo-controlled study*, Dans *Piroxicam: A New Non-steroidal Anti-inflammatory Agent*. Compte rendu d'un colloque tenu à Weisbaden, Allemagne le 4 septembre 1979. *Academy Professional Information Services, Inc.*, New York, pp. 22 à 27.
2. Dessain, P. et coll (1979), *Piroxicam in the treatment of osteoarthritis: a multicentre study in general practice involving 1218 patients*, *J. Int. Med. Res.*, 7, pp. 335 à 343.

Pfizer

Pfizer Canada Inc.
KIRKLAND (Québec)
H9J 2M5

*Préparé par Pfizer Canada Inc. (U.I.) F/JA/D1F
Pfizer Inc., propriétaire de la marque de commerce

La loi 27 et les nouveaux outils d'évaluation médicale au Québec

John Carsley[1] et Pierre Tousignant[2]

Résumé

Lors d'un colloque inter-universitaire sur la loi 27, les membres d'un atelier ont utilisé la technique "remue-méninges" pour rechercher les conséquences des articles 21 et 55 de la loi comme outil d'évaluation médicale. Les participants se sont montrés inquiets devant la difficulté d'élaborer des règles de soins et d'utilisation des ressources, et soucieux devant l'impact de telles règles sur les coûts, et devant la possibilité d'abus liés à la diffusion des profils de pratique. Ils ont prédit une augmentation de la recherche évaluative et une stimulation des médecins par la participation aux décisions administratives. À partir de ces éléments, les auteurs élaborent et discutent plus particulièrement les problèmes liés à l'élaboration de règles de soins, la relation entre ces règles et les coûts, et l'effet de la loi sur le comportement des médecins. Le succès de la loi 27 dépendra de la formulation des règlements et du développement de la compétence en évaluation médicale nécessaires pour son implantation.

Bien que l'un des objectifs avérés de la loi 27 soit sans aucun doute un meilleur contrôle des dépenses hospitalières, la façon dont cet objectif est exprimé dans le texte de loi lui confère potentiellement un impact beaucoup plus profond sur la pratique de la médecine. Nous traiterons ici de deux articles de la nouvelle loi, les articles 55 et 21. Ceux-ci contribuent, l'un à l'élaboration d'une réglementation des soins médicaux, l'autre à rendre plus accessibles les informations concernant la pratique des médecins hospitaliers. Ils établissent de nouveaux moyens d'évaluation de la médecine.

Méthodes

Notre analyse se base sur l'un des trois ateliers du séminaire inter-universitaire sur la loi 27 qui s'est déroulé, début mars 1982, à Montréal. Les objectifs et la forme de cette rencontre ont été bien décrits dans la première section de cette série d'articles[1]. Il suffit donc de résumer ici les articles en question avant de passer aux conclusions du colloque et à une discussion des thèmes majeurs qui y ont été évoqués.

L'article 55 de la loi accroît le rôle du chef de département à l'intérieur de l'hôpital (Tableau I). Le chef acquiert les responsabilités de gestion des ressources de son département et de coordination des activités professionnelles des médecins et des chirurgiens. Il (Elle) élabore les règles d'utilisation des ressources (sous la direction du directeur des services professionnels) et les règles de soins médicaux (sous la direction du Conseil des médecins et dentistes). Des sanctions administratives sont prévues contre les professionnels qui ne respectent pas ces règles. C'est le chef du département qui prévient le D.S.P. ou le C.M.D. lorsque ceci se produit.

L'article 21 autorise la RAMQ à communiquer au C.M.D. un profil collectif de pratique de tous les professionnels de l'établissement. Elle peut également adresser au chef de département le profil individuel de pratique des professionnels de son départe-

1) M.D.C.M., C.C.F.P., F.R.C.P.(C), résident chef en Santé communautaire, Université McGill, Montréal.
2) M.D., M.Sc., F.R.C.P. (C), coordonnateur du programme de résidence en Santé communautaire, Université McGill, Montréal.

Mots-clés
Quality of care
Cost control
Législation médicale
Physician-patient relationship

Article reçu le : *8.4.82*
Avis du comité de lecture le : *23.4.82*
Acceptation définitive le : *28.4.82*

ment. Les participants à l'atelier ont discuté de ces articles en utilisant l'approche "remue-méninges" précédemment décrite[1].

Résultats

Tous les participants à cet atelier ont considéré que la nouvelle réglementation et les nouvelles modalités d'accès à l'information étaient des sujets assez différents, par conséquent ils n'ont pas été abordés ensemble. Ce rapport respecte cette distinction. Les participants à l'atelier se sont montrés d'abord préoccupés par l'article 55 ; nous parlerons de cet article en premier.

Article 55

Étant donné qu'ont déjà été envisagées dans un autre atelier les conséquences éventuelles sur la gestion des hôpitaux de l'article 55[2], nous nous sommes concentrés sur l'analyse de l'impact des nouvelles règles sur les activités professionnelles des médecins et sur les rapports médecin/malade.

Les participants ont souligné la difficulté d'élaborer des règles de soins médicaux et d'utilisation des ressources. Ils pensaient qu'il s'agit là d'un processus laborieux, litigieux et qui demande une certaine compétence. Est-il réaliste d'attendre du chef du département qu'il mette en vigueur une série de mesures couvrant tous les problèmes des patients de son département ?

La préoccupation connexe à cette question est l'apparition de très grandes disparités du point de vue de la réglementation entre hôpitaux et entre régions. Cet article de la loi aboutira-t-il à l'établissement de normes de soins différentes à travers la province ? Au contraire, cette tâche s'avérera-t-elle si difficile que les règlements seront si vagues et si mal définis qu'ils n'auront pas le moindre effet ?

Certains participants se sont également inquiétés du fait que l'existence d'une réglementation ne garantissait pas forcément une baisse des coûts. De plus, beaucoup d'entre eux pensent que cette réglementation pousserait les médecins à se conformer aux directives de l'établissement, ce qui serait en contradiction avec leur rôle de défenseurs du patient. Il pourrait même y avoir conflit entre les deux catégories de règlements. Comment ces conflits seraient-ils résolus ?

D'un autre côté, l'obligation d'établir des règles a été considérée comme un stimulant pour la recherche évaluative. Cet accent mis sur l'évaluation se traduira peut-être par une amélioration de la qualité des soins. De plus, le fait de participer à des décisions concernant la gestion se traduira peut-être par un rapprochement des départements et un dynamisme accru à l'intérieur de ceux-ci.

On redoute beaucoup que cette nouvelle réglementation ne reflète les préjugés du chef de département et qu'en plus il en soit fait mauvais usage. Le gastro-entérologue limitera-t-il l'utilisation de la colonoscopie et de la gastroscopie ? L'élaboration de cette réglementation conduira-t-elle à des

---

20. L'article 65 de cette loi est modifié:

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

«**65.** L'article 63 n'interdit pas de révéler des renseignements obtenus pour l'exécution de la présente loi au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, au Bureau de la Corporation professionnelle des dentistes du Québec, au bureau de la Corporation professionnelle des optométristes du Québec, au Bureau de la Corporation professionnelle des pharmaciens du Québec, au comité de discipline ou au comité d'inspection professionnelle de chacune de ces corporations ou, en ce qui concerne les professionnels d'un établissement, au conseil des médecins et dentistes de cet établissement.»;

2° par le remplacement du quatrième alinéa par le suivant :

«Elle peut également, avec l'autorisation du gouvernement et selon les conditions qu'il détermine, transmettre les mêmes renseignements aux ministères ou organismes suivants du gouvernement du Québec: le ministère des Affaires sociales, le ministère du Travail, de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le ministère des Transports, le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche, le ministère de l'Éducation, le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, le ministère du Revenu, la Régie des rentes du Québec, la Régie de l'assurance automobile du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Commission des normes du travail.».

21. Cette loi est modifiée par l'addition après l'article 66 du suivant:

«**66.1** La Régie transmet au ministre ou au conseil des médecins et dentistes d'un établissement, sur demande, le profil de pratique collectif des professionnels de la santé d'un établissement ou de ceux qui exercent un même genre d'activité dans cet établissement. Ces renseignements ne doivent pas indiquer les nom, prénom et adresse des professionnels.

La Régie transmet au chef de département clinique d'un centre hospitalier, sur demande, le profil de pratique individuel en établissement des professionnels de la santé qui exercent leur profession dans son département.

Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les renseignements qui doivent être mentionnés dans les profils de pratique.».

22. L'article 67 de cette loi, modifié par l'article 37 du chapitre 9 des lois de 1981, est de nouveau modifié par l'addition, après le premier alinéa, du suivant:

«Il n'interdit pas de révéler au ministre les renseignements sur les services assurés dispensés par territoire ou par genre d'activité dans un territoire ou un établissement. Ces renseignements ne doivent pas indiquer les noms, prénom et adresse d'un professionnel.».

55. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 71, des suivants:

«**71.1** Sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, le chef de département clinique:

1° coordonne, sous réserve de l'article 112, les activités professionnels des médecins et des dentistes dans son département et, dans la mesure prévue par le plan d'organisation du centre hospitalier, gère les ressources de son département;

2° élabore, pour son département, des règles d'utilisation des ressources du centre hospitalier; ces règles peuvent prévoir des sanctions administratives pour, notamment, limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources du centre hospitalier.

3° informe, le cas échéant, le directeur des services professionnels et le conseil des médecins et dentistes de l'inobservation, par un médecin ou un dentiste de son département, des règles sur l'utilisation des ressources;

4° s'assure de la distribution des soins médicaux et dentaires dans son département.

Les règles visées dans le paragraphe 2° du premier alinéa entrent en vigueur sur approbation par le conseil d'administration qui prend, au préalable, l'avis du conseil des médecins et dentistes.

«**71.2** Sous l'autorité du conseil des médecins et dentistes, le chef de département clinique :

1° surveille la façon dont s'exercent la médecine et l'art dentaire dans son département ;

2° élabore, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires et de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

À défaut de chef de département clinique, les responsabilités prévues par le premier alinéa sont exercées par le conseil des médecins et dentistes.

Les règles visées dans le paragraphe 2° du premier alinéa sont soumises au conseil d'administration ; celui-ci peut les approuver ou refuser son approbation après avoir pris l'avis du conseil des médecins et dentistes.

«**71.3** Les responsabilités du chef de département clinique décrites aux articles 71.1 et 71.2 s'exercent suivant les modalités qui peuvent être déterminées par règlement.».

luttes d'influence entre groupes d'intérêts ?

Dans le même ordre d'idée, certains membres du groupe pensaient que les sanctions constituent une évaluation punitive plutôt que formatrice, ce qui risque de conduire à la polarisation des médecins et à la stagnation de la pratique médicale. L'une des autres conséquences possibles de l'établissement de règles de soins médicaux est la démoralisation du médecin. Ces règles tueront-elles "l'art" du diagnostic et du traitement ? Le jugement individuel sera-t-il remplacé par le jugement collectif, d'où une baisse de l'autonomie, de l'initiative et de la qualité de l'acte médical qui doit s'adapter aux conditions individuelles.

Article 22

L'article 22 a suscité beaucoup moins de discussions dans le groupe. Ses conséquences éventuelles sur la pratique médicale semblent moins importantes.

Toutefois, les participants ont pensé que communiquer les profils de pratique au C.M.D. et au chef de département peut avoir plusieurs effets. Le contenu de ces profils n'est pas défini. Comment sera-t-il établi ? Par décret ou par la négociation ? Plusieurs membres du groupe avaient l'impression que les informations recueillies à l'usage de la Régie ne seraient pas forcément utilisables pour la gestion. Un médecin qui utiliserait davantage une certaine technique ou un type d'examen donné pratiquerait-il une médecine meilleure ou pire que ses confrères ou simplement différente ?

Enfin, les participants se sont inquiétés du fait que ces profils pourraient être utilisés à des fins politiques. Utiliserait-on la menace d'un profil aberrant selon les règles établies pour forcer certains médecins de l'équipe à bien se conduire ?

En résumé, les participants avaient l'impression que ces articles pouvaient résulter en deux types de conséquences contraires : l'exploitation et la démobilisation intellectuelles des médecins ou la participation salutaire aux activités hospitalières et l'amélioration de la qualité des soins. Ils étaient tous d'accord sur le fait que c'est la réglementation qui déterminera laquelle de ces deux hypothèses s'avérera la bonne.

Discussion

Une grande variété d'interrogations a été soulevée lors de l'atelier. Puisque le but de tous les ateliers était une approche de type "remue-méninges", envisageant toutes les conséquences possibles de la loi sans chercher à déterminer si elles étaient probables ou souhaitables, il semble que nous ayons atteint notre but. Cependant nous irons plus loin dans ce chapitre que la simple évocation des possibilités. Nous essaierons de répondre aux trois questions principales soulevées lors de cet atelier. Premièrement, quelle est l'approche réaliste pour l'élaboration d'une réglementation des soins médicaux ? Deuxièmement, l'existence d'une telle réglementation implique-t-elle automatiquement une diminution des dépenses hospitalières ? Enfin, est-il possible de prédire l'impact de ces deux articles de loi sur le comportement professionnel des médecins ?

Il ne fait pas de doute que l'élaboration de règles de soins médicaux représente une tâche énorme. Il existe, certes, des listes de critères et des normes de qualité des soins utilisées couramment dans l'évaluation de plusieurs maladies[3] mais elles ont rarement fait l'objet d'analyses sérieuses[4]. Bien qu'il s'agisse peut-être de règles simples à établir, elles présentent des faiblesses au moins sous deux aspects. Tout d'abord, la plupart de celles-ci peuvent apparaître comme trop compliquées et rigides pour répondre à toutes les situations où une décision clinique doit être prise[5].

En deuxième lieu, elles peuvent avoir pour effet d'accroître les dépenses sans contribuer en quoi que ce soit à l'amélioration de la santé des patients[6]. On peut partiellement pallier à ces problèmes en rassemblant les différents critères et normes dans les algorithmes ou organigrammes. Ces algorithmes ajoutent une certaine dimension de physiologie à l'anatomie des critères utilisés seuls.

Cependant il n'est pas facile de construire un organigramme de critères et il n'en existe que pour fort peu de maladies. Même pour des maladies simples, spécifier toutes les stratégies de soins possibles devient une tâche importante. Par exemple, pour le mal de gorge, Forsyth a établi des règles reposant sur des constatations cliniques, les caractéristiques démographiques du patient et les modalités de traitement ; tout ceci aboutit à une matrice de trente-six combinaisons possibles dont les effets peuvent être vérifiés[7]. Les maladies plus complexes des patients hospitalisés nécessiteraient des algorithmes encore plus élaborés.

Donabedian pense que les instruments permettant de mesurer la qualité des soins existent déjà — analyse des décisions, analyse des rapports coût-efficacité et coût-bénéfice — mais que les éléments nécessaires à leur utilisation adéquate sont encore loin d'être rassemblés[4]. De plus, le médecin praticien n'est en général ni familiarisé avec ces moyens généraux ni avec ceux plus spécifiques mentionnés ci-dessus. Et c'est pourtant un médecin praticien qui devient chef de département. L'article 55 demande au médecin de jouer le rôle d'un évaluateur des soins médicaux, alors que ce rôle exige des compétences particulières ne faisant pas partie normalement de sa formation.

Manifestement, s'il faut développer une réglementation bien adaptée des soins médicaux et de l'utilisation des ressources dans tous les départements de tous les hôpitaux dans toutes les régions de la province, les chefs de département doivent recevoir une assistance tant individuelle que collective vu la complexité, l'ampleur et la nouveauté pour eux de la tâche qui les attend. Cette aide peut provenir de différentes sources ; il existe des experts en la matière au sein même de l'organisation sanitaire actuelle ainsi que dans les universités. Aux États-Unis, aux prises avec un problème semblable d'évaluation des soins, certains sont allés jusqu'à suggérer qu'un institut du secteur privé remplisse cette fonction[8]. Mais peu importe où se trouvent les experts, l'essentiel est de les recruter rapidement afin qu'ils contribuent à accomplir la tâche proposée d'une façon coordonnée et scientifiquement valable.

Si l'on parvient à élaborer cette réglementation, va-t-elle vraiment contribuer à faire baisser les dépenses hospitaières ? Voilà qui pose l'épineux problème du rapport qualité-prix.

Le rapport empirique entre qualité et coût demeure largement inexploré[4]. Nous avons mentionné plus haut l'effet possible des listes exhaustives de critères. Des études d'organisations ont abouti à des résultats contradictoires. Neuhauser a découvert que la coordination régulatrice (où il existe une désignation hautement spécifique

des procédures comme ce serait le cas dans la réglementation proposée) présentait une corrélation positive avec l'efficacité, mais négative avec la qualité des soins, quoique non significative[9]. En revanche Georgopoulos et Mann ont constaté une corrélation positive entre la coordination régulatrice et la qualité des soins[10]. Longest n'a trouvé aucune corrélation négative entre les deux et n'a pu conclure qu'à une corrélation positive entre la coordination régulatrice et l'efficacité[11]. En bref, le rapport entre réglementation et coût des soins médicaux est loin d'être clair. Il semble nécessaire d'effectuer plus de travaux empiriques sur ce rapport.

Ici encore le besoin se fait sentir de consulter des experts pour évaluer les stratégies de soins et analyser le rapport coût-bénéfice si nous voulons éviter des conflits entre deux types de règlements et nous assurer qu'ils ont le double effet de garantir la qualité tout en réduisant l'utilisation des ressources.

Incidence sur le comportement du médecin

Il s'agit peut-être là de la question la plus importante soulevée dans cet atelier. Le succès de la loi 27 repose sur la bonne volonté et la collaboration de tous les médecins hospitaliers. La participation des médecins à la gestion peut à la fois entraver et favoriser cette collaboration.

Le médecin a toujours rempli le rôle de défenseur du patient. Selon Schoolman, "le médecin se fait l'avocat du bien-être de son patient tel que perçu par le patient et non d'une intervention particulière"[12]. Quand il est appelé à prendre la défense de l'établissement ou de la société (comme quand il doit se plier aux règles d'utilisation des ressources) il se trouve dans une situation de conflit. Donabedian énonce très bien ce dilemme (traduction libre) :

> Dans la mesure où l'intérêt général diffère de l'intérêt particulier et où le praticien de santé est le gardien des deux, le rapport médecin-malade devient très tendu et la définition de la qualité pose un dilemme moral[4].

Les médecins peuvent refuser de tenir ce rôle s'ils perçoivent qu'il menace leur intégrité professionnelle[12]. Ce dilemme peut être particulièrement crucial pour le chef de département. Il est important que la défense de l'établissement préconisée par l'article 55 ne devienne pas un sujet de frictions entre le chef et les membres de son département. Étant donné que le Conseil des médecins et dentistes supervise l'élaboration des règles de soins médicaux, il devrait être relativement facile de s'assurer la collaboration de tous les membres du département ; leur participation doit être garantie dans la pratique.

Les sanctions et l'existence de profils de pratique individuels auront sans aucun doute un effet sur le comportement du médecin. Les médecins ont sûrement des réactions différentes face à des incitations négatives plutôt que positives et à la surveillance des individus plutôt que des groupes[3]. Dans quelle direction ces réactions s'orienteront-elles ? Celles-ci devraient faire l'objet d'une analyse plus poussée. La participation des médecins à la gestion peut être une source de conflit, mais elle peut également être intéressante sur le plan professionnel. A cause de leur désir d'autonomie, les médecins sont souvent en désaccord avec les administrateurs de l'hôpital[14]. De plus, ils préfèrent établir leurs propres objectifs et leurs propres normes de qualité de soins[15]. Comme le soulignent Young et Saltman la question n'est pas de savoir si la pratique hospitalière va être réglementée mais comment et par qui[13].

En confiant carrément l'élaboration des règles aux médecins, la loi 27 répond au désir de ceux-ci de s'occuper de leurs propres affaires. Une réglementation mise au point par des membres de la profession sera mieux acceptée que si elle a été élaborée par des administrateurs ou des bureaucrates du gouvernement.

Pour que ces règles demeurent acceptables, il faut cependant qu'elles laissent place à une certaine souplesse après leur élaboration. Il est essentiel que les médecins puissent disposer d'une certaine marge de manoeuvre et, plus important encore, qu'ils sentent que cette marge existe.

Conclusion

Cet article et les deux qui l'ont précédé ont un thème commun. La loi 27 est prometteuse d'effets aussi bien bénéfiques que nuisibles. Le libellé de la loi est bref et vague. C'est pourquoi les règlements auront une telle importance. Tous les médecins praticiens concernés devront faire un effort et utiliser leurs compétences pour répondre aux objectifs de cette loi ambitieuse. Ceci implique une concertation à l'intérieur des départements et des hôpitaux et entre établissements, concertation nécessaire pour rassembler et coordonner toutes les compétences dans les domaines de la santé communautaire, de la qualité des soins, de l'évaluation et de la gestion.

Il n'est pas facile non plus de déterminer si cette loi sera un succès ou un échec. Les coûts de santé au Québec sont parmi les plus bas de toute l'Amérique du Nord. Toute réduction de ces coûts serait par conséquent peut-être moins perceptible que dans un endroit où les dépenses de santé par tête sont plus élevées. Nous devons donc faire preuve de dynamisme et de patience. Si la première de ces qualités est fort répandue parmi nous, on ne peut en dire autant de la seconde. Pour accomplir la tâche que nous entreprenons il faudra sans doute plus de temps que la durée d'un mandat électoral et, certes, il sera difficile de persuader nos gouvernements de voir à plus long terme. Les politiciens, comme les médecins, devront collaborer de façon ouverte et patiente à cet effort pour améliorer la santé de notre société.

summary

As part of an interuniversity seminar on Bill 27, we discussed the possible consequences of Articles 55 and 21 of this Bill as tools of medical evaluation in a workshop using the brainstorming technique. Participants expressed concern about the difficulty of elaborating rules of medical care and resource use, that rules may not decrease costs, and that both the rules and the increased availability of physician's practice profile might lead to abuses. They felt that evaluative research would increase and that involvement in management decisions would stimulate physicians. Some problems of establishing criteria of care, the relationships between rules and cost, and the effect of the law on physician behaviour are discussed. The success of Bill 27 will depend on its regulations and the recruiting of the expertise in medical evaluation necessary for its implementation.

remerciements

Les auteurs voudraient remercier les membres de leur atelier "Les nouveaux outils d'évaluation médicale" sans lesquels cette publication n'aurait pas été possible, ainsi que Marie-Noël Korcaz pour la traduction de ce texte.

bibliographie

1.Berlinguet M. et coll. :
"La Loi 27 et la pratique médicale en milieu hospitalier. Introduction. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : 515.

2.Lecours S., Duplessis P., Hoey J. :
La loi 27 et le chef de département clinique : vers une nouvelle organisation hospitalière au Québec. Union Méd. Canada, 1982 ; 111 : 530.

3. Sample criteria for short stay hospital.
Review (Screening criteria to assist P.S.R.O. in quality assurance). American Medical Ass. Contract H5A10574206 D.H.E.W.

4.Donabedian A. :
"Needed Research in the Assessment and Monitoring of the Quality of Medical Care" NCHSR Research Report Series, USDHEM Public Health Service, National Center of Health Services Research (PHS) 78-3219.

5.Greenfield S. et coll. :
Physician preference for criteria mapping in medical care Evaluation. Family Prac. 1978 ; 6 : (5).

6.Brook R.M., Appel FA. :
Quality of care assessment. Choosing method for peer review. New Engl. J. Med., 1973 ; 288 : 1323.

7. Forsyth R.A. :
Selective utilization of Clinical diagnosis in treatment of pharyngitis. J. Family Pract. 1975 ; 2 : 173-177.

8.Bunker J.P., Fowres J., Schaffarzick R. :
Evauation of mdical technology strategies. New Engl. J. Med., 1982 ; 306 : 687-692.

9.Neuhauser D. :
The Relationship between Administrative activities and hospital performance. Chicago, University of Chicago Press, 1971, pp. 15-16.

10.Georgopolous B.S., Mann. F.C. :
The Community General Hospita. New York, MacMillan Co., 1962, pp. 270-71.

11.Longest B.B. :
Relationships between coordination, efficiency, and quality of care in General hospitals in Health Services Management, Korner, A.R., Neuhauser, H. éd. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press 1978, pp. 123-142.

12.Schoolman H.M. :
The Role of the Physician as a patient advocate. New Engl. J. Med., 1977 ; 296 : 103.

13.Young D.W., Saltman R.B. :
Medical Practical, Case Mix and cost containment. JAMA, 1982 ; 247 : (6).

14.Coke W., Carsley J. :
Données non publiées.

15.Bucher R., Stelling J. :
Characteristics of professional organizations. J. Heath Soc. Behavior, 1969 10 : 3-15.

Revue de livres

R. Touraine et J. Revuz,
Dermatologie clinique et Vénéréologie
Masson, Paris, 1982.

Ce magnifique livre de dermatologie et de vénéréologie clinique vient de paraître, il y a quelques semaines, aux Éditions Masson de Paris. Imprimé sur papier glacé, d'un format pratique et non encombrant, ce volume compte 400 pages et 150 photos en couleurs. Précédé d'un chapitre sur la sémiologie cutanée et d'un autre sur le prurit et les manifestations psycho-cutanées, l'ouvrage comporte 29 autres chapitres consacrés chacun à différents groupes de lésions dermatologiques. En voici quelques exemples : Eczéma et dermatites, Psoriasis et dermatoses psoriasiformes, Dermatoses bulleuses, Dermatoses parasitaires, Pathologie unguéale, Purpuras, etc. Ce livre couvre l'ensemble du domaine de la dermatologie clinique. Après avoir décrit chaque entité, les auteurs élaborent le traitement d'une façon claire et précise.

Nous ne saurions assez insister sur la haute qualité technique des photos en couleurs qui sont parmi les plus belles qu'il nous fut donné de voir. Les dermatoses les plus fréquentes et d'autres plus rares sont magnifiquement reproduites. La vision de ces lésions remplacera adéquatement la description ou la lecture du texte si le lecteur ne veut s'y attarder.

Comme disent les auteurs dans l'introduction, "la dermatologie est une branche active, évolutive de la médecine en constante intrication avec la pathologie générale". Tout médecin doit en savoir les rudiments. Ce livre fournira l'occasion de suppléer l'enseignement que n'ont reçu les jeunes générations de médecins qui furent privés, jusqu'à tout récemment, de cours magistraux ou de cliniques dermatologiques par les responsables des curricula depuis une dizaine d'années.

Le livre des professeurs Touraine et Revuz s'avérera précieux pour l'étudiant, le généraliste qui est confronté quotidiennement à des problèmes dermatologiques et pour tout médecin qui désire connaître un groupe de maladies sur lesquelles on l'interroge souvent.

L'ouvrage se termine par un index alphabétique détaillé. Il permet donc une consultation rapide et apporte la réponse à la plupart des problèmes susceptibles de se rencontrer.

Marcel Cadotte

La sclérodermie juvénile

Michèle Girouard[1], Claude Paré[2] et Monique Camerlain[3]

Résumé

Les auteurs résument le tableau de présentation et l'évolution clinique de 4 cas de sclérodermie juvénile diagnostiqués de 1972 à 1981 au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke. Trois patientes présentaient une forme systémique: une de type diffus, deux de chevauchement et une un tableau localisé de type morphée associé à une arthrite. La survie est de 4 à 18 ans et trois présentent un tableau progressif.

La sclérodermie fut décrite il y a deux siècles[1]. Elle est un trouble de la synthèse du collagène qui peut atteindre la peau, le tractus gastro-intestinal, le coeur, le poumon, le rein et la synoviale. Elle s'accompagne de lésions vasculaires prolifératives et de lésions microvasculaires oblitérantes[2]. Les formes localisées : morphée, sclérodermie linéaire et en "coup de sabre" évoluent rarement vers une forme systémique. Elles ont un bon pronostic. Les formes systémiques généralisées, sclérodermie diffuse et "Crest", ont un pronostic plus réservé proportionnel à la sévérité de l'atteinte viscérale. Les formes systémiques associées à d'autres troubles rhumatologiques forment le groupe des maladies de chevauchement et leur pronostic est aussi relié aux organes atteints[3]. Le but de cet article est de présenter quatre cas de sclérodermie juvénile diagnostiqués au CHUS de 1972 à 1981. La sclérodermie est une maladie rare chez l'enfant: en 1895, 505 cas pouvaient être retracés dans toute la littérature dont 12 systémiques et, de ceux-ci, un seul satisfait aux critères reconnus aujourd'hui[4]. Plus près de nous, on note que cinq cas seulement ont pu être retracés dans les archives de la clinique Mayo de 1935 à 1958[5]. L'intérêt de nos cas vient de la variété de leur présentation et de la durée de leur évolution (4 à 18 ans) sous un traitement conservateur.

Caractéristiques cliniques (tableau I)

Toutes nos malades sont des jeunes filles dont le tableau a commencé dans la deuxième enfance, voire l'adolescence. Trois ont une forme systémique : une sclérodermie diffuse, deux des formes de chevauchement et la dernière présente une forme localisée de type morphée. Le phénomène de Raynaud fut la première mani-

1) M.D., résidente en dermatologie, Hôtel-Dieu de Montréal, Montréal.
2) M.D., professeur titulaire, département de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke. P.Q.
3) M.D., professeur agrégé, département de médecine, Unité des Maladies Rhumatismales, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, P.Q.

Article reçu le : *19.2.82*
Avis du comité de lecture le : *27.2.82*
Acceptation définitive le : *8.3.82*

Tableau I

Caractéristiques cliniques

Cas	Sexe	Forme	Âge du début	Durée d'évolution	1er symptôme Raynaud	1er symptôme autre	État actuel
D.R.	F	Local.	6	18		+	Arrêté
S.S.	F	Syst. diffuse	12	4	+		Progressif
A.M.N.	F	Syst. chevauc.	8	14	+		Progressif
C.S.G.	F	Syst. chevauc.	6	18		+	Progressif

festation de la maladie dans deux cas systémiques : un diffus (SS) et un de chevauchement (AMN). Notre cas de type morphée s'est d'abord présenté avec une polyarthrite (D.R.), l'autre forme de chevauchement accusa d'abord un gonflement parotidien (C.S.G.). La durée d'évolution varie de 4 à 18 ans. Trois ont un tableau progressif mais qui n'a pas à ce jour touché significativement les organes vitaux. Notre malade atteinte de morphée a vu s'arrêter, puis régresser son tableau cutané après sept ans d'évolution. Il ne lui reste qu'une atteinte articulaire refroidie.

Atteintes par systèmes (tableau II)

Si nous excluons D.R., cas de morphée, on peut dire que toutes nos malades ont présenté une induration diffuse des mains et une diminution de l'ouverture buccale. Les deux malades atteintes d'une forme de chevauchement ont noté l'apparition de télangiectasies après quatre et sept ans d'évolution. Nous n'avons pas trouvé chez elles de calcinose. Le Raynaud est présent dans toutes les formes systémiques et s'accompagne d'ulcérations récidivantes et lentes à cicatriser aux bouts des doigts atteints (figure 1). Dans tous ces cas, on note des résorptions osseuses des phalanges terminales radiologiquement. Toutes les malades ont eu une biopsie cutanée qui montrait une augmentation diffuse du collagène compatible avec le diagnostic.

Deux de nos malades (A.M.N. et C.S.G.) ont présenté un syndrome de Sjögren, ce qui est rare chez l'enfant. Chez l'une, le gonflement parotidien important a même été la raison de présentation (figure 2). Ces deux mêmes patientes ont aussi présenté un tableau de faiblesse musculaire avec élévation des taux d'enzymes sériques dans le cadre du tableau de chevauchement. L'électromyographie et la biopsie musculaire ont confirmé une myosite qui a cédé aux stéroïdes en 8 et 24 mois dans ces deux cas.

L'atteinte articulaire était de deux types, une polyarthrite franche pouvant s'accompagner de déformations et limitations (figure 3) chez trois malades ou encore une limitation non douloureuse du jeu articulaire s'accompagnant de frottement en lanière de cuir chez S.S., le cas de sclérodermie diffuse.

Tableau II

	Atteintes par systèmes	DR•••	SS••	AMN•	CSG•
Peau	induration	+	+	+	+
	hypo / hyperpigmentation	+	+		
	↔ ouverture buccale		+	+	+
	télangiectasie			+	+
	calcifications				
	Raynaud		+	+	+
	ulcérations		+	+	+
	biopsie compatible avec sclérodermie	+	+	+	+
Yeux	kérato-conjonctivité			+	+
Gl. salivaires	gonflement				+
	sécheresse buccale			+	+
	scintigraphie positive			+	+
	biopsie compatible avec Sjögren			n.f.	+
Articulations	arthrite franche	+		+	+
	limitations indolores		+		
Muscles	faiblesse			+	+
	élévation des enzymes			+	+
	EMG de myosite			+	+
	biopsie			+	+
Coeur	péricardite				
	insuffisance				
	cardiomégalie				
	ECG altéré				
Poumons	dyspnée		+		+
	fibrose Rx				
	épanchements				
	fonct. anormales ↔ de diffusion		+	+	+
Rein	HTA				
	sédiment anormal				
	Bun, créat. élevés				
Tube digestif	pyrosis		+	+	+
	vomissements		+		
	perte pondérale		+		
	↔ mobilité oesophagienne		+	+	+
	incompétence cardia		+	+	+
	oesophagite		+	+	+
	atteinte radiologique du grêle, du côlon		+		

• systémique de chevauchement
•• systémique diffuse
••• localisée

Figure 1 — ulcère récidivant secondaire au phénomène de Raynaud.

Le tableau pulmonaire est peu marqué cliniquement et les radiographies du poumon ont été normales chez toutes nos malades. On constate une baisse de la capacité de diffusion à l'effort chez les malades présentant une forme systémique. Du point de vue cardio-rénal, elles sont cependant normotendues et le bilan complet est normal.

Laboratoire

Le tableau III résume les résultats du laboratoire. La sédimentation est élevée dans trois des cas. On note une hypergammaglobulinémie chez deux malades qui ont aussi un facteur rhumatoïde positif, ce sont les formes

L'AAS ou l'acétaminophène

Les mérites relatifs de ces deux importants agents thérapeutiques et les règlements régissant leur distribution au public ont fait l'objet de discussions intenses, au cours des derniers mois, parmi diverses associations professionnelles canadiennes, certains comités d'experts et agences de réglementation du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux.

Un point d'importance capitale pour l'intérêt du public, c'est d'une part la compréhension, par les représentants des professions de la santé, de l'usage thérapeutique approprié de ces agents, et d'autre part la rationalisation de la réglementation régissant l'accessibilité de ces agents pour le public.

"The Lancet," la revue médicale anglaise de marque, a fait récemment, dans un éditorial qui a fait époque, une présentation lucide et complète des problèmes en cause, à la fois au point de vue scientifique et au point de vue de la santé publique.

Les extraits suivants concernent les principales questions relatives aux problèmes actuellement débattus dans notre pays, et nous les présentons en vue de favoriser une discussion éclairée entre membres des professions de la santé.

JOHNSON & JOHNSON INC.
Guelph, Ontario. N1H 7L4

THE LANCET

Traduction d'extraits d'un éditorial du 8 août 1981 — pages 287-289

''L'aspirine est souvent perçue comme étant quelque peu ''plus forte'' que l'acétaminophène, alors que, milligramme pour milligramme, ces deux substances ont à peu près la même activité antipyrétique et les mêmes effets analgésiques pour la plupart des indications.''

''. . . la décision de recommander l'un ou l'autre médicament doit dépendre de leur sécurité relative. À première vue, cette décision ne devrait présenter aucune difficulté, car l'acétaminophène gagne haut la main. Les réactions adverses graves à l'acétaminophène, pris aux doses recommandées, sont extrêmement rares et, administré comme il faut, c'est sûrement l'un des médicaments offrant la plus grande sûreté qui soit.''

''Malgré une forte augmentation du taux de mortalité due à l'empoisonnement par des analgésiques en Angleterre et au pays de Galles au cours des 5 dernières années, le pourcentage de cette augmentation dû à l'acétaminophène a été minime. Les ventes d'acétaminophène dépassent celles de l'aspirine, mais il y a davantage de décès dus à l'empoisonnement par le salicylate qu'à l'empoisonnement par l'acétaminophène. De 1958 à 1977, 137 enfants en Grande-Bretagne sont morts des suites de l'empoisonnement par le salicylate, contre un qui est mort des suites de l'empoisonnement par l'acétaminophène.''

''Si les doses thérapeutiques d'acétaminophène peuvent causer des lésions hépatiques, il doit s'agir d'un phénomène très rare.

La toxicité de l'aspirine, par contre, est énorme.''

''Les études endoscopiques ont démontré que l'aspirine cause invariablement des lésions de la muqueuse gastrique et, sur 82 rhumatisants ayant pris de l'aspirine à long terme, 40% présentaient une érosion de la muqueuse gastrique et 17% des ulcères gastriques, alors que l'on n'a constaté ces lésions chez aucun des 45 sujets-témoins qui ne prenaient pas d'aspirine.''

''L'aspirine est probablement une cause plus importante de néphropathie due aux analgésiques que ne l'était la phénacétine.''

''La consommation régulière d'aspirine au cours de la grossesse est associée au retardement et à la prolongation du travail, avec un accroissement du risque d'anémie, d'hémorragie et d'autres complications.''

''Aux doses anti-inflammatoires, l'aspirine peut causer des lésions hépatiques, surtout chez les jeunes patients présentant des maladies du collagène comme le lupus érythémateux aigu disséminé, chez qui l'incidence d'hépatite due au salicylate est de 20 à 70%. Plusieurs centaines de cas ont été signalés jusqu'à ce jour . . .''

''La grande majorité des morts d'enfants par suite de l'empoisonnement par le salicylate résulte d'une intoxication''thérapeutique'', et même chez les adultes cet état entraîne un taux de mortalité étonnamment élevé.''

''Enfin, contrairement à l'acétaminophène, l'aspirine a été impliquée dans plusieurs interactions importantes de médicaments, notamment avec l'éthanol, les anticoagulants, le méthotrexate, les sulfonylurées, la phénytoïne et les diurétiques.''

''En somme, il ne fait aucun doute que l'aspirine possède un potentiel de toxicité bien plus élevé que l'acétaminophène et qu'il existe de nombreux arguments en faveur de la restriction de son utilisation en faveur de l'acétaminophène, surtout chez les enfants.''

Tableau III

Épreuves de laboratoire

	DR⁻	SS⁻	AMN·	CSG·
Sédimentation	24	<12	45	26
RA	nég	nég	1/5120	1/1280
FAN	nég	nég	pos.	pos.
Cryoglobulines	nég	nég	nég	nég
Anti-DNA	non fait	nég	nég	nég
Anti-RNP	-	-	pos.	pos.
C3	nég	nég	nég	nég
CH50	nég	nég	nég	nég
Globulines	nég	nég	hyper α	hyper α

• systémique de chevauchement
• • systémique diffuse
• • • localisée

systémiques de chevauchement. Les anti-DNA sont négatifs chez toutes les malades. On note cependant des anti-RNP positifs chez les deux malades atteintes d'une forme de chevauchement. Les taux du complément sont normaux et on ne retrouve pas de trace de cryoglobulinémie chez ces malades.

On peut donc dire, en résumé, qu'une malade (D.R.) a présenté un tableau de type morphée précédé d'une polyarthrite, son tableau cutané a régressé après sept ans, c'est-à-dire que les plaques semblent vouloir s'assouplir en ne laissant qu'un tissu atrophique et pigmenté. Le tableau articulaire après quinze ans s'est complètement refroidi.

Les trois autres malades ont présenté des tableaux systémiques progressifs. Elles ont en commun une atteinte cutanée du visage et des mains, un Raynaud avec ulcères récidivants du bout des doigts, une atteinte digestive sévère avec oesophagite. Toutes ont des fonctions pulmonaires légèrement altérées et un bilan cardio-rénal normal.

Deux de ces jeunes filles cependant, A.M.N. et C.S.G., se distinguent par la présence de télangiectasies cutanées, d'un syndrome de Sjögren associé et d'une histoire passée de myosite. On note que la recherche des anti-DNA s'est avérée chez-elles négative et que leurs anti-RNP sont positifs tels que retrouvés dans les tableaux de connectivite mixte.

Traitement

Le traitement chez toutes ces malades, vu leur jeune âge, a été très conservateur : physiothérapie et anti-inflammatoires non-stéroïdiens lorsque justifiés par le tableau articulaire, sommeil en position élevée, antiacides ou encore cimétidine et métoclopramide lorsque justifiés par la symptomatologie digestive chez les trois malades souffrant d'une forme systémique.

Nous savons que la littérature médicale abonde en essais thérapeutiques mais qu'aucune modalité n'a changé significativement le cours de la maladie dans les formes systémiques diffuses et agressives[6]. Nous avons utilisé les stéroïdes chez deux malades qui présentaient des formes de chevauchement avec tableau de myosite et ce durant des périodes de 8 à 24 mois. La réponse a été favorable comme on s'y attend dans ces entités.

Un traitement de fond à la colchicine a été tenté en raison de son innocuité dans toutes nos formes systémiques[2] Aucune malade n'a pu le tolérer en raison d'effets secondaires gastro-intestinaux importants. En raison de travaux rapportant des effets favorables à la pénicillamine, nous avons proposé ce traitement aux parents de S.S., notre forme systémique diffuse[7]. Les parents ont refusé ce traitement devant les risques hématologiques et rénaux du médicament chez leur enfant qui n'a pas encore d'atteinte des organes vitaux.

Notre approche dans chaque cas a donc été très conservatrice vu l'âge des malades et le peu d'atteinte d'organes vitaux. L'évolution jusqu'à maintenant a été peu orageuse chez l'ensemble des cas.

Figure 2 — gonflement parotidien chez un Sjögren associé.

Figure 3 — atteinte articulaire avec gonflement et déformation.

Discussion

Quatre malades juvéniles présentant un tableau de sclérodermie ont été diagnostiquées et traitées au CHUS de1972 à 1981. Une présentait une morphée avec atteinte articulaire, trois présentaient un tableau systémique progressif. La forme localisée (D.R.) a été suivie d'un tableau polyarticulaire, mais ne s'accompagne pas d'atteinte des organes internes. Son évolution cutanée vers une atrophie avec hyperpigmentation est assez classique. Dans la littérature, on tend de plus en plus à reconnaître les atteintes systémiques particulièrement digestives et les atteintes articulaires qui précèdent ou accompagnent les sclérodermies localisées[8,9]. Nos formes systémiques isolées ou dans le cadre d'un tableau de chevauchement ont, elles, une évolution lente mais progressive. On note que le pronostic des formes juvéniles est encore incertain en raison du petit nombre de cas décrit dans la littérature. Il y avait 10 décès chez 40 enfants rapportés dans trois principales études ré-

centes. Le premier survenu après six mois d'évolution et le dernier après dix ans[9,10,11]. Il faut souligner que l'hypertension maligne décrite chez l'adulte n'a pas encore été rapportée chez l'enfant. L'insuffisance rénale n'est donc pas une cause significative de décès. Il survient en général par décompensation cardiaque reliée soit à l'atteinte du coeur ou du poumon[12]. Les formes de chevauchement sont particulièrement intéressantes puisque fort peu de cas de ce genre ont été rapportés dans la littérature. On note leur longue durée d'évolution avec un tableau de polyarthrite, de myopathie et de syndrome Sjögren accompagnant les manifestations cutanées, vasculaires, pulmonaires et digestives de la sclérodermie. Le nombre très petit de ces cas rapporté chez l'enfant fait que, là encore, on ne peut se prononcer sur le pronostic de ces enfants, mais l'absence d'atteinte sévère cardio-pulmonaire ou rénale actuelle, après plus de dix ans d'évolution, laisse présager que la maladie est relativement bénigne.

Conclusion

La sclérodermie systémique ou localisée est une maladie rare mais qui survient dans l'enfance et dont les manifestations potentiellement graves doivent être reconnues. Les cas rapportés ici illustrent les diverses présentations de cette maladie et leur évolution favorable sous thérapie conservatrice montre l'intérêt du diagnostic précoce et de la thérapie de cette condition.

summary

The authors describe the clinical picture and evolution of 4 cases of juvenile scleroderma diagnosed and followed at the Centre Hospitalier Universitaire of Sherbrooke from 1972 to 1981. Three patients presented a systemic disease either diffuse scleroderma or a scleroderma associated syndrome and one case was localized morphea with a polyarthritis. All patients are alive and the survival time varies from 4 to 18 years. Three have a progressive disease.

bibliographie

1.Crusio C. :
An account of an extraordinary disease of the skin and it's cure (translated by R. Watson). Philosophical Trans., 1954 ; 48 : 579.

2.Beaulieu A., Ménard H.A. :
Sclerodermie Quid. Union Méd. Canada, 1976 ; 105 : 510-514

3.Hebert J., Mathon G., Mathieu J.P. :
Sclerodermie. Union Méd. Canada, 1981 ; 110 : 209-216.

4.Le Roy E.C. :
Scleroderma. Textbook of Rheumatology. Kelley et alii editors. Sander Co., éd., 1981, pp. 1211-1252.

5.Rodnan G.P. :
Progressive systemic sclerosis. Immunological Diseases. 3ième éd., Sander, éd., Little Brown and Co., 1978, pp. 1109-1141.

6.Lewin D.R. et Heller J. :
Die Sclerodermie. Berlin A. Hirchwald, 1895.

7.Jaffe M.O., Windelmann R.K. :
Generalised Scleroderma in Children. Arch. Dermatol., 1961 ; 83 : 402-412.

8.Alarcon-Segovia D., Ibunez G., Kershenobuk D. et coll. :
Treatment of Scleroderma by modification of collagen metabolism. A double blind trial with colchicine placebo. J. Rheum. Otol., 1974 ; supplément I, p. 97.

9.Herbert G.M., Jayson M.I.U., Lindberg K.A., Bailey A.J. :
Biosynthesis and maturation of skin collagen in scleroderma and effect of D-Penicillamine. Lancet, 1974 ; 1 :187-192.

10.Cassidy J.T., Sullivan D.B., Dabich L., Petty R.E. : Scheroderma in Children. Arthritis Rheum., 1975 ; 20 :351.

11.Jakuboska K. :
Changes in the locomotor system in progressive systemic sclerosis in Children. Mater Med. Pol., 1973 ; 13 :1.

12.Hanson U. :
Systemic Lupus Erythematosus Dermatomyositis, Scleroderma and Vasculitis in Chilhood Textbook of Rheumatology. Saunders Philadelphia 1981, Kelly, Haris, Ruddy, Sledge, chap. 82, p. 1327.

SI L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE L'ANTIKALIURIQUE DYAZIDE EST LE CHOIX LOGIQUE.

POSOLOGIE ADULTE: Hypertension – la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. La dose peut ensuite être augmentée ou réduite, selon les cas. Si deux comprimés par jour, ou plus, sont nécessaires, on les administrera en doses fractionnées. Oedème – la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. Après retour au poids normal, on peut instituer une cure d'entretien d'un comprimé par jour. Ne pas dépasser quatre comprimés par jour.
INDICATIONS: Hypertension légère ou modérée chez les malades accusant de l'hypokaliémie et chez ceux pour qui la déplétion potassique est tout particulièrement dangereuse (digitalisés, par. ex.). Les médecins ne sont pas unanimes sur l'occurrence et/ou la signification clinique de l'hypokaliémie chez l'hypertendu traité aux diurétiques du type thiazide seuls, ni sur l'emploi des associations antikaliuriques comme traitement systématique de l'hypertension. Oedèmes liés à l'insuffisance cardiaque globale, à la cirrhose, au syndrome néphrotique; oedème produit par les stéroïdes et oedème idiopathique. 'Dyazide' est précieux chez les malades dont la réaction aux autres diurétiques est inadéquate.
CONTRE-INDICATIONS: Dysergie rénale ou évolutive (notamment augmentation de l'oligurie et de l'azotémie) ou accroissement de l'atteinte fonctionnelle hépatique. Hypersensibilité. Potassium sérique élevé. Allaitement.
MISE EN GARDE: Les suppléments potassiques ne doivent pas être employés avec 'Dyazide' car l'hyperkaliémie peut en résulter. On a signalé de l'hyperkaliémie (>5.4 mEq/l) chez divers malades: de 4% chez les moins de 60 ans à 12% chez les personnes de 60 ans et plus – l'occurrence totale étant inférieure à 8%. En de rares cas, on a observé conjointement des troubles cardiaques. Procéder à des dosages périodiques du potassium, surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques ou lorsqu'une insuffisance rénale est soupçonnée ou avérée. Si l'hyperkaliémie se manifeste, cesser l'administration de 'Dyazide' et le remplacer par une thiazide seule. L'occurrence d'hypokaliémie est plus faible avec 'Dyazide' qu'avec les thiazides seules; toutefois, si elle se manifeste, elle peut entraîner une intoxication digitalique.
PRÉCAUTIONS: Effectuer périodiquement des épreuves de laboratoire (azote uréique, électrolytes, par ex.) et un E.C.G., surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques, dans les cas d'insuffisance rénale et chez ceux qui ont accusé de l'hyperkaliémie au cours d'un précédent traitement à l'aide de 'Dyazide'. Il peut se produire un déséquilibre électrolytique, notamment chez les malades soumis à des régimes pauvres en sel ou à de fortes doses de 'Dyazide' pendant de longues périodes. Suivre de près les cirrhotiques aigus pour déceler rapidement tout signe de coma hépatique. On peut observer une rétention d'azote réversible. Les malades doivent être observés régulièrement par suite de l'occurrence possible de dyscrasies sanguines, d'atteinte hépatique ou d'autres réactions idiosyncrasiques. Effectuer les épreuves de laboratoire nécessaires. Des réactions de sensibilisation peuvent se produire chez les malades ayant des antécédents d'allergie ou d'asthme. Il est recommandé de pratiquer des analyses hématologiques périodiques chez les cirrhotiques avec splénomégalie. Ajuster la posologie des antihypertenseurs administrés conjointement. Les effets antihypertenseurs de 'Dyazide' peuvent être accrus chez le malade ayant subi une sympathectomie. L'hyperglycémie et la glycosurie peuvent se produire. Chez les diabétiques, les besoins en insuline peuvent se trouver modifiés. Il arrive qu'apparaissent l'hyperuricémie et la goutte. On a signalé que les thiazides provoquent parfois une exacerbation ou une activation du lupus érythémateux disséminé. On a constaté des altérations pathologiques des parathyroïdes chez des personnes soumises à un traitement prolongé par les thiazides. Le triamtérène peut provoquer une diminution de la réserve alcaline avec possibilité d'acidose métabolique. Il est possible que l'administration de 'Dyazide' provoque une élévation des transaminases. Les thiazides peuvent diminuer la réaction artérielle à la noradrénaline et accroître l'effet paralysant de la tubocurarine; par conséquent, on agira avec circonspection chez des malades sur le point de subir une intervention chirurgicale. Les thiazides traversent la barrière placentaire et se retrouvent dans le lait maternel. Il peut en résulter, chez le foetus ou le nouveau-né, une hyperbilirubinémie, une thrombocytopénie, une altération du métabolisme glucidique et autres réactions indésirables qui se sont produites chez l'adulte. Ne pas prescrire aux femmes enceintes à moins que le médicament ne soit considéré comme essentiel à la santé de la malade.
RÉACTIONS INDÉSIRABLES: Les effets secondaires suivants sont liés à l'emploi des thiazides ou du triamtérène:
Voies digestives: xérostomie, anorexie, irritation gastrique, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, ictère cholestatique, pancréatite, inflammation des glandes salivaires. Les nausées peuvent généralement être évitées en administrant le médicament après les repas. Ne pas oublier que les nausées et les vomissements peuvent aussi indiquer un déséquilibre électrolytique (voir "Précautions"). Système nerveux central: étourdissements, vertiges, paresthésies, céphalées, xanthopsie.
Réactions dermatologiques par hypersensibilité: fièvre, purpura, anaphylaxie, photophobie, éruptions cutanées, urticaire, angéite nécrosante.
Réactions hématologiques: leucopénie, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplastique.
Réactions cardiovasculaires: l'hypotension orthostatique peut se manifester et peut être aggravée par l'alcool, les barbituriques ou les narcotiques. Déséquilibre électrolytique (voir "Précautions").
Réactions diverses: hyperglycémie, glycosurie, hyperuricémie, spasmes musculaires, faiblesse, impatience motrice, troubles transitoires de l'accommodation.
PRÉSENTATION: Comprimés couleur pêche, sécables, monogrammés SKF E93, en flacons de 100, 500, 1,000 et 2,500. DIN 181528.

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

Dyazide®
(25 mg d'hydrochlorothiazide, 50 mg de triamtérène)
SK&F
une société SmithKline
SMITH KLINE &FRENCH CANADA LTD
Mississauga, Ont L5N 2V7

La calcinose tumorale : a propos d'une observation avec étude histologique et ultrastructurale

Nicolas Mandalenakis[1]

Résumé

L'auteur rapporte un cas de calcinose tumorale chez un homme de 70 ans, localisée dans les tissus mous au voisinage de l'os iliaque gauche. Les analyses de laboratoire sont sans particularité. L'étude histologique révèle la présence de logettes remplies d'une substance amorphe et granuleuse. Par ailleurs, elles sont surtout entourées d'une prolifération de cellules mononucléées de type fibro-histiocytaire parmi lesquelles il existe des cellules multinucléées. L'étude ultrastructurale plaide en faveur de la nature fibro-histiocytaire. Cependant, l'aspect citernal du réticulum endoplasmique rugueux de certaines cellules fibroblastiques suggère une éventuelle différenciation chondroblastique ou ostéoblastique expliquant la présence des foyers de tissu chondroïde et ostéoïde néoformé à la périphérie de la masse tumorale. De plus, l'évolution et l'étiopathogénie sont discutées brièvement selon les données de la littérature médicale.

Le terme de calcinose tumorale a été introduit par Inclan et coll.[1] en 1943 pour désigner le dépôt de masses calciques au voisinage des grosses articulations comme la hanche, le coude et l'épaule, mais c'est à Duret[2] que revient la première description de cette maladie en 1899. Cette affection rare a été le sujet de plusieurs publications sous des dénominations diverses, comme lipocalcinogranulomatose[3,4,5], bursite lipocalcinogranulomateuse, lipocalcinose tumorale[7,8], bourse calcifiée[9], collagénolyse calcifiante[10] et calcinose pseudotumorale[11]. Cependant ces noms recouvrent des hypothèses pathologiques différentes sur lesquelles il paraît difficile de se prononcer. De l'autre côté, l'étude ultrastructurale n'a pas été aussi exhaustive[12,13]. Le but du présent travail est alors de rapporter un tel cas chez un homme de 70 ans, affectant la hanche gauche avec étude histologique et ultrastructurale.

Observation clinique

Il s'agit d'un patient de 70 ans en bon état général, accusant des douleurs à la hanche gauche depuis 2 ans avec difficulté à la marche. Dans sa famille, 5 de ses 6 frères et soeurs sont décédés de cancer intestinal. La radiographie du bassin montre une masse dans les tissus mous au niveau de l'os iliaque gauche en grande partie calcifiée et avec des zones radiotransparentes. Les analyses de laboratoire et plus particulièrement la calcémie, la phosphorémie et les phosphatases alcalines sont dans les limites de la normale. On procède à l'exérèse de cette masse et, dans le protocole opératoire, le chirurgien parle d'une formation tumorale bizarre, blanchâtre, ressemblant à des dépôts de calcium et se situant entre le muscle couturier et le tenseur du fascia lata en superficie et entre le droit et le moyen fessier. Cette masse mesure 5x6x6 cm. Les suites opératoires furent sans particularité et, quelques semaines plus tard, le patient

(1) Professeur agrégé, département de pathologie, Université de Montréal et Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Tirés à part :
Dr N. Mandalenakis, département de pathologie, Hôpital du Sacré-Coeur, 5400 ouest, boul. Gouin, Montréal, Québec H4J 1C5.

Article reçu le : ***26.1.82***
Avis du comité de lecture le : ***31.1.82***
Acceptation définitive le : ***10.5.82***

n'accuse presque plus de douleurs ni de difficulté à la marche.

Matériel et méthodes

Le matériel provenant de l'exérèse chirurgicale consiste en plusieurs fragments dont le plus volumineux mesure 7x5x3 cm. Ces fragments sont constitués de tissu fibreux au sein duquel il existe des zones kystiques contenant un matériel pâteux et crayeux de coloration blanchâtre. Ils sont aussi accompagnés d'autres fragments de tissu adipeux, de muscle squelettique et de tissu osseux.

Pour la microscopie optique, tous les prélèvements ont été fixés dans la formaline tamponnée à 10%, déshydratés dans une série d'alcool et de xylol et inclus dans la paraffine. Les fragments de tissu osseux ont été préalablement décalcifiés. De multiples coupes ont été obtenues et colorées à l'H.P.S., au P.A.S., au bleu-alcian, à la réticuline, au trichrome de Masson, au Weigert et au Von Kossa.

Le matériel destiné à la microscopie électronique a été préalablement fixé dans la formaline tamponnée, post-fixé dans l'acide osmique et enrobé dans l'Epon. Plusieurs blocs ont été préparés pour étude ultrastructurale et les coupes semi-fines colorées au bleu de toluidine nous ont permis de choisir 3 blocs dont les coupes fines ont été colorées à l'acétate d'uranyle et au citrate de plomb et examinées au microscope électronique Hitachi HS9.

Résultats

Microscopie optique

L'examen de multiples coupes nous permet d'observer une formation pseudo-tumorale non encapsulée constituée en grande partie de nombreuses logettes remplies d'une substance amorphe et granuleuse. Elles sont délimitées et séparées par des travées de tissu fibro-sclérotique ou par une prolifération de cellules mononucléées de type fibro-histiocytare parmi lesquelles il y a des cellules multinucléées de type à corps étranger (Fig. 1 et 2). Les cellules de type fibro-histiocytaire sont plus ou moins fusiformes et à limites le plus souvent imprécises. Leur cytoplasme est pâle, acidophile. Les noyaux sont ovalaires avec des contours irréguliers et de petits nucléoles. Les figures de mitoses sont très rares. Les cellules géantes se présentent fréquemment sous forme de plasmodes entourant partiellement ou même complètement des fragments de substance amorphe et granuleuse.

En continuité avec cette formation pseudo-tumorale, on note des foyers de tissu chondroïde et ostéoïde néoformé. Les fragments de muscle squelettique et de tissu osseux sont sans

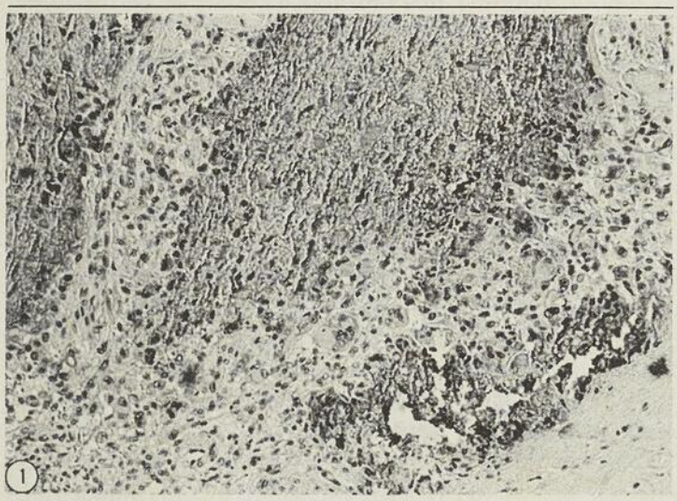


Figure 1 — Logette remplie de matériel amorphe, granuleux et entourée d'une prolifération cellulaire de type fibro-histiocytaire avec quelques cellules multinucléées (HPS Gr x 100).

Figure 3 — Microphotographie de deux cellules fusiformes avec un réticulum endoplasmique très développé et dilaté. Formations microcristallines dans le tissu interstitiel (Acétate d'uranyle et citrate de plomb Gr x 6 000).

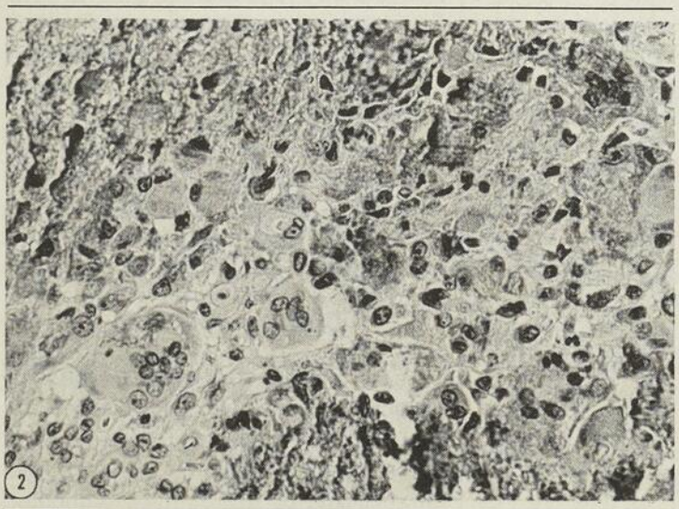


Figure 2 — Cellules de type fibro-histiocytaire et des cellules multinucléées (HPS Gr x 250).

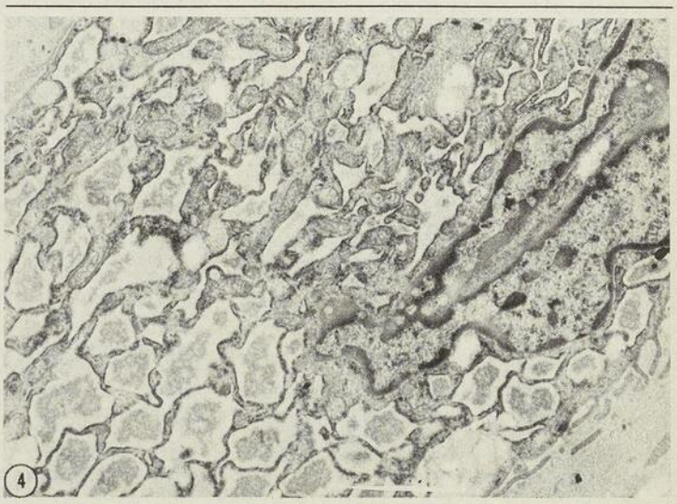


Figure 4 — Plus fort grossissement de la fig. 3 démontrant une cellule avec un réticulum endoplasmique rugueux d'aspect citernal (Acétate d'uranyle et citrate de plomb Gr x 14 000).

Halcion®

Hypnotique (triazolam)

Renseignements thérapeutiques

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

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

Aucun effet respiratoire significatif ni aucune dépression cardio-vasculaire importante ne furent observés au cours des études de tolérance effectuées avec des doses thérapeutiques de triazolam.

Chez l'homme, les doses orales de triazolam sont bien absorbées. La demi-vie du produit est courte, soit d'environ trois heures, et après des doses multiples il n'y avait, dans le sang, aucune accumulation de triazolam ni de ses métabolites. La principale voie d'excrétion des doses orales est l'urine; l'excrétion fécale est d'environ 8%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se montrer vigilant face à un dysfonctionnement rénal ou hépatique.

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

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

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

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

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

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

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

Monographie envoyée sur demande.

UN PRODUIT DE LA RECHERCHE
Upjohn
SUR LE SNC

7811 MARQUE DÉPOSÉE HALCION CF 1037.2C

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

PAAB
CCPP

MEMBRE
ACIM

particularité. À la lumière polarisée, la substance amorphe et granuleuse révèle un nombre impresionnant de microcristaux de forme et de taille variable. Elle se colore en brun-jaune par le HPS, bleu pâle par le trichrome de Masson et réagit fortement au Von Kossa par de nombreuses granulations noirâtres.

Les cellules de type fibro-histiocytaire et les cellules géantes sont entourées d'un riche réseau réticulinique et leur cytoplasme renferme parfois des granulations PAS positif. Les travées fibro-sclérotiques se colorent fortement par le trichrome de Masson. Les autres colorations bleu-alcian et Weigert sont négatives.

Microscopie électronique

Les coupes fines provenant de plusieurs blocs d'Epon montrent des cellules fusiformes à limites cytoplasmiques nettes, caractérisées surtout par un réticulum endoplasmique rugueux très développé, dilaté et parfois d'aspect citernal contenant une substance de faible densité électronique (Fig. 3,4). On y trouve aussi des ribosomes libres et quelques vacuoles avec une substance amorphe de forte densité électronique (Fig. 3). D'autres cellules contiennent dans leur cytoplasme de nombreux filaments cytoplasmiques et plusieurs vésicules de pinocytose. Les lysosomes et les phagolysosomes sont rares et les mitochondries sont plutôt petites et peu nombreuses. Les noyaux ont des contours irréguliers et possèdent souvent des nucléoles très visibles. La plupart de ces cellules émettent des extensions cytoplasmiques longues et grêles entourant des formations microcristallines de forme et de taille variable (Fig. 3,5). Ces dernières se trouvent en grand nombre dans le tissu interstitiel où il existe aussi une substance amorphe de faible densité électronique (Fig. 3). Dans la cytoplasme des cellules multinucléées, les mêmes organelles sont observées, mais ce qui caractérise surtout ces cellules est, d'une part, le grand nombre de vacuoles et, d'autre part, les "digitations" intracytoplasmiques (Fig. 6).

Discusion

La calcinose tumorale fait partie des maladies calcifiantes apparemment idiopathiques. Celles-ci sont divisées[14] en trois types : la calcinose circonscrite, de loin la plus fréquente, qui constitue selon Fontaine[15] 60% des calcinoses idiopathiques, la calcinose

interstitielle généralisée représentant environ 36% des cas et, en dernier lieu, la calcinose tumorale avec une fréquence de 4%.

La forme circonscrite, bien délimitée par Halper[16], est caractérisée par des dépôts calciques cutanés et sous-cutanés, assez peu volumineux, siégeant surtout au niveau des mains et des poignets et se comparant à ceux que l'on trouve au cours de la sclérodermie. Les femmes sont atteintes dans 80% des cas et le plus souvent à l'âge adulte. La forme interstitielle généralisée, décrite par Tessier en 1877, se manifeste par des dépôts calciques infiltrant progressivement le tissu sous-cutané, les muscles et les tendons. Elle est plus fréquente chez l'homme dans 60% des cas et débute chez le sujet jeune. Pour certains auteurs[14], il est fondamental avant de poser le diagnostic de calcinose circonscrite ou interstitielle généralisée d'éliminer une collagénose sous-jacente. Aucune de ces maladies n'est liée à des taux anormaux de calcium et de phosphore.

La calcinose tumorale se présente sous forme de véritables "tumeurs calciques" siégeant le plus souvent au voisinage des grosses articulations, telles que les hanches, les épaules, les genoux et les coudes. Elle se développe surtout chez des sujets de 10 à 40 ans et Lafferty[12] donne les âges extrêmes de 9 à 57 ans sans prédominance pour le sexe. Certains cas familiaux ont été rapportés[17]. La race noire est, semble-t-il, atteinte avec prédilection[12]. Le plus souvent les lésions s'installent progressivement. Ce n'est rarement que le malade se plaint de douleurs ou de limitation de la mobilité articulaire voisine[1,12,15] comme dans le cas que nous rapportons. Les dépôts calciques sont mobiles sous la peau et sur les plans profonds. Le revêtement cutané demeure normal, sauf en de rares exceptions[18]. La notion de traumatisme dans la région où se développe la calcinose est plutôt rare[1]. Le pronostic est excellent. Un seul cas de Thomson[17] s'est terminé par une issue fatale, due à une amylose splénique, hépatique et surrénalienne secondaire à une suppuration prolongée des lésions de la calcinose tumorale. L'examen radiologique confirme le siège périarticulaire et l'absence de lésions osseuses. Il s'agit de masses calcifiées bien circonscrites, d'aspect multilobulé. L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix, mais doit être précoce pour limiter les difficultés opératoires et éviter les récidives[13,19].

Au microscope optique, il s'agit de précipités calciques entourés de tissu fibro-sclérotique ou le plus souvent d'une prolifération de cellules mononucléées de type fibro-histiocytaire parmi lesquelles il y a plusieurs cellules multinucléées fréquemment en forme de plasmodes. Des inclusions lipidiques sont parfois présentes dans les cellules à la périphérie de la masse calcique réalisant un aspect xanthomateux[1]. Selon certains auteurs[8,10], il y aurait une phase active et une phase inactive dans la constitution des lésions. Dans la phase active, il y a une désintégration partielle des fibres collagènes avec augmentation de la perméabilité vasculaire, oedème et accumulation de substance lipidique, ce qui n'est pas le cas dans la phase inactive grâce aux propriétés phagocytaires des cellules mononucléées et des cellules géantes. Si on tient compte de ces données, le cas que nous rapportons serait déjà passé à la phase inactive d'où l'absence de zones xanthélasmisées.

En microscopie électronique, il y a relativement peu de travaux[12,13]. Notre étude nous permet d'observer des cellulles fusiformes à limites cytoplasmiques nettes et avec de nombreuses extensions cytoplasmiques dont le but principal, semble-t-il, est d'entourer et d'incorporer dans leur cytoplasme des dépôts calciques. Dans leur cytoplasme, il y a un réticulum endoplasmique rugueux très développé, dilaté et parfois citernal. D'autres cellules sont riches en filaments cytoplasmiques et en vésicules de pinocytose. Les mitochondries sont en général peu nombreuses. Les noyaux sont irréguliers et contiennent de gros nucléoles. Les cellules multinucléées sont caractérisées par de nombreuses vacuoles, ainsi que par des "digitations" intracytoplasmiques dont la signification est inconnue. Il pourrait s'agir d'extensions cytoplasmiques incorporées au sein de la cellule multinucléée après la fusion des cellules mononucléées. Pour la plupart des auteurs, les cellules mononucléées et multinucléées sont d'origine fibro-histiocytaire, tandis que pour d'autres [12,13] les premières sont comparables aux ostéoblastes et les secondes aux ostéoclastes. Notre étude ultrastructurale suggère plutôt une origine fibro-histiocytaire avec une activité phagocytaire importante. Cependant, l'aspect de certaines cellules fibroblastiques avec un réticulum endoplasmique d'aspect citernal pourrait suggérer une différenciation chondroblastique ou ostéoblastique. À noter qu'à l'examen histologique, nous avons observé des foyers de tissu chondroïde et ostéoïde néoformé à la périphérie de la tumeur. Or, ceci s'explique par le fait que les chondroblastes pourraient dériver des fibroblastes[20] et former ces foyers.

Sur le plan biologique, l'ensemble des observations accorde une calcémie normale sauf en de rares exceptions. Les phosphatases alcalines se trouvent aussi dans les limites de la normale. Par contre, la phosphorémie est souvent élevée. Concernant notre cas, tous les examens de laboratoire étaient sans particularité.

L'analyse chimique des

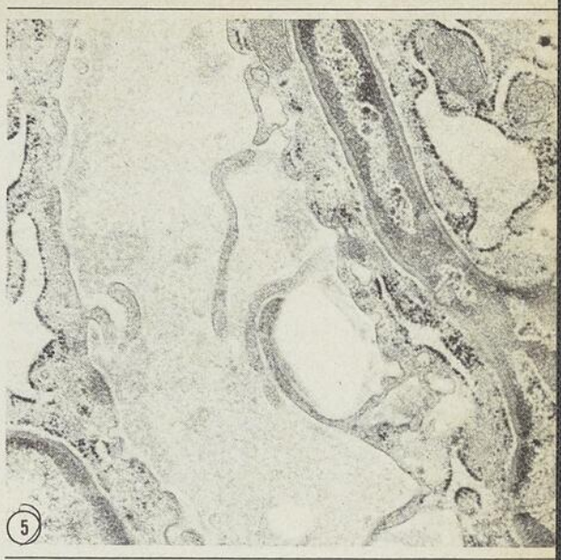


Figure 5 — Plus fort grossissement de la fig. 3 démontrant une cellule avec des extensions cytoplasmiques entourant une formation microcristalline (Acétate d'uranyle et citrate de plomb Gr x 40 000).

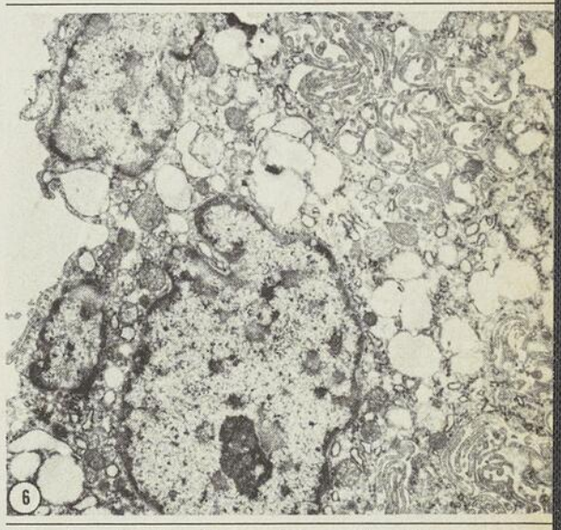


Figure 6 — Portion d'une cellule multinucléée avec plusieurs "digitations" intracytoplasmiques et vacuoles (Acétate d'uranyle et citrate de plomb Gr x 10 000).

masses calciques a démontré la présence de calcium, de phosphates, de magnésium et des traces de carbonate d'ammonium et de cystine.

L'étiopathogénie reste inconnue. Pour certains auteurs[9], ces masses calciques sont des bourses calcifiées, tandis que d'autres[17] ont suggéré une membrane synoviale ectopique avec réaction granulomeuse de type à corps étranger. Lafferty et coll.[12] envisagent une erreur du métabolisme phosphoré, génératrice d'hyperphosphorémie et de calcification. Le terme de collagénolyse calcifiante a été introduit[10] pour désigner une dégradation du collagène au voisinage des articulations avec calcification subséquente. Finalement, il y a été postulé[19] que cette pseudo-tumeur dérive d'une prolifération de cellules mésenchymateuses primitives et pluripotentes du paratenon à la suite d'un stimulus probablement traumatique.

summary

The author reports the histological and ultrastructural study of a case of tumoral calcinosis located in the soft tissue near the left ilium.

The histological examination reveals several cystic areas containing amorphous granular material surrounded by mononuclear cells of the fibrohistiocytic type. The ultrastructural study is in favour of the fibrohistiocytic nature of these cells. However, some of them show a rough endoplasmic reticulum dilated and even taking a cisternal aspect suggesting the possibility of a chondroblastic or osteoblastic differenciation. This could explain the presence of some foci of chondroid or osteoid tissue newly formed at the periphery of the tumoral mass. Furthermore, the evolution and the pathogenesis are briefly discussed.

bibliographie

1.Inclan A., Leon P., Camejo M.G. :
Tumoral calcinosis. J. Amer.Med. Ass., 1943 ; 121 : 490-495.

2.Duret M.H. :
Tumeurs multiples et singulières des burses sérieuses. Bull. Soc. Anat. Hôp. Paris, 1989 ; 74 : 725-731.

3.Apak S. :
Lipocalcinogranulomatose. Zeitschr. F. Kinderheilk, 1958 ; 81 : 348-366.

4.Traca G., Hennebert P.N., Mazabraud A. :
Considérations sur un cas de lipogranulomatose. Presse Méd., 1965 ; 73 : 543-546.

5.Teutschlaender O. :
Uber Progressive Lipogranulomatose der Muskulatur Zugleich ein Beitrag sur Pathogenese der Myopathia Osteoplastica Progressiva. Klin. Wochenschr., 1935 ; 14 : 451-453.

6.Bancale A. :
Lipo-Calcino-Granulomatous Bursitis (Teutschlaender's Disease). Minerva Ortop., 1961 ; 12 : 833-848.

7.Hartofilakidis-Garofalidis G., Theodossiou A., Matsoukas J., Rigopoulos G., Papathanassiou B. :
Tumoral Lipo-Calcinosis. Acta Orthop. Scand., 1970 ; 41 : 387-395.

8.Veress B., Malik M.O.A., El Hassan A.M. :
Tumoral Lipocalcinosis : A Clinico-Pathological Study of 20 cases. J. Path., 1976 ; 119 : 113-118.

9.Ghormley R.K. et coll. :
Multiple calcified Bursae and Calcified Cysts in Soft Tissues. Trans. Western Surg. Ass., 1942 ; 51 : 292-309.

10.Thomson J.G. :
Calcifying Collagenolysis (Tumoral Calcinosis). Brit. J. Radiol., 1966 ; 39 : 526-532.

11.Vide F., Guyochin A., Feydy P., Aurousseau R. :
La calcinose pseudo-tumorale. À Propos d'une observation anatomo-clinique. Arch. Anat. Pathol. (Paris), 1974 ; 23 : 31-37.

12.Lafferty F.W., Reynolds E.S., Pearson O.H. :
Tumoral Calcinosis. Amer. J. Med., 1965 ; 38 : 105-118.

13.Barrière H., Welin J., Lenne Y., Visset J., Vigier P. :
Lipo-calcino-granulomatose de Teutschlaender ou calcinose tumorale de Inclan. Ann. Derm. Venereol. (Paris), 1977 ; 104 136-140.

14.Perlemuter L. :
Calcifications tissulaires et maladies calcifiantes. Nov. Presse Méd., 1974 ; 3 : 87-90.

15.Fontaine R., Frank P., Stull G., Wilhelm-Mathis L. :
À propos d'une observation de calcinose tumorale très améliorée par une thymoparathyroïdectomie avec étude du bilan calcique à minima. Sem. Hôp. Paris, 1952 ; 28 : 1211-1217.

16.Halper H. :
Calcinosis with a Description of a Case of Calcinosis Circumscripta. Brit. J. Radiol., 1952 ; 25 : 584-587.

17.Thomson J.E.M., Tanner F.H. :
Tumoral Calcinosis. J. Bone JT Surg., 1949 ; 31A : 132-140.

18.Pursley T.V., Prince M.J., Chausmer A.B., Raimer S.S. :
Cutaneous Manifestations of Tumoral Calcinosis. Arch. Dermatol., 1979 ; 115 : 1100-1102.

19.Harkess J.W., Peters H.J. :
Tumoral Calcinosis : a report of Six Cases. J. Bone JT Surg., 1967 ; 49 : 721-731.

20.Anderson H.C. :
Electron microscopic Studies of Induced Cartilage Development and Calcification. J. Cell. Biol., 1967 ; 35 : 81-101.

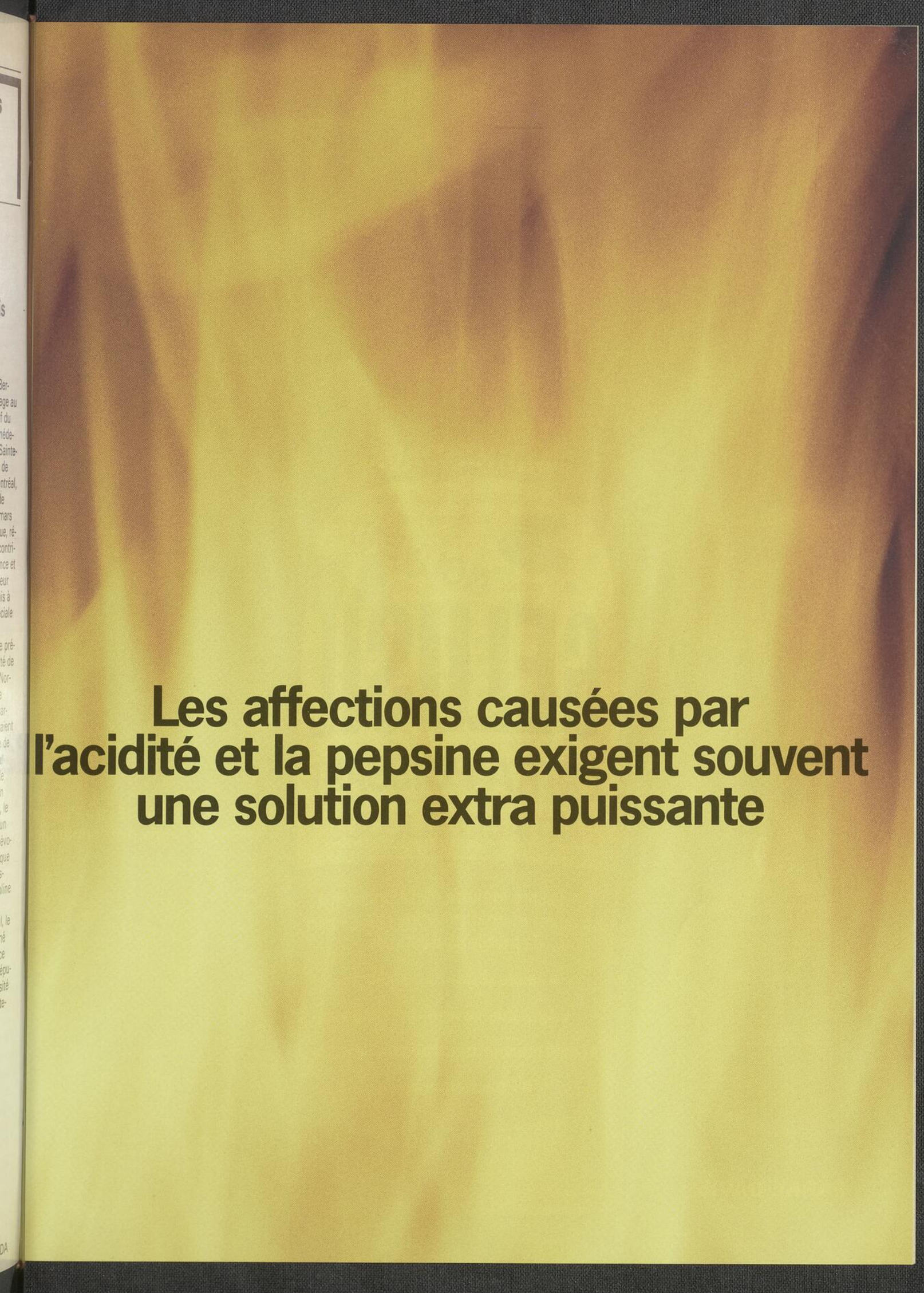
Nouvelles

L'Université Claude Bernard de Lyon décerne un diplôme Honoris Causa au docteur André Davignon

L'Université Claude Bernard de Lyon a rendu hommage au docteur André Davignon, chef du service de cardiologie et de médecine pulmonaire de l'Hôpital Sainte-Justine et professeur titulaire de pédiatrie à l'Université de Montréal, en lui remettant un diplôme de Docteur Honoris Causa le 30 mars dernier. Ce diplôme honorifique, réservé aux personnes qui ont contribué à l'avancement de la science et qui se sont distinguées dans leur sphère d'activité, lui a été remis à l'occasion d'une réception spéciale à Lyon.

Dans son allocution de présentation, le doyen de la Faculté de médecine, le professeur Jean Normand, a souligné le fait qu'une bonne proportion des jeunes cardiologues pédiatres français étaient venus chercher dans le Service de cardiologie infantile de l'Hôpital Sainte-Justine leur formation de spécialiste. Au cours de la leçon qu'il a donnée à cette occasion, le docteur André Davignon a fait un rappel des grandes étapes de l'évolution de la cardiologie pédiatrique depuis 20 ans ainsi que les perspectives d'avenir de cette discipline toujours en plein essor.

À son retour à Montréal, le docteur Davignon s'est dit touché d'un tel honneur et du fait que ce geste ait des retombées sur la réputation internationale de l'Université de Montréal et de l'Hôpital Sainte-Justine.


Les affections causées par
l'acidité et la pepsine exigent souvent
une solution extra puissante

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

PAAB CCPP

*M. Enr. Warner-Lambert Company
Parke-Davis Canada Inc., usager aut.

ACIM

NOUVEAU Gelusil* Extra Puissa
Renseignements d'ordonnance

INDICATIONS: Traitement et soulagement des symptôm de l'ulcère gastro-duodénal, gastrite, hernie hiatale, oesophagite, brûlures d'estomac et autres affections gast intestinales similaires accompagnées d'hyperchlorhydri

CONTRE-INDICATIONS: Ne pas administrer aux patients sérieusement affaiblis ou qui souffrent de déficience rénale, d'alcalose ou d'hypermagnésémie.

MISES EN GARDE: Comme les sels de magnésium peuve causer une dépression du SNC, le Gelusil Extra Puissan doit être administré avec prudence aux malades qui souffrent d'insuffisance rénale, quelle qu'en soit la gravi L'hydroxyde d'aluminium, en réagissant avec les phos-phates pour former le phosphate d'aluminium insoluble peut causer une déficience de phosphore chez les malades dont le régime contient peu de phosphore. Les antiacides peuvent entraver l'absorption des prépara-tions martiales et/ou des tétracyclines.

POSOLOGIE: Deux c. à thé quatre fois par jour entre les repas et au coucher. S'administre avec du lait ou de l'ea

PRÉSENTATION: Gelusil Extra Puissant: Chaque dose de 5 mL de liquide blanc et à saveur de menthe contient 350 mg d'hydroxyde de magnésium (équivalent au gel déshydraté) et 650 mg d'hydroxyde d'aluminium. Teneu en sodium: 1.0 mg/5 mL.

Étude comparative à double insu du phosphate de clindamycine topique, du chlorhydrate de tétracycline per os et d'un placebo dans le traitement de l'acné vulgaire modérée à sévère

S. Guertin-Larochelle[1], G.P. Raymond[1], D. Gratton[1], J.P. Collins[1] et P. Gaudreau[1]

Résumé

Étude de 8 semaines pour comparer un placebo à la clindamycine topique et à la tétracycline par voie générale dans le traitement de l'acné. Comparée à celle du placebo, l'efficacité de la clindamycine topique et de la tétracycline par voie générale a été démontrée par le nombre de lésions et une évaluation générale de 211 patients. Les auteurs notent une absence d'effets secondaires majeurs chez 215 patients.

Les antibiotiques par voie générale, surtout la tétracycline, sont largement utilisés depuis 25 ans dans le traitement de l'acné vulgaire. Plusieurs patients reçoivent ce médicament pour des périodes de plusieurs mois ou même de quelques années. La réticence des médecins à prescrire des antibiotiques à long terme les a amenés à se tourner vers une thérapie essentiellement locale à l'aide d'antibiotiques topiques comme l'érythromycine, la tétracycline et la clindamycine. Plusieurs publications ont fait état des résultats obtenus avec la tétracycline et l'érythromycine topiques, comparées à un placebo[1,6]. Plusieurs auteurs ont aussi rapporté leurs résultats sur les effets de la clindamycine topique dans le traitement de l'acné vulgaire[1,3,7,21]. Dans la plupart des études citées, le nombre des sujets étudiés était restreint. Néanmoins, l'utilisation de la clindamycine topique est devenue très populaire et de nombreuses publications ont détaillé les différentes méthodes de préparation de ces solutions[3,12,15].

Cette étude "randomisée" à double insu a pour but de comparer l'efficacité de la clindamycine topique, de la tétracycline orale et d'un placebo, et de comparer la fréquence des effets secondaires de ces traitements.

Méthodologie

Les résultats préliminaires de cette étude ont porté sur 211 sujets (91 hommes et 120 femmes) dont l'âge moyen était de 22 ± 4.5 ans. et sur 215 cas pour les effets secondaires.

Tous les sujets étudiés présentaient une acné modérée à sévère. Les critères de sélection pour l'étude étaient d'être âgé entre 18 et 35 ans avec une acné présentant de 12 à 70 papules inflammatoires sur le front ou le visage jusqu'à la mâchoire inférieure. Les patients souffrant d'acné kystique sévère étaient exclus s'ils présentaient six lésions nodulo-kystiques ou plus. Les patients ne remplissant pas ces critères ont été exclus, de même que les femmes enceintes, les patients ayant des antécédents d'hypersensibilité à la lincomycine, à la clindamycine ou à la tétracycline, et ceux avec antécédents de troubles gastro-intestinaux (colite spasmodique, colite ulcéreuse ou toute diarrhée chronique ou récidivante). Ont également été exclus tous les patients ayant reçu, dans les 30 jours précédant l'étude, des antibiotiques topiques ou par voie générale, des stéroïdes ou des androgènes, de même que les patientes prenant des contraceptifs oraux depuis moins de 3 mois, ou celles ayant changé de contraceptif oral au cours des trois derniers mois.

L'étude a duré 8 semaines.

1) M.D., F.R.C.P. (C), dermatologiste.

Tirés à part :
G.P. Raymond, M.D., Chef, Service de dermatologie, Hôpital St-Luc, 1050, rue St-Denis, Montréal, Québec H2X 3J4

Article reçu le : *9.6.81*
Avis du comité de lecture le : *18.8.81*
Acceptation définitive le : *13.2.82*

Après un examen initial, les patients ont eu quatre visites de surveillance à deux semaines d'intervalle. À chaque visite, le médecin devait compter les papules, pustules et nodules, et évaluer la desquamation, l'érythème, la sensation de brûlure ou le prurit comme : inexistant, léger, modéré ou sévère.

À chaque visite, un questionnaire a été rempli concernant les effets secondaires, en particulier : diarrhée ou tout changement dans les selles, et prise éventuelle de médicament concomitant. À la huitième semaine, chaque patient a fait une évaluation subjective de son état : très amélioré, aucun changement, pire. Au cours de la même visite, le médecin a fait une évaluation objective des résultats : excellents, bons, passables ou médiocres. Les effets secondaires de diarrhée et/ou changement dans les selles ont été étudiés avec soin à l'aide de questionnaires détaillés.

D'après le protocole, les investigateurs devaient utiliser une méthode à double insu de "randomisation" forcée en groupes de six des trois formes de traitements suivants :

1) solution de phosphate de clindamycine, 1%, et capsules placebo ;

2) capsules de tétracycline, 250 mg, et solution placebo;

3) solution placebo et capsules placebo.

Le médicament a été utilisé deux fois par jour, sept jours par semaine, pendant huit semaines consécutives. Une feuille d'instructions détaillées a été remise et expliquée à chaque patient. Tous les patients ont reçu le même savon doux et le même shampooing, à l'exclusion de tout autre, pour la durée de l'étude. Les patients ont accepté de ne pas voir d'esthéticienne pour l'extraction de comédons ou pour autres traitements, et de ne pas utiliser de lampe solaire pendant la durée de l'étude. Aucun autre traitement local par voie générale n'a été permis durant l'étude.

Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique au moyen d'un modèle de variance, en tenant compte des variations causées par l'investigateur, le traitement et l'interaction investigateur/traitement. Le "Multi-Range Test" de Duncan a été utilisé pour déterminer les différences entre les traitements individuels. L'évaluation de l'efficacité thérapeutique a été basée sur les différences statistiquement significatives entre les groupes, concernant le nombre de lésions et l'évaluation des changements dans l'acné faite par médecins et patients.

Tableau I

Décompte des papules

	Semaine 0	Semaine 2	Semaine 4	Semaine 6	Semaine 8
Clindamycine	22.6 ± 10.2	13.9 ± 10.6	11.9 ± 11.1[1]	9.8 ± 9.4[1]	8.1 ± 9.1[1]
Tetracycline	21.4 ± 9.0	14.6 ± 9.3	11.0 ± 7.9	9.7 ± 7.5[1]	8.0 ± 7.7[1]
Placebo	23.4 ± 12.1	17.2 ± 11.4	16.3 ± 12.8[1]	15.9 ± 12.1	13.5 ± 12.1

1 $p < 0.05$ (Vs Placebo)

Tableau II

Décompte des pustules

	Semaine 0	Semaine 2	Semaine 4	Semaine 6	Semaine 8
Clindamycine	3.8 ± 4.1	1.9 ± 3.0	1.5 ± 2.6	1.7 ± 4.1	1.2 ± 1.8[1]
Tetracycline	3.1 ± 3.4	2.3 ± 3.1	1.6 ± 2.2	1.2 ± 2.2[1]	1.2 ± 2.0[1]
Placebo	3.1 ± 3.3	2.9 ± 4.0	2.5 ± 3.7	2.6 ± 3.3	2.5 ± 3.4

1 $p < 0.05$ (Vs Placebo)

Tableau III

Déductions des lésions
Nombre (%) patients

	Papules	Pustules
Clindamycine	57 (78.1)[1]	47 (82.5)[1]
Tetracycline	56 (80.0)	40 (75.5)[1]
Placebo	37 (54.4)	23 (47.9)

1 $p < 0.05$ (Vs Placebo)

Résultats

L'étude statistique des caractéristiques démographiques des 211 patients étudiés n'a démontré aucune différence significative entre les trois groupes concernant le sexe, l'âge, les anticédents d'atopie ou de maladie concomitante, le type de peau, la sévérité de l'acné ou sa durée d'évolution. Aucune différence significative n'a pu être démontrée chez les femmes relativement à la prise de contraceptifs oraux, à la menstruation ou aux périodes d'exacerbation durant la menstruation.

À la visite initiale, aucune différence significative n'a pu être démontrée entre les trois groupes de patients étudiés pour les critères de desquamation, érythème, sensation de brûlure, prurit et nombre initial des papules, pustules et nodules.

Aux visites des semaines 4, 6 et 8, le nombre de papules était significativement inférieur (P«0.05) chez les patients traités à la clindamycine topique et à la tétracycline per os, comparé aux patients traités avec le placebo (Tableau I). Comparé aux patients traités au placebo, le nombre de pustules était statistiquement inférieur (P.«0.05) chez les patients traités à la clindamycine, la huitième semaine et chez les patients traités à la tétracycline per os la sixième et la huitième semaines (Tableau II). Un quart seulement des patients présentaient plus d'un nodule à l'évaluation initiale. Ainsi, aucune évaluation statistique n'a pu être faite sur le nombre de nodules. Le nombre de patients chez qui on a observé une réduction de plus de 50% des papules, des pustules ou des nodules, la huitième semaine, a été noté en vue de comparaison avec la visite initiale (Tableau III).

L'évaluation par le médecin à la fin du traitement est indiquée dans le Tableau IV. Le traitement à la clindamycine a été évalué comme excellent ou bon chez 58 patients (79,5%) ; l'amélioration a donc été significative, comparée à l'évaluation par le médecin des patients traités à la tétracycline ou au placebo. Le traitement à la tétracycline a été évalué comme excellent ou bon chez 44 patients (62,9%), tandis qu'il l'a été seulement chez 29 patients (42,7%) du groupe placebo. L'évaluation subjective des patients a été bonne à excellente pour 84,9% des malades avec la clindamycine - de 84,3% pour la tétracycline - de 55,9% pour le placebo (Tableau V).

Effets secondaires

Parmi les effets secondaires, les signes et symptômes de diarrhée, nausées, étourdissements, langue géo-

Tableau IV

Évaluation du médecin - 8e semaine

Nombre (%) patients

	Excellent Bon	Mediocre Moyen
Clindamycine[1]	58 (79.5)	15 (20.5)
Tetracycline[2]	44 (62.9)	26 (37.1)
Placebo	29 (42.7)	39 (57.3)

1 $p < 0.05$ comparé à la tétracycline et au placebo
2 $p < 0.05$ comparé au placebo

Tableau V

Évaluation du patient - 8ième semaine

Nombre (%) patients

	Amélioration Remarquable /Amélioration	pas de Changement /Pire
Clindamycine[1]	62 (84.9)	11 (15.1)
Tetracycline[1]	59 (84.3)	11 (15.7)
Placebo	38 (55.9)	30 (44.1)

1 $p < 0.05$ (Vs Placebo)

graphique irritation faciale, changement de goût, fatigue et faiblesse ont été évalués de façon spécifique (Tableau VI). Quatorze patients sur 215 ont présenté de la diarrhée - 7 dans le groupe recevant la clindamycine topique, 3 recevant la tétracycline per os et 4 recevant le placebo. Aucun patient traité à la clindamycine ne s'est retiré de l'étude pour cause de diarrhée. Les paramètres sanguins n'ont pas été évalués car, dans les études antérieures, aucune anomalie hématologique ou biochimique n'avait été observée avec la clindamycine topique ou la tétracycline per os dans le traitement et l'acné[1,27,28].

Discussion

La crainte de réactions adverses dans l'utilisation à long terme d'antibiotiques oraux explique la popularité de la thérapie de l'acné par les antibiotiques topiques[24,28]. En particulier, la tétracycline per os a été associée à des vaginites à candida, à des désordres gastro-intestinaux[29] et à de la photosensibilisation[30]. Des études préliminaires par Ganguly et Kluge semblent démontrer que la tétracycline à long terme, par voie générale, diminue la réponse immunitaire chez le cobaye et dans les cellules humaines en culture in vitro[31].

Il est intéressant de comparer la tétracycline orale, le premier choix de médicament per os pour l'acné, à la clindamycine topique qui, selon Hurley et Shelley, semble être l'antibiotique local le plus efficace[32]. Comparée à la tétracycline locale, la clindamycine est non seulement efficace, mais elle a l'avantage de ne pas donner de coloration jaune à la peau ni de fluorescence à la lampe noire[6]. Dans une étude d'Algra et coll., aucune absorption générale n'a été observée chez les patients appliquant une solution de clindamycine 1% deux à quatre fois par jour pour des périodes allant jusqu'à 150 jours[7].

Tout comme la tétracycline systémique, la clindamycine topique réduit le pourcentage des acides gras libres à la surface de la peau[11], diminue le nombre de lésions[2,8,10] et réduit ou élimine le P. Acnes des comédons[1,2,10]. En plus de leurs propriétés antimicrobiennes, ces deux antibiotiques sont reconnus comme ayant une action anti-inflammatoire en supprimant la chemotaxie des leucocytes[33].

En général, les produits étudiés ont été bien tolérés, et la plupart des effets secondaires ont été légers et temporaires (Tableau VI). Aucun patient traité avec la clindamycine n'a été retiré de l'étude pour cause d'effets secondaires. Aucun effet adverse local n'a été observé durant la période de traitement, sauf pour les cinq patients prenant le placebo qui ont présenté de l'irritation faciale. Ceci démontre que le véhicule et non le médicament pourrait être à l'origine de cet effet secondaire.

On n'a relevé aucune différence dans la fréquence de diarrhée chez les trois groupes de patients. La fréquence relativement élevée peut être expliquée par le fait qu'il ne s'agit pas d'effets secondaires rapportés spontanément par le malade ; des questions concernant les selles et la présence ou non de diarrhée étaient posées à chaque visite ; ce genre de questionnaire a quelquefois un effet indicatif sur les réponses. Aucune définition de la diarrhée n'a été utilisée dans cette étude. Si l'on adopte les définitions communément acceptées (5 selles ou plus par jour pendant deux jours consécutifs ; trois fois la fréquence normale des selles pendant deux jours consécutifs, etc.), il semble en rétrospective que la plupart de ces cas n'ont pas présenté de diarrhée réelle. Aucun patient traité à la clindamycine topique n'a cessé son traitement à cause de selles liquides, et elles ont disparu spontanément durant l'étude. Jusqu'à présent, seulement un cas possible de colite pseudo-membraneuse a été rapporté avec le chlorhydrate de clindamycine local sur plus de 600 000 usagers aux États-Unis[34]. La colite pseudo-membraneuse a d'ailleurs été rapportée avec plusieurs antibiotiques par voie générale autres que la clindamycine, comme la tétracycline, l'érythromycine, l'ampicilline et les céphalosporines[34,38].

Cette étude préliminaire à double insu démontre l'efficacité de la clindamycine topique dans l'acné vulgaire modérée à sévère. Comparées au placebo, la tétracycline par voie générale et la clindamycine topique ont produit des effets notables sur la réduction des papules et pustules au cours des huit

Tableau VI

Effets secondaires

Effets secondaires	Clindamycine	Tetracycline	Placebo
Diarrhée	7	3	4
Nausée	1	1	—
Étourdissement	1	—	—
Langue Géographique	1	—	—
Céphalée	1	1	—
Malaise épigastrique	—	1	2
Irritation cutanée	—	—	4
Changement de goût	—	—	1
Fatigabilité	—	—	1
Faiblesse	—	—	1
Total Rapporté / Total Traité	10/74	6/72	13/69

semaines. L'évaluation des médecins et des patients a confirmé ces résultats significatifs.

L'efficacité et l'absence d'effets secondaires sérieux suggèrent que la clindamycine topique est un choix alternatif à un antibiotique per os comme la tétracycline.

summary

The result of an eight weeks double blind study on the treatment of acne by placebo, topical clindamycin and systemic tetracycline is given. A statistically significant difference between placebo compared to both topical clindamycin and systemic tetracycline was seen in both lesion counts and overall evaluations on this study involving 211 patients. No serious side effects were observed on 215 patients.

bibliographie

1.Stoughton, R.B. :
Topical antibiotics for acne vulgaris. Arch. Dermatol., 1979 ; 115 : 486-489.

2.Resh, W. and Stoughton, R.B. :
Topically applied antibiotics in acne vulgaris. Arch. Dermatol., 1976 ; 112 : 182-184.

3.Gloor, M., Kraft H., and Franke, M. :
Effectiveness of topically applied antibiotics on anaerobic bacteria in the pilo-sebaceous duct. Dermatologica, 1978 ; 157 : 96-104.

4.Dobson, R.L., Belknap, B.S. :
Topical erythromycin solution in acne. J. Amer. Acad. Dermatol., 1980 ; 3 : 478-482.

5.Frank, S.B. :
Topical Treatment of Acne with a Tetracycline preparation. Cutis, 1976 ; 17 : 539-545.

6.Blaney, D.J., Cook, C.H. :
Topical use of Tetracycline in the treatment of acne. Arch. Dermatol., 1976 ; 112 : 971-973.

7.Algra, R.J., Rosen, T., and Waisman, M. :
Topical Clindamycin in acne vulgaris. Arch. Dermatol., 1977 ; 113 : 1390-1391.

8.Guin, J.D. :
Topical clindamycin : A double-blind study comparing clindamycin phosphate with clindamycin hydrochloride. J. Int. Dermatol., 1979 ; 18 : 164-165.

9.Richardson, D.S. :
Clindamycin in acne vulgaris : Status and in vivo stability of topical Clindamycin. J. Assoc. Military Dermatologists, 1979 ; 5 : 10-12.

10.Stoughton, R.B., and Resh, W. :
Topical Clindamycin in the control of acne vulgaris. Cutis, 1976 ; 17 : 551-554.

11.Thomsen, R.J., Stranieri, A., Knutson, D., and Strauss, J.S. :
Topical Clindamycin treatment of acne. Arch. Dermatol., 1980 ; 116 : 1031-1034.

12.Berman, L. :
A practical, inexpensive method of preparing stable antibiotic lotions for acne therapy. Derm. Dig., 1977 ; June, 27-32.

13.Fisher, A.A. :
The safety of topically applied Clindamycin for acne. Cutis, 1979 ; 23 : 406, 416, 418, 522.

14.Lacine, N.C., Orr, R.J., Peters, L.S., and Flynn, G.L. :
Topical Clindamycin for acne, part 2. J. Am. Pharm., 1978 ; 18 : 30-33.

15.Orr, R.J., Lacine, N.C., Peters, L.S., and Flynn, G.L. :
Topical clindamycin for acne, part 1. J. Am. Pharm., 1978 ; 18 : 23-26.

16.Christian, G.L., and Krueger, G.G. :
Clindamycin vs placebo as adjunctive therapy in moderately severe acne. Arch. Dermatol., 1975 ; 111 : 997-1000.

17.Cunliffe, W.J., Cotterill, J.A., and Williamson, B. :
The effect of Clindamycin in acne - a clinical and laboratory investigation. Br. J. Dermatol., 1972 ; 87 : 37-40.

18.Cunliffe, W.J., and Cotterill, J.A. :
Clindamycin as an alternative to Tetracycline in severe acne vulgaris. Pract., 1973 ; 210 : 698-700.

19.Dantzing, P.I. :
The safety of long-term Clindamycin therapy for acne. Arch. Dermatol., 1976 ; 112 : 53-54.

20.Moss, H.V. :
Acne vulgaris : Treatment with three new antibiotics. Cutis, 1972 ; 10 : 375-376.

21.Panzer, J.D., Poche, G.W., Meek, T.J., and Derbes, V.J. :
Acne treatment : A comparative efficacy trial of Clindamycin and Tetracycline. Cutis, 1977 : 19 : 109-111.

22.Glendenniny, W.E. :
Complications of Tetracycline therapy. Arch. Dermatol., 1965 ; 91 : 628-632.

23.Kunin, C.M. :
The tetracyclines. Ped. Clin. N. Am., 1968 ; 15 : 43-55.

24.Poulos, E.T., and Tedesco, F.J. :
Acne vulgaris : Double-blind trial comparing Tetracycline and Clindamycin. Arch. Dermatol., 1976 ; 112 : 974-976.

25.Smith, E.B., Dickson, J.E., and Knox, J.M. :
Antibiotic treatment of acne. Tex. Med., 1971 ; 67 : 90-93.

26.Tan S.G., and Cunliffe, W.J. :
The unwanted effects of Clindamycin in acne. Br. J. Dermatol., 1975 ; 93 : 1-3.

27.Systemic antibiotics for treatment of acne vulgaris :
Efficacy and safety. Ad Hoc Committee Report of National Program for Dermatology. Arch. Dermatol., 1975 ; 111 : 1630-1636.

28.Gurwith, M.J., Robin, H.R., and Love, K. :
Diarrhea associated with Clindamycin and Ampicillin therapy : Preliminary results of a cooperative study. J. Inf. Dis., 1977 ; 135 : S104-S110.

29.Gilgor, R.S. :
Complications of Tetracycline Therapy for acne. N.C. Med. J., 1972 ; 33 : 331.

30.Epstein, J.H., Tuffanelli, D.L., Serbert, J.S., et al :
Porpheria - like cutaneous changes induced by tetracycline hydrochloride - photosensitization. Arch. Dermatol., 1976 ; 112 : 661.

31.Ganguly, R., Kluge, R. :
Immune response of test animals on long term use of tetracycline. Conférence donnée à la Convention annuelle (1981) de la "Federation of American Societies for Experimental Biology".

32.Hurley, H.J., Shelley, W.B. :
Special topical approach in the treatment of acne. Cutis, 1978 ; 22 : 696.

33.Esterly, N.B., Furey, N.L., Flanagan, L.E. :
The effect of antimicrobial agents on leukocyte chemotaxis. J. Invest. Dermatol., 1978 ; 70 : 51-55.

34.Milstone, E.B., Mc Donald, A.J., Scholhamer, C.F. :
Pseudomembranous Colitis after topical application of clindamycin. Arch. Dermatology, 1981 ; 117 : 154-155.

35.Tedesco, F.J. :
Clindamycin and colitis : A review. J. Inf. Dis., 1977 ; 135 (supp.) : 95-98.

36.Tedesco, F.J., Barton, R.W., Alpers, D.H. :
Clindamycin associated colitis : A prospective study. Ann. Int. Med., 1974 ; 81 : 429-433.

37.Georges, W.I., Sutter, V.L., Finegold, S.M. :
Antimicrobial agent induced diarrhea : A bacterial disease. J. Inf. Dis., 1977 ; 136 : 822-828.

38.Gantz, N.M., Zawacki, J.K., Dickerson, W.J., et al :
Pseudomembranous colitis associated with erythromycin. Ann. Int. Med., 1979 ; 91 : 866-868.

Étude comparative des prostaglandines synthétiques et naturelles pour l'induction du travail

Jacques Lorrain[1], Louis Beaumont[2], Gilles Desaulniers[3] et René Chemaly[4]

Résumé

Une étude portant sur 202 patientes réparties de façon égale pour comparer l'effet de la prostaglandine orale naturelle (PGE_2C) à la prostaglandine synthétique (PGE_2S), a démontré une similitude entre les deux produits. En effet, dans les deux groupes qui étaient comparables du point de vue âge, poids, parité, âge de la grossesse et score de Bishop, le taux de réussite a été égal (66%) quoique inférieur aux résultats obtenus dans des études parues antérieurement. De même les effets secondaires maternels et fétaux ainsi que les aggars étaient comparables.

La présence de concentration endogène élevée de prostaglandineE_2 (PGE_2) dans les tissus foetaux placentaires lors du travail spontané suggère que la PGE_2 joue un rôle physiologique important dans le déclenchement du travail. La première étude, publiée par Karim et Sharma, de l'utilisation de PGE_2 orale dans le déclenchement du travail à terme, date de 1971. Depuis ce temps, on a démontré que la PGE_2 exerce un effet de maturation du col utérin, produit des contractions utérines semblables au travail spontané et se compare avantageusement à l'ocytocine intraveineuse dans l'induction du travail[1,2,3,4].

Les comprimés oraux de prostaglandine E_2 (PGE_2) naturelle destinée au déclenchement du travail à terme et son ingrédient actif, le dinoprostone, provient du corail Plexaura Homomala que l'on retrouve près des côtes de la Floride. Une méthode de fabrication du dinoprostone entièrement synthétique a été développée récemment et, bien qu'il ait été démontré que ce composé synthétique soit identique du point de vue chimique et physique au produit naturel, nous avons tenté de comparer dans une étude clinique l'efficacité, l'innocuité et la tolérance de la prostaglandine provenant du corail (PGE-C) et de la prostaglandine synthétique (PGE-S).

Matériels et méthodes

L'étude à double insu a porté sur 202 patientes. Le déclenchement du travail s'est effectué d'une façon élective ou pour les inditations médicales suivantes : la post-maturité, l'hypertension, la pré-éclampsie, la rupture prématurée des membranes sans déclenchement du travail spontané, l'érythroblastose foetale, le diabète et le retard de croissance intra-utérine. De plus, les critères suivants ont été respectés : consentement volontaire écrit de toutes les patientes, grossesse d'au moins 28 semaines, patiente d'au moins 18 ans, membrane intacte (sauf en cas de rupture prématurée et spontanée sans travail actif), poids variant entre 80 et 200 livres, foetus vivant, pas d'antécédent de césarienne ou de chirurgie utérine majeure, pas de saignement vaginal, absence de contre-indication médicale ou obstétricale à l'accouchement vaginal (disproportion foeto-pelvienne, présentation anormale, signe de souffrance foetale, antécédent d'accouchement traumatique ou de travail dystocique, distension utérine, placenta praevia total, hypertonie utérine et néoplasie du col. Les patientes souffrant de maladies gynécologiques actives ou présentant des antécédents de maladies cardiaques, d'asth-

▶ page 566

1) Professeur adjoint, Faculté de Médecine, Université de Montréal, chef du département d'obstétrique et gynécologie, Hôpital du Sacré-coeur, Montréal.
2) Professeur adjoint, Faculté de Médecine, Université de Montréal, chef du service d'obstétrique, Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal.
3) Professeur adjoint, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal.
4) Professeur adjoint, Faculté de Médecine, Université de Montréal. Montréal.

Article reçu le : *2.7.81*
Avis du comité de lecture le : *14.1.82*
Acceptation définitive le : *23.3.82*

Issu de la recherche Upjohn sur le SNC

la promesse de

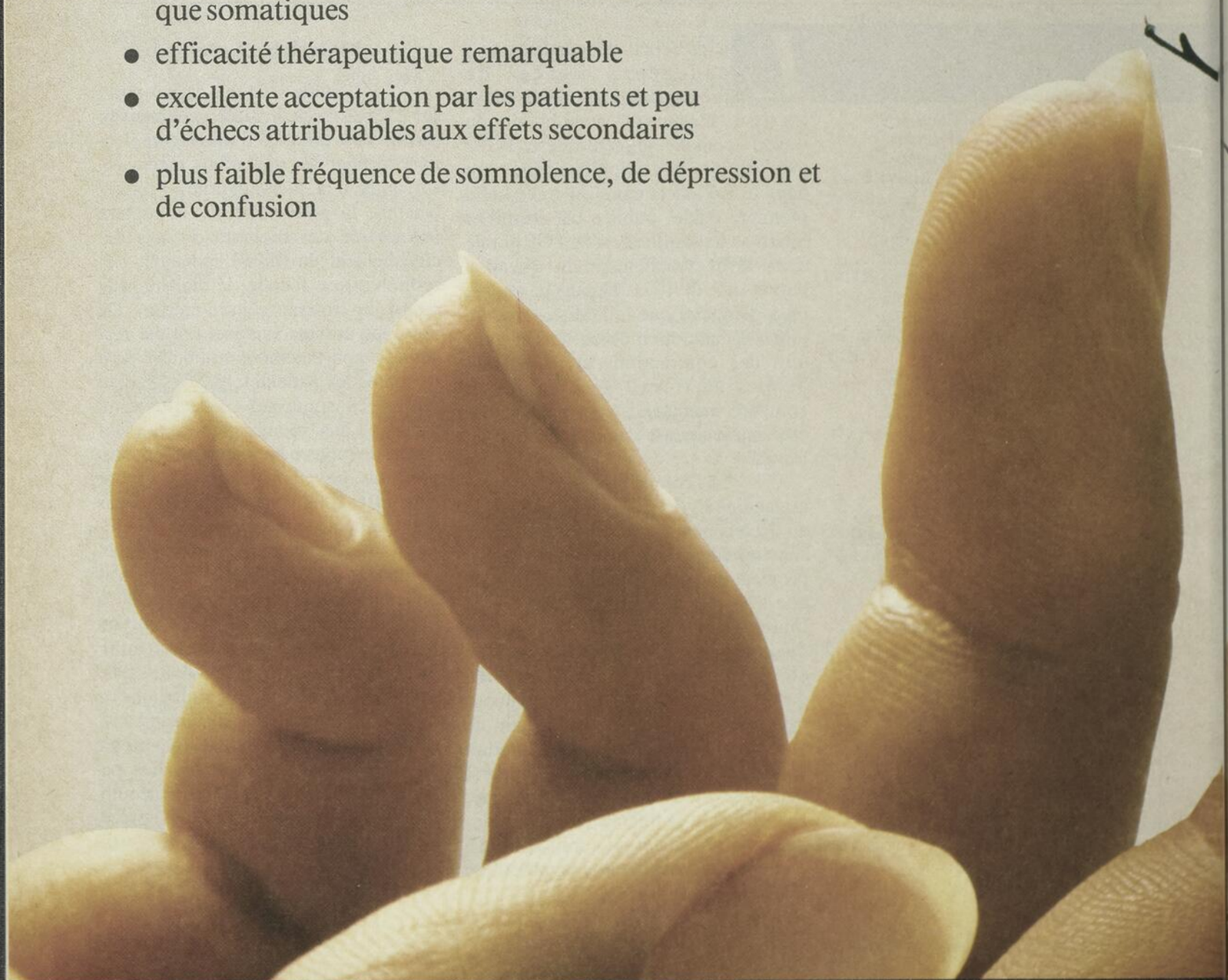
Xanax®

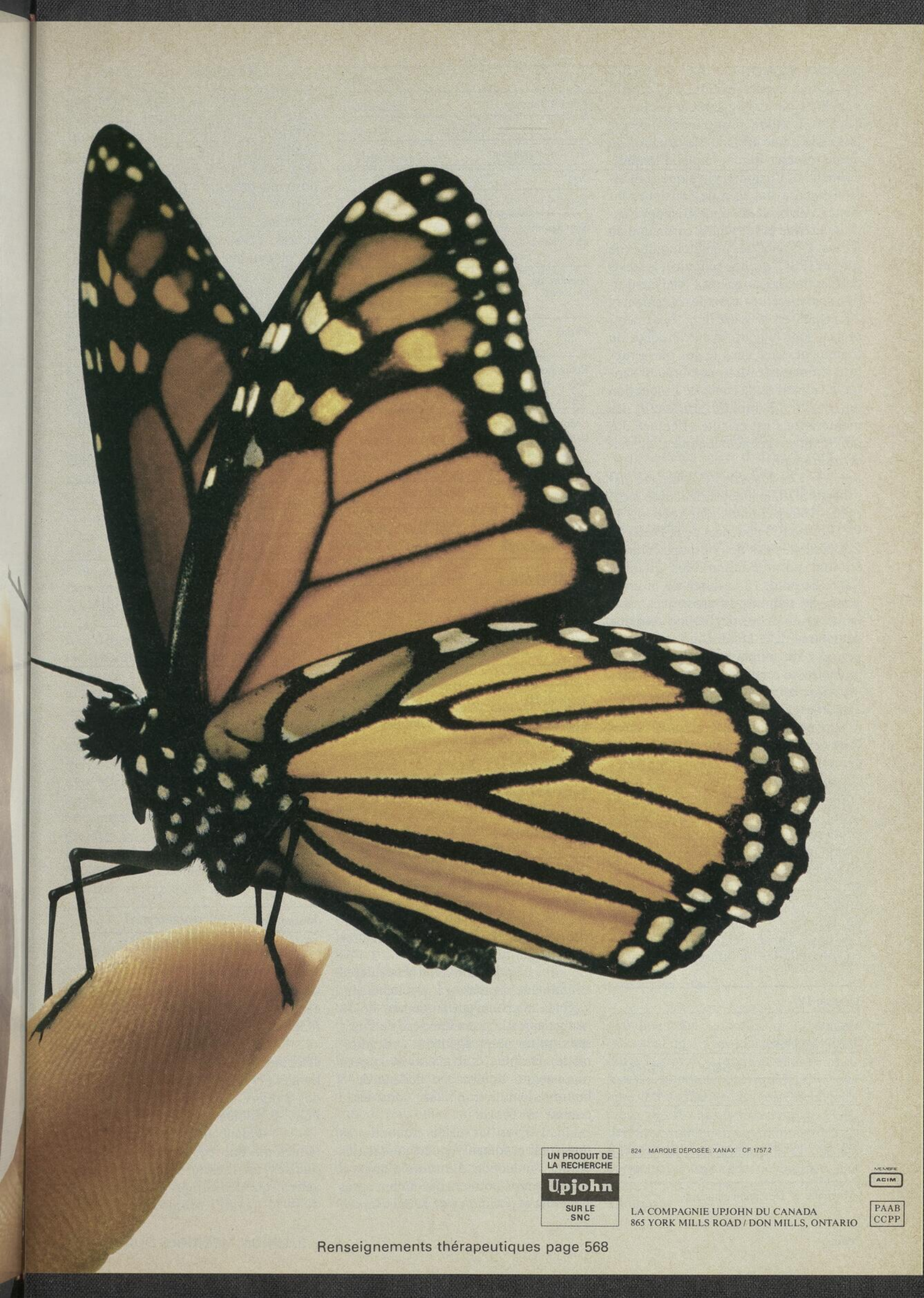
(alprazolam)

une différence mesurable

pour le patient anxieux

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





UN PRODUIT DE LA RECHERCHE
Upjohn
SUR LE SNC

824 MARQUE DÉPOSÉE: XANAX CF 1757-2

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

MEMBRE ACIM

PAAB CCPP

Renseignements thérapeutiques page 568

me, de glaucome, de troubles convulsifs et une hypersensibilté aux prostaglandines ont été également exclues.

L'étude proprement dite est précédée d'une période d'évaluation de trente minutes durant laquelle le questionnaire et l'examen physique sont effectués en ayant soin de consigner les signes vitaux, le score de Bishop, l'activité utérine et le rythme cardiaque du foetus. Les analyses hématologiques de routine (PSC, groupe sanguin), les tests de fonction hépatique et l'analyse d'urine sont effectués avant le traitement et 24 heures en post-partum. Les membranes sont intactes avant le début du traitement, sauf dans le cas où la rupture prématurée des membranes sans travail électif est la cause de l'induction du travail. La rupture artificielle des membranes s'est ensuite effectuée durant le travail selon le jugement du médecin traitant.

Les doses de PGE_2 ont été distribuées à 202 patientes, à double insu., Ainsi 102 patientes ont reçu de la PGE_2-C et 100 patientes de la PGE_2-S. Les patientes des deux groupes étaient en tout point comparables quant à l'âge, au poids, à la durée de la grossesse, au nombre de grossesses, à la parité et au score de Bishop tels que démontrés dans le tableau I.

Par ailleurs, un groupe de 20 patientes a reçu des placebos administrés de la même façon que les prostaglandines. D'ailleurs, ni les patientes, ni l'investigateur, ni le prsonnel infirmier ne connaissaient le type de médicament administré. Des comprimés étaient administrés avec de l'eau à des doses de 1 comprimé de 0.5 mg au début du traitement, puis à toutes les heures par la suite. Si un travail adéquat n'était pas amorcé après la deuxième dose, les doses subséquentes étaient ensuite augmentées d'un comprimé à toutes les heures jusqu'à un maximum de 1,5 mg (3 comprimés par heure). Les doses subséquentes pouvaient être ensuite réduites ou omises selon l'activité utérine et les effets secondaires rencontrés.

L'induction était considérée comme une réussite si l'accouchement vaginal se produisait en dedans de 18 heures après la première dose de PGE_2 sans qu'un autre agent ne soit administré. De plus, s'il n'y avait aucune réponse de l'utérus en dedans de 8 heures, l'induction était considérée comme un échec.

Tous les effets secondaires maternels et foetaux ont été enregistrés durant l'induction. Le score d'apgar a été déterminé pour chaque enfant après 1 minute et 5 minutes de la délivrance.

Tableau I

Échantillonnage

	RGE.C	PGE_2-S
Nombre de patients*	102	100
Age	26.2 ± 4.8[a]	27.0 − 5.1
Poids	71.4 ± 10.5	71.2 ± 9.6
Semaine de grossesse	40.1 ± 1.2	40.2 ± 1.2
Écart	37 - 43	37 - 42
Nombre de grossesse	2.0 ± 1.3	2.1 ± 1.2
Écart	1 - 7	1 - 7
Parité	0.7 ± 1.0	0.9 ± 1.0
Écart	0 - 4	0 - 6
Score de bishop	5.8 ± 1.9	5.4 ± 1.7
%B.S. 0-5	44.1 (45/102)	54.0 (54/100)
%B.S. 6-13	55.1 (56/102)	46.0 (46/100)

[a] Moyenne ± déviation standard
* 20 autres patientes ont reçu uniquement des comprimés de placebo.

Résultats

Le taux de succès d'induction avec les prostaglandines naturelles (PGE_2-C) et les prostaglandines synthétiques (PGE_2-S) est comparable et se situe à 66% (tableau II) avec une dose moyenne de 4,0 mg (tableau III), soit 8 comprimés, et une durée moyenne d'environ 7½ heures à 8 heures. Le succès le plus important a été obtenu chez les multipares et chez celles qui présentaient, avant le début de l'induction, un score de Bishop plus élevé (Tableau II) : PGe_2-C à 83.7% et PGE_2-S à 87.8%. En effet, la dose totale moyenne et la durée du traitement ont été également moins importantes chez ces patientes que chez les nullipares et celles présentant un score de Bishop moins élevé. Toutefois, l'efficacité de la PGE_2 tant naturelle que synthétique a été quand même impressionnante, et comparable avec une efficacité pour la PGE_2-C de 54% et pour la PGE_2-S de 56.1%.

Vingt-trois césariennes ont été effectuées dans cette étude de 202 patientes (11.3%), soit 8 dans le groupe des PGE_2-C et 15 dans le groupe des PGE_2-S (tableau VI).

Quant au groupe des 20 patientes qui ont reçu le placebo et auxquelles on disait, comme pour les autres, que les comprimés allaient induire le travail ; certains résultats fu-

Tableau II

Inductions de travail réussies

% de succès pour:	PgE_2-C	PgE_2-S
Toutes les patientes	66.7 (68 /102)	66. (66 /100)
Patientes : Para 0	54.2 (32 / 59)	56.1 (23 / 41)
Para ⩾ 1	83.7 (36 / 43)	87.8 (43 / 49)
Patientes : Bishop score 0 - 5	48.9 (22 / 45)	55.6 (30 / 54)
Bishop score 6 - 13	82.1 (46 / 56)	78.3 (36 / 46)

Tableau III

Dose totale du PGE_2 requise de durée de l'induction dans les inductions réussies

	PGE.C	PGE_2-S
PGE_2 (MG)	4.3 ± 3.1[a]	3.9 ± 2.0
Écart	1.0 - 19.0	1.0 - 10.0
Durée (heures)[b]	8.0 ± 3.4	7.4 ± 3.4
Écart	3.5 - 18.0	1.8 - 17.8

[a] Moyenne ± Deviation standard
[b] Temps entre la première dose de PGE_2 et la délivrance.

Tableau V

Effets secondaires

	% patientes	
Maternelles	PGE_2-C	PGE_2-S
Effets secondaires G.I.[1]	32.4	29.0
Hypertonie utépine	—	3.0
Foetale		
Changement du coeur foetal	15.7	14.0
Meconium	3.9	4.0

[1] Nausée, vomissement et/ou diarrhée

Tableau IV

APGAR
(tous les enfants)

	PGE_2-C	PGE.S
APGAR 1 minute	8.3 ± 1.4[a]	8.6 ± 1.2
Écart	1 - 10	4 - 10
APGAR 5 minutes	9.5 ± 0.9	9.5 ± 0.7
Écart	4 - 10	6 - 10

[a] Moyenne ± Déviation standard

rent surprenants. Nous avons pu induire le travail chez deux patientes et chez une troisième, on a noté des contractions utérines durant toute la période où la patiente prenait la médication, alors que chez une quatrième patiente, on a seulement noté les effets secondaires des prostalglandines, à savoir nausées, vomissements, et ce, sans qu'il y ait pour autant déclenchement des contractions.

Les agpar de tous les enfants ont été rapportés, que l'induction soit réussie ou non, et sont statistiquement comparables pour les PGE_2-C et la PGE_2-S (tableau IV).

Les effets secondaires les plus souvent rencontrés chez la mère sont d'ordre gastro-intestinal et se manifestent par des nausées, des vomissements et/ou de la diarrhée. Ils sont rencontrés respectivement chez 32.4% des patientes ayant ingéré de la PGE_2-C et 29.0% chez les patientes ayant ingéré de la PGE_2-S et son statistiquement comparables. L'hypertonie utérine s'est retrouvée chez 3 des patientes ayant ingéré de la PGE_2-S et chez aucune du groupe de la PGE_2-C pour un taux moyen d'environ 1.5% de toutes les patientes de l'étude.

Les changements du rythme foetal (décélération variable ou tardive, tachycardie ou bradycardie) ont été enregistrés chez 15% des patientes du groupe PGE_2-C et 14% chez les patientes du groupe PGE_2-S. Dans la plupart des cas, les changements ont été transitoires et l'induction du PGE_2-C et PGE_2-S ont été poursuivies par la suite avec succès. Trois patientes ont dû subir des césariennes pour un problème de détresse foetale dans chacun des groupes de PGE_2-C et PGE_2-S. Enfin, 4 patientes de chacun des groupes ont présenté du méconium lors de la rupture des membranes.

Tableau VI

Césariennes

PGE_2-C		PGE_2-S	
Patient No	**Causes**	**Patient No**	**Causes**
66	Détresse foetale - compression du cordon	82	Détresse foetale - compression du cordon
186	Arrêt de progression	83	Dystocie foeto-pelvienne
216	Dystocie foeto-pelvienne	87	Arrêt du progression
217	Mauvaise présentation	187	Arrêt de progression
240	Détresse foetale	188	Dystocie foeto-pelvienne
252	Dystocie foeto-pelvienne	202	Détresse foetale
256	Détresse foetale	218	Arrêt de progression
335	Détresse foetale	225	Dystocie foeto-pelvienne
		235	Dystocie foeto-pelvienne
		237	Dystocie foeto-pelvienne
		239	Dystocie foeto-pelvienne
		251	Dystocie foeto-pelvienne
		261	Mauvaise présentation
		272	Arrêt de progression
		316	Mauvaise présentation

Discussion et conclusion

L'efficacité de la prostaglandine orale comme agent cytocique près du terme est bien documentée. Dans les études comparatives, la PGE_2 orale s'est avérée sûre et efficace dans le déclenchement du travail à terme tout comme l'ocytocine intraveineuse. Dans la présente étude, l'administration de prostaglandine naturelle (PGE_2-C) et synthétique (PGE_2-S) s'est avérée tout aussi efficace dans l'induction du travail et l'accouchement vaginal chez 66% des patientes étudiées avec une durée moyenne d'environ 7½ heures à 8 heures et l'utilisation moyenne de 4 mg, soit 8 comprimés de 0,5 mg. Bien que plus efficace chez les multipares et les scores de Bishop plus élevés, (plus de 80%), les PGE_2-C et PGE_2-S sont également efficaces dans un groupe important de primipare et de score de Bishop faible (PGE_2-C 54% et PGE_2-S 56.1%). Cette efficacité semble reliée à l'effet de PGE_2 sur la maturation du col[1]. Dans notre étude, il n'y a eu aucune différence significative entre l'activité de la prostaglandine PGE_2-C et PGE_2-S en ce qui concerne le taux de succès total obtenu chez les primipares, chez les multipares, et dans le groupe présentant un score de Bishop faible ou élevé. Il n'y a eu également aucune différence de l'activité et de la durée d'action ainsi que dans les effets secondaires tant maternels que foetaux dans les deux groupes. Le taux de césariennes dans les deux groupes PGE_2-c et PGE_2-S est également comparable si l'on fait exception des cas de dystocie foeto-pelvienne et les mauvaises présentations.

Le taux de réussite de 66% est légèrement inférieur à d'autres études parues antérieurement. En effet, celle de Gouin de 1979 avec l'utilisation de prostaglandine synthétique mentionne un taux de réussite globale de 91.6%, dont 86.9% avec un score de Bishop de moins de 5 et 98.9% avec un score de Bishop au-dessus de 5[5]. Une étude de 100 cas effectuée antérieurement par nous et non publiée avait démontré un taux de réussite d'environ 80%. Toutefois, d'autres études et en particulier celle de Gordon et Wright ont démontré des résultats similaires[6].

Les effets secondaires maternels qui sont presque exclusivement d'origine gastro-intestinale (nausées, vomissements et/ou diarrhée) sont retrouvés dans environ 30% des cas. La plupart des réactions défavorables sont transitoires et semblent reliés à la dose administrée[6,7]. Les effets les plus sérieux ont été traités en diminuant ou en omettant la dose suivante.

De même, l'hypertonie utérine n'a été observée que chez 3 des 202 patientes (1.5% des cas) et toutes dans le groupe de la PGE_2-S. Par conséquent, l'impression de ne pas exercer un contrôle suffisant de la contraction utérine et de la détresse foetale qui s'en suit avec les prostaglandines (PGE_2) orales sont plus théoriques que réelles. Quant à l'effet à long terme après l'induction du travail, Friedman et Sachtleben[2] ont évalué 156 enfants entre 23 et 62 mois après des inductions spontanées, à l'ocytocine, et avec les prostaglandines PGE_2 orales et ils n'ont relevé aucune anomalie chez les nouveau-nés après les inductions à la PGE_2 bien que cette possibilité pour l'ocytocine intraveineuse ait été envisagée. Thiery[8] a également démontré aucun effet chez la mère à long terme et particulièrement en ce qui concerne ses grossesses futures.

Par conséquent, les prostaglandines tant naturelles que synthétiques sont un moyen efficace et sûr d'induire le travail à terme et elles se révèlent une alternative favorable à l'ocytocine intraveineuse. L'ajustement judicieux des doses administrées de PGE_2 devrait éventuellement diminuer les effets secondaires maternels et foetaux comme pour tout agent ocytocique, une surveillance constante des patientes s'impose.

Xanax® comprimés
(alprazolam)

Renseignements thérapeutiques

Mode d'action: Xanax (alprazolam) est une benzodiazépine dotée de propriétés anxiolytiques. Chez l'homme, les doses orales sont bien absorbées, et les concentrations de pointe sont atteintes 1 à 2 heures plus tard. La demi-vie d'une seule dose se situe entre 6 et 20 heures. Après des doses multiples, t.i.d., l'équilibre dynamique est atteint en 7 jours ou moins. L'urine est la principale voie d'excrétion du produit et de ses métabolites. Alprazolam se dégrade principalement par oxydation, entraînant la formation des métabolites primaires: alpha-hydroxyalprazolam et un dérivé benzophénonique. Le métabolite alpha-hydroxy est ensuite transformé en déméthylalprazolam. Les métabolites alpha-hydroxy et déméthylalprazolam sont actifs, et leur demi-vie semble être similaire à celle du produit, mais ils ne se retrouvent qu'en faibles quantités dans le plasma. Le taux de liaison aux protéines est de 80 p. cent.

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

Trois doses de 0.5 mg d'alprazolam par jour, pendant 14 jours, n'ont pas affecté le temps de prothrombine ni les taux plasmatiques de warfarine chez des volontaires mâles ayant reçu de la warfarine sodique per os.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Insuffisance rénale ou hépatique: En présence d'une insuffisance rénale ou hépatique, commencer le traitement avec des doses très faibles, et augmenter la posologie en tenant compte de la capacité résiduelle de l'organe impliqué. Une étroite surveillance et des contrôles périodiques de laboratoire sont nécessaires.

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

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

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

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

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

Réactions défavorables moins souvent rapportées, et données cibas, par catégorie:

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

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

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

Musculo-squelettiques: Spasmes musculaires, faiblesse musculaire.

Cardio-vasculaires: Hypotension, palpitations, tachycardie.

Dermatologiques: Prurit, rash.

Génito-urinaires: Incontinence, changement de la libido.

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

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

Divers: Glycémie augmentée ou abaissée.

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

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

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

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

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

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

Posologie adulte: La posologie initiale est de 0.25 mg, deux ou trois fois par jour. Si nécessaire, augmenter par paliers de 0.25 mg, selon la sévérité des symptômes et la réaction du patient au traitement. On recommande d'augmenter la dose du coucher plutôt que celle du matin. Les symptômes d'une angoisse très sévère peuvent nécessiter de plus fortes doses de départ. La posologie optimale est celle qui permet de soulager les symptômes anxieux excessifs, sans altérer les fonctions mentales et motrices. Dans les cas exceptionnels, elle peut être portée au maximum de 3 mg par jour, en prises fractionnées.

Personnes âgées ou affaiblies: La posologie initiale est de 0.125 mg, deux ou trois fois par jour. Elle peut graduellement être augmentée, au besoin, selon la tolérance et la réaction au traitement.

Présentation: Xanax (alprazolam) est présenté sous forme de comprimé ovoïde sécable: 0.25 mg (blanc) et 0.5 mg (pêche), en flacons de 100 et de 1000.

Monographie envoyée sur demande. CF 1756.2B

UN PRODUIT DE LA RECHERCHE
Upjohn
SUR LE SNC

MARQUE DÉPOSÉE: XANAX
824 CF 1757.2

ACIM
PAAB CCPP

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

summary

Synthetic prostaglandin E_2 (PGE_2S) was compared in this study to the natural prostaglandin (PGE_2C) in induction of labow.

A group of 202 patients were studied and equally divided. The two groups were comparable for age, weight, parity, gestationnal age and Bishop score.

Success rate was equal (66%) in both groups and there was no difference in maternal or fetal side effects and apgar scores.

bibliographie

1. **Valentine B.H. :** Intravenous oxytocin and oral prostaglandin E_2 for ripening of the unfavourable cervix. Brit. J. Obstet. Gynec., 1977 ; 84 : 846.
2. **Friedman E.A. et Sachtleben M.R. :** Effect of oxytocin and oral prostaglandin E_2 on uterine contractility and fetal heart rate patterns. Amer. J. Obstet. Gynec., 1978 ; 130 : 403.
3. **Kelly J. et Flynn A.M. :** A comparison of oral prostaglandin E_2 and intravenous oxytocin in the induction of labour. J. Obstet. Gynec., 1973 ; 80 : 923.
4. **Nelson G.H. et coll. :** A comparison of oral prostaglandin E_2 and intravenous ocytocin for induction of labor in normal and high risk pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec., 1976 ; 126.
5. **Gouin J. et coll. :** Utilisation de la prostalglandine E_2 par voie orale dans le déclenchement du travail. Union Méd. Canada, 1979 ; 108 (6) : 610-613.
6. **Gordon-Wright A.P., Dutt T.P. et Elder M.G. :** The routine use of oral prostaglandin E_2 tablets for induction or augmentation of labour. Acta Obstet. Gynec. Scand., 1979 ; 58 : 23.
7. **Elder M.G. :** Uterine action after induction of labour with oral prostaglandin E_2 tablets compared with intravenous oxytocin. Brit. J. Obstet. Gynec., 1979 ; 82 : 679.
8. **Thiery M., Amy J.J. :** Spontaneous induced labor : two roles for the prostaglandins. Obstet. Gynec. Ann., 1977 ; 6 : 127-171.

Évaluation du fin contrôle neuromusculaire dans la dystrophie musculaire progressive de Duchenne

Partie I. Une étude fondamentale et clinique en réadaptaion de dix patients non-ambulants

Thérèse Simard[1]

Résumé

Afin de chercher à établir le mécanisme de la dégénérescence musculaire de la dystrophie musculaire de type Duchenne, des études cliniques combinées à l'électromyographie sont nécessaires. Dans le cadre de la rééducation neuromusculaire, on recourt aujourd'hui à la rétroaction à partir des signes sonores et visuels de la détection musculaire établie par l'électromyographie. On peut ainsi solliciter l'isolement et le maintien en activité d'unités motrices et mieux évaluer les caractères distinctifs de la maladie neuromusculaire. Chez des patients souffrant de la dystrophie musculaire de Duchenne et ayant atteint le stade non-ambulatoire de cette maladie, l'étude présente cherche à mettre en évidence le niveau résiduel de la fine habileté neuromusculaire et à détecter des caractères myoélectriques distinctifs à ce stade avancé de la maladie.

Le mécanisme de la dégénérescence musculaire de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne n'est pas établi. Pour compléter l'information distinctive propre à chaque étape de la maladie, nous comptons maintenant sur des études fondamentales et cliniques, basées sur un choix judicieux de groupes de patients homogènes. Grâce aux travaux de Walton[1] et Serratrice[2], une classification, basée sur l'histoire génétique et les bilans fonctionnels des myopathies, peut être maintenant mieux établie. Malgré un grand nombre d'études du système neuromusculaire de chacune des myopathies, leurs critères électromyographiques pathognomoniques demeurent encore très difficiles à déterminer. Et pour y arriver, il faut solliciter la fine action musculaire d'une seule unité motrice, ce qui est réalisé dans 80% des cas chez les sujets sains en observant les signes sonores et visuels émis au cours de l'électromyographie (grâce à l'oscilloscope et au haut-parleur) et en cherchant à diminuer l'effort de contraction jusqu'à ce qu'un seul potentiel d'action soit en action répétée sur un tracé de base, sans bruit d'activité avoisinante. Dans les 20% de cas où elle s'avère disponible, l'on cherche à mesurer au moins une "activité légère" où plusieurs potentiels d'activités motrices sont détectés.

Sur ce sujet, Simard et Basmajian[3] ont proposé une méthode de rééducation du contrôle de la fine réponse de la voie motrice finale.

L'électromyographie du potentiel d'action observé et écouté ajoute, à la sensibilité innée de la réponse musculaire, un moyen favorisant la réussite d'une action sensori-motrice raffinée.

Dans le cadre de la présente étude, on se servira de cette méthode spéciale non seulement pour évaluer le degré du fin contrôle musculaire mais aussi pour permettre l'analyse subsé-

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

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

Article reçu le : *29.12.80*
Avis du comité de lecture le : *28.1.81*
Acceptation définitive le : *22.2.82*

quente des caractères myoélectriques distinctifs du stade avancé de la dystrophie musculaire de Duchenne. Dans de tels cas, Buchthal[4] avait recommandé d'effectuer une détection multiple de l'activité myoélectrique simultanée de divers territoires musculaires, ceci dans le but de permettre une meilleure interprétation de l'état musculaire étudié. Sous cette recommandation, une électrode multifilaire à détection quadribipolaire fut développée par Simard[5]. Une étude d'un groupe incluant des sujets normaux a mis en évidence son utilisation bénéfique dans l'étude électromyographique multiterritoriale[5] requise en myopathie.

Matériel et méthodes

Sélection des patients (Tableaux I et II)

Le groupe étudié comprend dix patients atteints de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne dont l'histoire génétique révèle la transmission liée au sexe. Pour chacun des cas reçus, une affection similaire fut reconnue chez au moins un frère. Ces patients, âgés de 11 à 23 ans, sont tous au stade non-ambulant. Ils ont perdu la locomotion entre l'âge de sept et treize ans. L'hypertrophie des mollets ne s'observe que dans six cas et les réflexes idio-musculaires sont abolis chez les dix patients examinés. Ils souffrent tous de faiblesse universelle, et des déformations vertébrales sont établies chez la plupart d'entre eux. Les sept patients qui présentent une scoliose sont en fauteuil roulant depuis plus de quatre ans et les trois patients sans scoliose ont utilisé le fauteuil roulant depuis moins de trois ans. Tous les patients présentent des déformations des membres ; ce sont : le flexum des hanches et des genoux,le varus-équin du pied, au membre supérieur, le flexum du coude avec une limitation de la supination de l'avant-bras. Une fonction intellectuelle lente est reconnue chez quatre patients. À ce stade de la maladie, le niveau de créatine phosphokinase (CPK) est au-dessus de la normale chez tous ces patients. L'examen clinique inclut le bilan de la fonction respiratoire car cette valeur constitue le meilleur critère actuel pour le pronostic vital de la dystrophie musculaire de Duchenne[6].

Tableau I

Critères fondamentaux chez des patients atteints de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne.

Patients No	Chronologie (années)	Diagnostic (années)	Perte de locomotion (années-mois)	Affection familiale Similaire
1	20	4	10-6	Un frère Deux oncles maternels
2	15	4	7-3	Deux frères
3	23	5	9-10	Un frère Un oncle maternel
4	11	3	8-10	Un frère
5	12	6	10-1	Un frère
6	14	3	12-1	Un frère
7	17	3	13-0	Un frère Deux oncles maternels
8	14	6	10-8	Un frère
9	20	6	11-6	Un frère
10	17	4	10-2	Deux frères

Tableau II

Données cliniques

Patients No	Niveau intellectuel*	Niveau CPK U.I./ml	Force générale, réflexes indiomusculaires Capacité vitale (ml)		Déformation vertébrale	Mollets pseudo-hypertrophiques
1	73	822	a	U , - , 800	Scoliose dorso-lombaire (G) Hyperlordose irréductible	0
2	N	434		U , - , 800	Scoliose dorso-lombaire (G)	+
3	N	645		U , - , 800	Scoliose dorso-lombaire (D)	+
4	N	2992	b	U , - , 1500	Hyperlordose réductible	+
5	73	2219		U , - , 1300	0	+
6	80	1026		U , - , 1300	0	0
7	N	482		U , - , 1500	Scoliose dorsoso-lombaire (G) Hyperlordose réductible	0
8	70	3521	c	U, - , 2100	Scoliose dorso-lombaire (d)	+
9	N	588		U, - , 1700	Scoliose lombaire (D) Hyperlordose	0
10	N	1360		U , - , 1600	Scoliose dorso-lombaire (G) et rotation Hyperlordose réductible	+

- : Tous les réflexes sont abolis.
U : Faiblesse générale au test musculaire.
* : Résultats de tests psychologiques — N, Normal.
+ : Observés ; 0 : non observés.
(d) : Droite.
(G) : Gauche.
a,b,c, : catégories d'atteinte respiratoire:
a : très sévèrement atteints ;
b : sévèrement atteints;
c : modérément atteints.
(Résultats de l'examen clinique pratiqué par Yves Rideau, alors à l'Institut de Réadaptation de Montréal.)

Muscles et territoires étudiés

Avec l'aide de l'électrode quadribipolaire à quatre fils, l'action myoélectrique de quatre territoires d'action musculaire — trois de 3 mm et un de 7 mm — d'un muscle de l'épaule et d'un muscle de la main droite, est observée. À l'épaule, l'aiguille hypodermique contenant les fils-électrodes est implantée à angle droit jusqu'à l'humérus, au tiers supérieur du chef claviculaire du deltoïde. À la main,l'aiguille introduit les fils-électrodes dans un trajet oblique (30°) afin de permettre l'observation de l'action du muscle court abducteur du pouce, un muscle plutôt mince et superficiel. Avec ce type d'électrode, l'activité d'une unité motrice isolée peut être généralement, mais pas toujours, détectée à une distance de 100 mm[5].

Position des sujets

Les sujets sont installés confortablement en décubitus dorsal afin de favoriser le repos, de stabiliser le tronc et la ceinture scapulaire et de supporter le membre supérieur droit. L'avant-bras est supporté en pronation et en flexion à angle droit et la main repose sur le tronc de façon naturelle. Durant la période d'évaluation, le bras est immobilisé en abduction de 15-20°, le coude du sujet est appuyé sur une barre rigide. Cette position stabilisant le tronc et le membre supérieur droit favorise le succès pour le fin contrôle d'un muscle de l'épaule droite[7], car ces patients présentent des déformations orthopédiques du tronc et une faiblesse universelle, et le fauteuil roulant, même adapté à la difficulté individuelle, ne suffit pas à donner la stabilité du tronc et le confort nécessaires pour l'activité neuromusculaire fine du membre supérieur.

Équipement et test prélimaire

Des préamplificateurs de basse fréquence (Tektronix, model 122) sont utilisés à une bande passante de huit Hz à dix KHz. Dans cette étude, l'utilisation d'un oscilloscope à multiples tracés EMG et d'un système d'audio-amplification, permet au sujet de reconnaître avec certitude les signes sonores et visuels de sa réponse musculaire. Cette auto-observation aide à indiquer l'effort que le sujet doit choisir pour activer, maintenir ou inhiber un territoire musculaire au moment voulu. Cette méthode facilite l'apprentissage de l'acquisition du contrôle neuromusculaire. En effet, en ajoutant à la sensibilité innée de la proprioception de la contraction musculaire, les signes de l'EMG, on favorise la réponse d'une activité musculaire spécifique[3]. Le ruban d'une enregistreuse munie de multiples canaux (Hewlett Packard, model 3521B) conserve de façon permanente les observations myoélectriques. Subséquemment, une enregistreuse à papier linographique (Honeywell, model 1508A), équipée de multiples galvanomètres, reproduit l'information sur papier pour l'analyse des observations électromyographiques.

Une vérification du système électronique est effectuée en observant, pour chaque muscle étudié, le tracé d'une ligne droite du repos et le tracé interférentiel riche d'une courte activité musculaire sous contrainte surajoutée.

Tests du fin contrôle neuromusculaire

Un entraînement progressif des muscles deltoïde et court abducteur du pouce du membre supérieur droit, déjà utilisé par Simard et coll. chez d'autres groupes de patient [8-12], est pratiqué. Cet entraînement vise l'obtention du repos et de l'activité légère au moment désiré et cette fonction réalisée est reconnue comme le premier degré du succès sur le contrôle moteur. Chez les sujets moins habiles, des essais répétés de repos et d'activité musculaire sont commandés jusqu'au succès.

Les quatre tracés de l'électromyogramme multiterritorial de chacun des muscles étudiés sont d'abord observés à l'oscilloscope-moniteur. Cette procédure permet de choisir le territoire musculaire qui évoque des potentiels d'actions à formes reconnaissables et les plus élevés en amplitude. Seul le tracé de ce territoire demeure à la vue du sujet durant l'entraînement ; les autres tracés sont toutefois enregistrés simultanément lors des tests. La production de petits potentiels monophasiques de courte durée (2-4 ms), qui fait fréquemment partie d'autres études, ne fut pas encouragée, à cause de la difficulté à reconnaître leurs caractères individuels.

On demande au sujet d'activer une seule unité motrice, en diminuant l'effort de la contraction musculaire jusqu'à ce qu'il obtienne l'isolement d'un potentiel d'action d'une unité motrice de forme bien distinguée dans son action répétitive. Lorsque cet isolement est parfaitement démontré, on encourage le patient à maintenir l'activité répétée pendant dix minutes. Toutes les minutes, un enregistrement rend compte du comportement musculaire. Si la perte du fin contrôle se produit par l'action d'une autre unité motrice ou d'une sommation d'autres unités motrices, un effort est demandé pour inhiber cette nouvelle activité et réactiver l'unité motrice poursuivie. Si cela n'apparaît pas possible après quelques minutes d'essai, une seconde unité motrice qui pourrait être isolée est alors gardée en activité et son potentiel d'action est analysé. Si une ré-isolation s'avère impossible, le comportement de l'activité neuromusculaire est noté.

Le degré du fin contrôle du muscle deltoïde est examiné en observant l'influence des mouvements de la main ipsilatérale sur l'isolement et le maintien en activité de l'unité motrice (ou de "l'activité légère" poursuivie au niveau de l'épaule). Ce test vise à évaluer l'habileté de ce groupe de patients à supprimer l'activité de stabilisation synergistique normale du deltoïde lorsque les doigts sont en flexion et extension contrariées[5]. Il sert à observer, au segment proximal, les caractères myopathiques de l'action musculaire, non seulement dans son action agoniste (test précédent), mais aussi sous l'effet indirect d'une manoeuvre active et forcée d'un segment distal.

Résultats

Fin contrôle moteur d'un muscle de l'épaule et d'un muscle de la main (Tableau III)

L'inhibition de l'activité musculaire au commandement fut réussie chez ce groupe de patients myopathiques pour les muscles deltoïde et court abducteur du pouce. Cependant, en général, le succès au repos volontaire fut plus rapide à identifier au niveau du muscle de la main. L'isolement de l'activité d'unité motrice fut réalisé pour les deux muscles sauf deux exceptions pour le court abducteur du pouce, muscle entraîné en second. Le maintien en activité d'une unité motrice sélectionnée fut cependant de courte durée. En effet, aucun des patients de ce groupe n'a maintenu ce fin contrôle neuromusculaire pendant les dix minutes requises. Il est à noter que le temps de maintien d'une action répétée d'une unité motrice fut comparable pour les deux muscules testés.

Tableau III

Distribution de la fréquence des observations

	Muscles et tests évalués			
Comportement des muscles	**Court abducteur du pouce**	**Deltoïde**	**Deltoïde**	
	Sans mouvement du Membre supérieur		**Durant l'extension des doigts Libre**	**Contrariée**
Inhibition:				
Rapidement	8	3		
Avec entraînement : 2-15'	1	7*		
Isolement et maintien en activité d'une unité motrice isolée :			6	3
Momentanément		3*		
pour 1-5'	4	3		
pour 6-8'	3	4		
Activité légère et synchronie de Potentiels	2*		3*	3*
Activité légère sporadique				2*
Préférence de l'inhibition sur L'Activité d'une unité motrice			1*	2*
Total des muscles testés	9	10	10	10

* : Difficulté remarquable

' : Minutes

Lorsque les mouvements libres d'extension des doigts furent ajoutés, le fin contrôle moteur du deltoïde fut conservé pour 6 sujets. Durant ce test, un sujet a présenté une préférence pour l'inhibition de toute activité plutôt que pour le maintien de l'action de l'unité motrice entraînée à l'épaule. On observe une diminution marquée du maintien du fin contrôle du deltoïde lorsqu'on applique une résistance manuelle à l'extension des doigts ipsilatéraux. On observe alors, chez deux patients, une sollicitation d'activité synchronique de deux motoneurones agissant anormalement sur des fibres musculaires du deltoïde (Figure 1). C'est aussi lors des mouvements contrariés de la main que l'on constate une activité légère sporadique du deltoïde, chez deux patients, et la préférence de deux sujets pour l'inhibition de ce muscle.

Discussion

Méthode

Avec l'aide de méthodes classiques de rééducation et de rétroaction des signes auditifs et visibles de l'électromyographie, l'activité d'unités motrices individuelles fut obtenue chez tous les patients étudiés atteints et au stade avancé de la dystrophie musculaire progressive de Duchenne. Cette méthode, préalablement développée et utilisée pour l'analyse du fin contrôle neuromusculaire de divers groupes de patients, a de plus permis ici de distinguer des caractéristiques normales et pathologiques des potentiels d'actions engendrés dans chacun des muscles à l'étude, muscles affectés par la DMD. Avec une détection simultanée de l'activité musculaire multiterritoriale telle qu'obtenue par l'utilisation de l'électrode quadribipolaire, l'activité des fibres musculaires des unités motrices environnantes peut être inhibée. Cette inhibition est sollicitée par l'observation visuelle de l'activité musculaire de territoires rapprochés sur les tracés d'un oscilloscope. On facilite ainsi la fine réponse motrice en obtenant un tracé stable qui n'est pas affecté par l'activité de territoires voisins. La forme et les caractères du potentiel d'action peuvent alors être étudiés avec précision, car l'influence de l'action d'autres unités motrices peut être supprimée. L'électrode quadribipolaire aide à l'interprétation de l'activité électrique du muscle, car elle permet d'observer l'activité simultanée de territoires avoisinants. Par une seule détection, il est parfois difficile de juger de l'individualité d'une unité motrice. Par exemple, dans le cas où deux potentiels d'actions détectés entre des pôles d'une distance musclaire territoriale de 3 mm démontrent des formes semblables mais sont légèrement variables en amplitude et agissent à une fréquence irrégulière, il est nécessaire de bien examiner l'action des autres territoires. Interpréter avec certitude cette action comme étant celle de deux unités motrices différentes repose sur le fait que deux formes différentes de potentiels d'actions seraient reconnues simultanément au tracé du 4e canal dont l'activité provient d'une distance interpole de 7 mm. L'électrode quadribipolaire utilisée a donc permis une juste interprétation de l'activité neuromusculaire d'une portion musculaire observée sous différents plans.

Fin contrôle neuromusculaire (Tableau III)

Chez les patients à l'étude, l'inhibition musculaire du muscle court abducteur du pouce s'est avérée plus rapide que celle du muscle deltoïde. Ce résultat du test de la commande à l'inhibition volontaire de chacun des muscles étudiés peut être, d'une part, dû à l'effet pathologique de la dégénérescence nerveuse et musculaire plus avancée dans la musculature proximale du membre supérieur ; d'autre part, attribuable au fait qu'au stade non-ambulatoire de la DMD, la fonction de la main est encore conservée mais pas celle de l'épaule. Ces constatations pathologiques n'ont toutefois aucunement affecté le contrôle lors de l'isolement de l'action d'une unité motrice ; en effet, cette réponse fut obtenue facilement pour les deux muscles à l'étude. Ceci démontre que, même à ce stade de la maladie, les patients semblent choisir l'action isolée des structures musculaires d'unités motrices encore bien fonctionnelles et que, même si les structures musculaires environnantes souffrent, le fin contrôle neuromusculaire de l'isolement d'une unité motrice est conservé. D'autre part, l'observation de la difficulté qu'ont ces patients à maintenir l'activité d'une unité motrice isolée, pour les muscles à l'étude, pourrait être l'effet de la faiblesse universelle dont souffrent ces patients à ce stade de leur maladie. Les méfaits de la faiblesse physique sur l'effort cérébral sont reconnus fréquemment en clinique. Dans cette étude, aucun lien entre la durée instantanée ou courte du maintien de la fine activité neuromusculaire et la fonction normale ou lente de l'intelligence, ne fut déterminé. Les deux types de fonction intellectuelle se re-

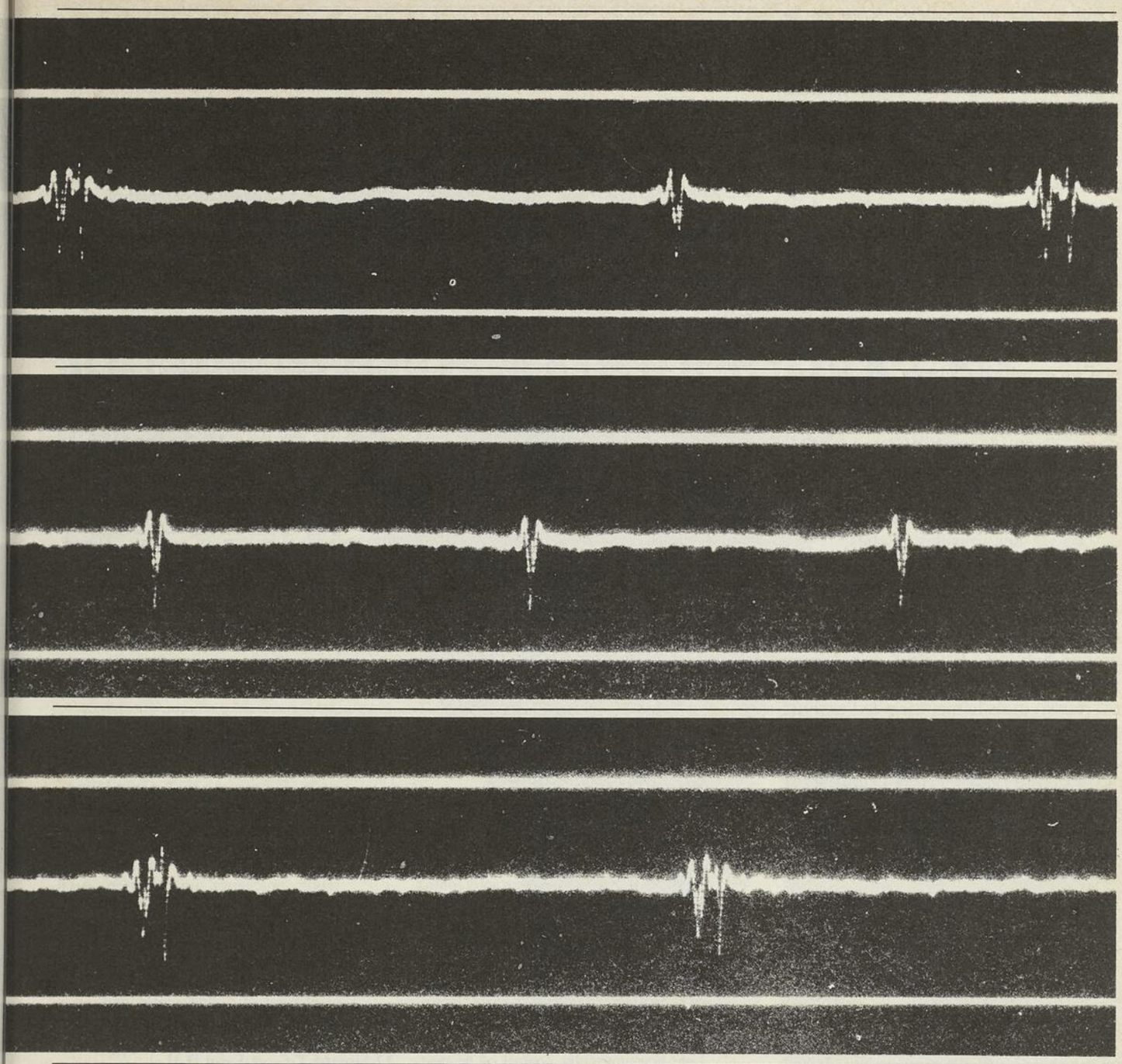


Figure 1.—Exemples d'électromyogramme démontrant une synchronie momentanée et répétée de deux potentiels d'actions d'unités motrices dans une séquence d'enregistrement. Cal. Amplitude : 100 μV, Intervalle : 10 ms.

trouvaient parmi les patients qui ont démontré la possibilité de maintenir l'effort de la fine habileté motrice pour 6 à 8 minutes. Ces données suggèrent que la difficulté de maintien du fin contrôle neuromusculaire relève surtout de la dégénérescence périphérique.

L'atteinte marquée du fin contrôle neuromusculaire du muscle deltoïde (chef claviculaire), lors des mouvements contrariés de l'extension métacarpo-phalangienne, est un résultat qui fût déjà observé chez un groupe-témoin d'individus sains[5]. L'insuccès constaté lors de ce test, aussi bien chez les sujets normaux que chez les patients dystrophiques, est donc à mettre au compte de la difficulté, non pas à inhiber un tel réflexe ou une action synergique, mais de choisir une activité spécifique neuromusculaire au moment d'une telle affection motrice. La préférence démontrée par certains patients pour l'inhibition volontaire de l'activité de l'épaule, lors de mouvements contrariés de la main, avait aussi été remarquée chez les sujets normaux[5]. Ceci implique que la commande du système central sur l'inhibition d'une activité synergique normale est plus facilement obtenue que la commande d'une action spécifique comme celle de l'action de la voie motrice finale. Ce résultat confirme l'importance de l'inhibition neuromusculaire comme un prérequis pour la rééducation de l'action musculaire coordonnée.

Conclusion

La présente étude a permis d'objectiver les perturbations de l'activité motrice pertinentes au stade non-ambulant de la dystrophie musculaire progressive Duchenne. On a eu recourt à l'électromyographie multiterritoriale et à un entraînement spécialisé sollicitant l'ultime contrôle neuromusculaire

d'unités motrices isolées. Tout en se basant sur des méthodes classiques de rééducation neuromusculaire, on s'est aidé de la rétroaction des signes auditifs et visuels de l'électromyographie pour améliorer la perception de la réponse musculaire et ainsi en faciliter le fin contrôle sensori-moteur. Chez ces patients, cette méthode fut utilisée dans un double but pour évaluer a) le degré du fin contrôle neuromusculaire et b) les caractéristiques du potentiel d'action d'unités motrices isolées volontairement. L'activité d'un muscle de l'épaule modérément atteint, le deltoïde, et d'un muscle de la main, encore fonctionnel, le muscle court abducteur du pouce, fut investiguée avec l'aide d'une électrode multifilaire quadribipolaire développée afin de mieux observer et mieux interpréter, par une seule implantation d'électrode, l'action de chacun des muscles étudiés.

Par rapport aux degrés du fin contrôle neuromusculaire chez le sujet sain, les muscles étudiés de ce groupe de patients ont démontré une moins grande habileté. En effet, l'isolement de l'action volontaire d'unités motrices est réussi, mais le maintien de l'activité répétée d'une unité motrice choisie est amoindri considérablement. Cet insuccès pourrait être l'effet d'une part de la faiblesse universelle dont souffrent ces patients et d'autre part de la dégénérescence neuromusculaire installée à ce stade de la maladie.

Ce travail donne une assise rationnelle à la poursuite de telles évaluations, jointes à celle de la capacité vitale afin de déterminer un pronostic individuel nécessaire à l'élaboration d'un programme de réadaptation.

remerciements

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

summary

In order to aid to further elucidate the mechanism of muscular degeneration of the Duchenne muscular dystrophy, clinical studies in conjunction with electromyography are necessary. In neuromuscular reeducation, feedback of the audio-visual signs of electromyography is now utilized to facilitate the fine motor responses of single motor units and thus as an aid to evaluate the myoelectric characters inherent to the neuromuscular disease. The present study has been applied in non-ambulatory cases of Duchenne muscular dystrophy to establish first the level of the fine neuromuscular activity and thereafter to analyse characteristics of isolated action potentials pertinent to the advance stage of this disease. The morphophysiology of a muscle from both the non functional shoulder and a functional hand, the deltoid and abductor policis brevis, was studied with a quadribipolar multiwire electrode. Results demonstrated that these patients exhibited difficulty in voluntarily suppressing the deltoid and maintaining activity of a single motor unit of both studies muscles. Multiterritorial observations demonstrate and enable us to interpret more satisfactory, normal, neuropathic and myopathic signs in the muscular substratum of the advanced stage of this disease. The serrated appearance of multiphasic potentials in 35% of observations, the recognized fluctuations of actions potentials deflections in 75% and the isolated high frequency of actions potentials in 77%, give a particular evidence to the advanced suffering, however markedly seen in the deltoid. Similar studies, with younger patients are required for the determination of the origin period of those myoelectric characters and the value of their observed frequency. This work give a basic reason to the necessity in further on such evaluations specially when they are associated with vital capacity values and the individual hystory of patients. Then, it would be much easier to establish an individual prognosis and to elaborate a short or long term program for the rehabilitation of these patients.

bibliographie

1.Walton J.N. et Gardner-Medwin D. :
Disorders of voluntary muscle. Edinburg, Churchill Livingstone, 3è éd., 1974, Rep. 1976.

2.Serratrice G. et Roux H. :
Leçons de pathologie musculaire. Librarie Maloine, S.A., Paris, 1968.

3.Simard T.G. et Basmajain J.V. :
Methods in training the conscious control of trained motor units. Arch. Phys. Med. Rehab., 1967 ; 48 : 12-19.

4.Buchthal F., Guld C. et Rosenfalck P. :
Multielectrode study of the territory of a motor unit. Acta Physiol. Scandinav., 1957 ; 39 : 83-104.

5.Simard T.G. :
Fine neuromuscular control of he posterior deltoid muscle during resistance to finger extension. Amer. J. Phys. Med., 1977 ; 56 : 275-292.

6.Rideau Y.:
Pronostic des dystrophies musculaires de l'enfant. union Méd. Canada, 1977 ; 106 : 874-881.

7.Simard T.G., Sherman D. et Nieto J. :
Évaluation électromyographique de la dystrophie musculaire. Résumée des communictions du Club des Recherches Cliniques, 19e réunion annuelle, La Malbaie, sept. 1977.

8.Simard T.G. :
Méthode d'entraînement pré-prothétique chez les amputés du membre supérieur. Étude électromyographique. Laval Méd., 1969 ; 40(4) : 366-370.

9.Simard T.G. et Ladd H.H. :
Conscious control of motor unit with thalidomide children. An electromyographic study. J. Develop. Med. Child Neurol., 1969 ; 11(6Z) : 743-748.

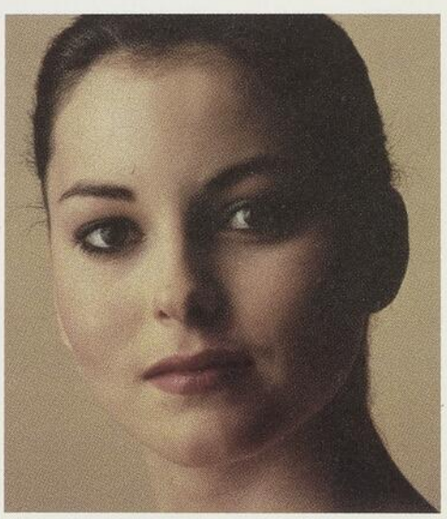
10.Simard T.G. et Ladd H.W. :
Differential control of muscle segments by quadriplgic patients. An electromyographic procedural investigation. Arch. Phys. Med. Rehab., 1971 ; 52(10) : 447-454.

11.Simard T.G., Rengifo R.D.G., Lopez L.A.D. et Ladd H.W. :
Electromyographic morphophysiologic evaluation of single motor unit action potential after hemiplegia. Féd. Can. Soc. Biol., 1973 ; 16 400.

12.Simard T.G. et Ladd H.H. :
Hand orthotic device influence on fine neuromuscular control. Arch. Phys. Med. Rehab., 1976 ; 57(6) : 258-263).

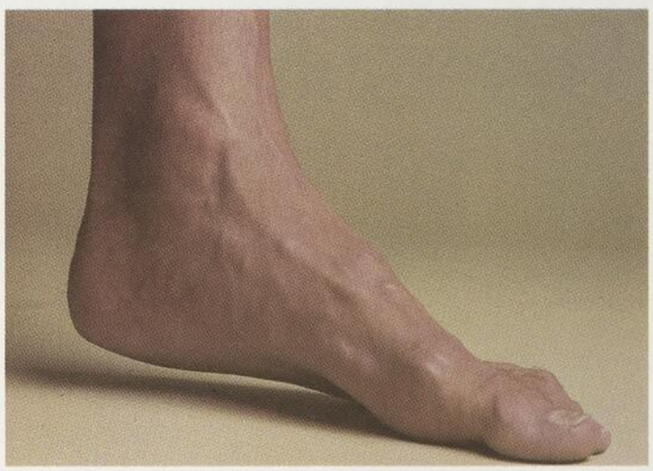
PrANAPROX®

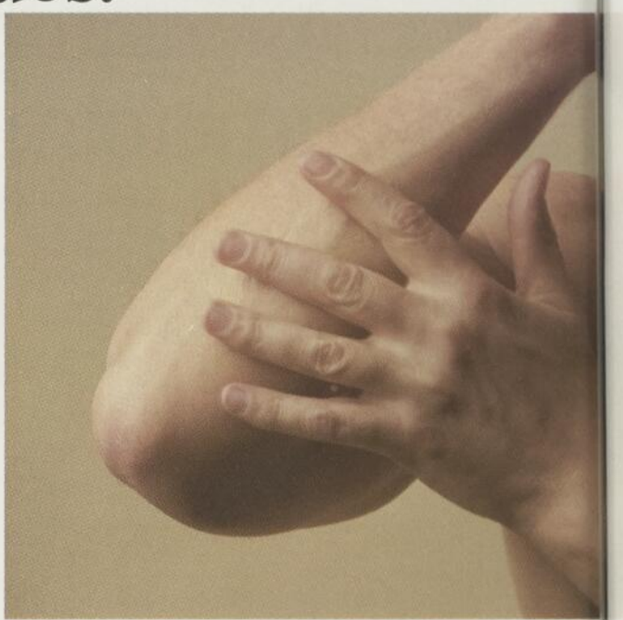
Agent analgésique, anti-inflammatoire pouvant inhiber les prosta-glandines.

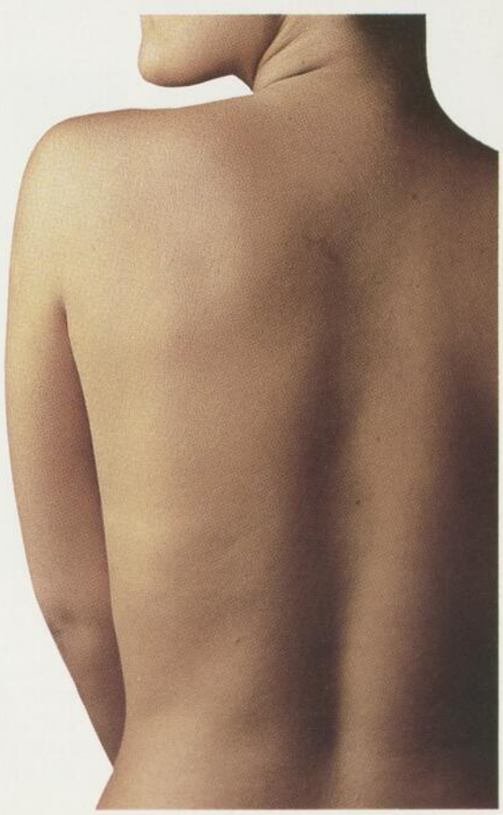


PrANAPROX®.

Dans les cas de traumatismes musculo-squelettiques.







entorses/foulures

troubles des tissus mous

blessures sportives

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

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

JEUX CANADA GAMES 1981 THUNDER BAY - ONTARIO

Dans les cas de dysménorrhée.

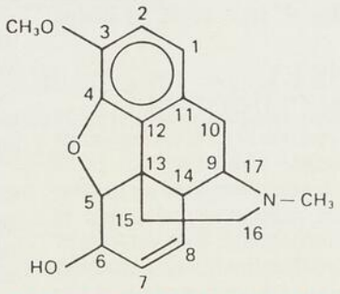
Seize études à double insu réalisées à l'échelle internationale et un essai clinique canadien ont démontré que Anaprox apporte un soulagement bon à excellent des crampes utérines et des symptômes les accompagnant chez environ 80% des patientes.[3,4]

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

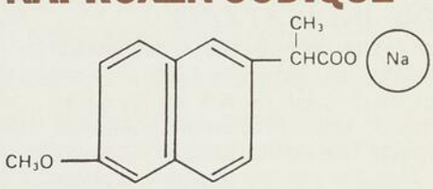
RÉPOND AUX BESOINS ANALGÉSIQUES ACTUELS.

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

CODÉINE



NAPROXEN SODIQUE



BIEN TOLÉRÉ.

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

ACTION DURABLE.

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

PrANAPROX®

(naproxen sodique)

ACTIONS

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

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

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUES

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

CONTRE-INDICATIONS

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

MISE EN GARDE

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

PRÉCAUTIONS

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

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

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

EFFETS SECONDAIRES

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

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

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

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

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

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

TRAITEMENT DU SURDOSAGE

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

PRÉSENTATION

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

POSOLOGIE.

Dose initiale: 2 comprimés.

Puis: 1 comprimé chaque 6-heures au besoin.

Dose quotidienne maximun 5 comprimés.

SYNTEX

SYNTEX INC.
MISSISSAUGA, ONTARIO
MONTRÉAL, QUÉBEC

MEMBER ACIM

PAAB CCPP

Prévalence de l'obésité chez les femmes post-ménopausées traitées avec des oestrogènes

M. Verdy[1], C. Morin[2] et E. Bolté[1]

Résumé

Cent soixante-sept religieuses âgées de 48 à 60 ans et aménorrhéiques ont répondu à un questionnaire portant sur l'emploi d'oestrogènes. Chez les obèses (> 20% du poids idéal), le pourcentage des sujets qui avaient pris des oestrogènes pendant plus de 3 mois était de 67, 5% alors que chez les sujets de poids normal ce pourcentage était de 53,4% et chez les sujets maigres (< 0% du poids idéal), le pourcentage n'était que de 38,8%. La différence entre les maigres et les obèses est statistiquement significative ($p < 0,02$). Trois hypothèses possibles de ce phénomène sont discutées. 1. Le traitement aux oestrogènes favorise l'obésité. 2. Les sujets obèses ont plus de symptômes à la ménopause et ainsi sont traités plus souvent. 3. Les sujets obèses tolérent mieux le traitement aux oestrogènes et ainsi sont traités plus longtemps. Les arguments en faveur de chacune de ces trois hypothèses sont exposés.

On rapporte dans la littérature de nombreux effets secondaires à la suite de l'emploi d'oestrogènes comme traitement des symptômes de la ménopause. Les oestrogènes peuvent en effet augmenter l'incidence de l'hyperplasie et du cancer de l'endomètre[1], modifier les indications de l'hystérectomie[2] et causer des maladies de la vésicule biliaire[3]. La relation possible entre l'emploi d'oestrogènes et l'obésité est aussi un sujet discuté.

Spellacy et coll.[4] ont noté une augmentation du poids corporel chez les femmes post-ménopausées traitées aux oestrogènes tandis que Lauritzen[5] et Barret-Connor[6] sont arrivés à des conclusions opposées. D'autres études[7,8] ont démontré que le poids n'était pas modifié au cours d'un traitement à long terme avec des oestrogènes conjugués ou avec des anovulants oraux[9]. Dans le présent travail, les auteurs étudient la prévalence de l'obésité dans un groupe de femmes post-ménopausées en rapport avec le traitement aux oestrogènes et les interventions gynécologiques (hystérectomie et/ou ovariectomie).

Sujets et méthodes

Des religieuses de trois congrégations de Montréal se sont portées volontaires pour cette étude. Les 167 sujets répondent aux critères suivants : elles sont ambulantes et sans maladie physique ou psychique importante ; elles sont âgées de 48 à 60 ans et aménorrhéiques. La limite d'âge inférieure que nous avons acceptée est de 48 ans parce que c'est l'âge moyen de la ménopause dans cette population. Tous les renseignements furent obtenus à l'aide d'un questionnaire sur les opérations gynécologiques antérieures et aussi sur l'emploi d'oestrogènes durant plus de trois mois pour quelques raisons que ce soit. Nous n'avons pas demandé si les patientes avaient eu seulement une hystérectomie simple ou si elles avaient subi en plus une ovariectomie. Le poids idéal est calculé selon les tables de la Metropolitain Life[10]. Il correspond au poids médian entre les valeurs extrêmes et est ajusté selon la

1) Professeur, Département de médecine, Université de Montréal, Département d'endocrinologie-métabolisme et nutrition, Hôtel-Dieu de Montréal, Montréal, Canada.
2) Étudiant en médecine, Université de Montréal, Service d'encrinologie-métabolisme et nutrition, Hôtel-Dieu de Montréal, 3840 rue St-Urbain, Montréal, H2W 1T8.

Article reçu le : *19.8.81*
Avis du comité de lecture le : *4.2.82*
Acceptation définitive le : *8.3.82*

grandeur mesurée sans souliers. L'analyse statistique pour comparer les différents groupes de sujets est faite selon la méthode du Chi carré.

Résultats

Parmi les 167 sujets, la prévalence d'obésité chez celles qui avaient été traitées aux oestrogènes est de 31% (27 sujets sur 87), comparé à une prévalence de seulement 16% (13 sujets sur 80) chez celles qui ne furent pas traitées aux oestrogènes ($p < 0,05$).

Le tableau I illustre la répartition des sujets selon leur poids par rapport au poids idéal et aussi selon le fait qu'ils aient eu ou n'aient pas eu d'intervention chirurgicale gynécologique antérieurement. Dans chaque groupe le pourcentage de ceux qui furent traités aux oestrogènes est calculé. Le pourcentage de femmes traitées aux oestrogènes est plus élevé chez les obèses (groupe C) que chez les sujets minces (groupe A) ($p < 0,02$). Si l'on compare les trois groupes de sujets, la différence dans la prévalence de l'obésité est très significative ($p < 0,001$). L'âge moyen pour les groupes A, B et C est respectivement de 55,3, 53,9 et 55,4 ans. Si l'on étudie seulement les 113 sujets qui n'ont pas subi d'intervention chirurgicale gynécologique, on observe le même résultat ($p < 0,05$).

La même tendance est aussi observée chez les sujets qui ont antérieurement subi une opération gynécologique mais le nombre de sujets est trop petit pour permettre une analyse statistique adéquate. Enfin, si l'on compare les trois groupes de sujets, divisés selon leur poids, la différence dans les pourcentages de sujets ayant déjà subi une intervention gynécologique chirurgicale, n'est pas statistiquement significative (37%, 32,8% et 25% pour les sujets minces, normaux et obèses). Calculée de façon différente, on constate que la prévalence de l'obésité n'est pas statistiquement différente chez les sujets ayant ou n'ayant pas subi d'intervention gynécologique chirurgicale (18,5% comparé à 26,5%).

Tableau I

Distribution des sujets selon leur poids corporel relatif et selon l'emploi des oestrogènes

	% des sujets traités aux oestrogènes (Nombre de sujets par rapport au total)		
	A Maigres (<0%)	**B Normales**	**C Obèses (>20%)**
Tous les sujets	**38,8%* (21/54)**	**53,4% (39/73)**	**67,5% (27/40)**
Sujets n'ayant pas eu d'opération chirurgicale gynécologique	29,4%** (10/34)	53,4% (23/49)	67,5% (17/30)
Hystérectomie et/ou ovariectomie	55% (11/20)	66,6% (16/24)	100% (10/10)

Légende: * Comparaison entre le groupe A et C $p < 0,02$.
Comparaison entre les 3 groupes $p < 0,001$.
** Comparaison entre les 3 groupes $p < 0,05$.

Le pourcentage de sujets traités aux oestrogènes est plus élevé chez les sujets du groupe C, c'est-à-dire chez les sujets obèses.

Discussion

Cette étude démontre une plus grande prévalence de sujets traités aux oestrogènes dans le groupe ayant un poids corporel plus élevé. Ces résultats sont semblables à ce qu'ont montré Spellacy et coll.[4] mais diffèrent de ceux de Lauritzen[5] et de Barrett-Connor[6] qui ont observé le contraire. Goldzieher[9], Notelovitz[7] et Utian[8] n'ont pas observé d'effets des oestrogènes sur le poids corporel. Dans l'étude de Tecumseh, Ostrander[11] a trouvé, dans une population en général, un poids plus bas chez les sujets qui étaient traités aux anovulants oraux, mais il faut noter que leur âge était, comme on s'y attend, de 10 ans plus jeune que ceux qui n'étaient pas traités.

L'étude que nous présentons a été faite dans une population très homogène de femmes nullipares et ayant un mode de vie semblable. De plus, leur acquiescement au traitement est probablement meilleur que dans une population en général. Nous n'avons pas étudié les différentes sortes de préparation hormonale, mais les sujets sont assez nombreux pour qu'il soit probable que, dans chacun des groupes de poids corporel différent, il y ait les mêmes types de préparation oestrogénique.

Il est possible que l'association entre l'obésité et l'emploi d'oestrogènes soit due à un effet des oestrogènes sur la production du tissu adipeux. Ces études sont compliquées du fait que le poids augmente de façon spontanée, chez la femme postménopausée. L'augmentation du poids peut toutefois être davantage en relation avec l'âge qu'avec la ménopause, puisque ce phénomène survient aussi chez les hommes dans la cinquième et sixième décennies. En effet, dans l'enquête Nutrition Canada[12], la différence dans la prévalence d'obésité entre les hommes et les femmes apparaît surtout après l'âge de 65 ans où l'on note une prévalence d'obésité beaucoup plus grande chez les femmes. Le facteur de l'âge ne semble pas jouer un rôle important dans notre étude puisque les âges moyens sont semblables entre les différents groupes de sujets divisés selon leur poids.

Pour expliquer la relation entre la prévalence d'obésité et l'emploi des oestrogènes, on peut émettre l'hypothèse que les symptômes de ménopause seraient probablement plus fréquents chez les obèses. L'explication suivante serait également plausible : les sujets obèses semblent avoir moins d'effets secondaires à la suite d'un traitement aux oestrogènes[13] ; ceci serait probablement dû à un plus grand volume de distribution de l'hormone dans le tissu adipeux. Ainsi les sujets obèses prendraient plus fréquemment des oestrogènes et continueraient le traitement prescrit plus volontiers et plus régulièrement. Une des limitations de notre étude est que nous n'avons pas obtenu le poids des sujets avant l'emploi des oestrogènes.

D'autres études devront être faites pour déterminer de façon certaine si l'emploi des oestrogènes dans la période post-ménopausique augmente la prévalence d'obésité, ou si c'est au contraire la présence d'obésité qui favorise une utilisation plus fréquente et plus longue des oestrogènes. Chez les sujets qui ont subi une intervention gynécologique chirurgicale, nous n'avons pas trouvé une prévalence d'obésité plus grande, ce qui est conforme à ce que nous avions rapporté antérieurement[14] et contredit, de plus, la croyance populaire que l'hystérectomie est un facteur causal de l'obésité.

remerciements

Nous remercions les religieuses des congrégations suivantes : Soeurs des Saints-Noms-de-Jésus-et-de-Marie, Soeurs de la Providence et Soeurs de Sainte-Anne.

Nous remercions aussi Lorraine Rouleau, secrétaire, et madame Camille Gingras-Verdy de leur collaboration.

Ce travail a été financé par la fondation Monat, Hôtel-Dieu de Montréal.

summary

One hundred and sixty-seven amenorrheic nuns 48 to 60 years old answered a questionnaire on the use of oestrogens. The percentage of subjects who had been treated with oestrogens for more than 3 months was 67.5% in the obese (> 20% of ideal weight), 53.4% in normal weight subjects and in thin subjects (below ideal weight) the percentage was only 38.8%. The difference between the thin and the obeses subjects is statistically significant ($p < 0.02$). The following 3 explanations are discussed : 1. Oestrogen treatment is a causal factor of obesity. 2. Menopausal symptoms are more frequent is the obese. 3. Obese subjects tolerate oestrogen treatment better and as a result receive it for a longer period of time.

The arguments in favor of each of those 3 hypothesis are exposed.

bibliographie

1.Smith D.C., Prentice R., Thompson D.J. et coll. :
Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. New Engl. J. Med., 1975 ; 293 : 1164-1167.

2.Novak E.R., Woodruff J.D. :
Gynecologic and obstetric pathology. With clinical and endocrine relations. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1974.

3.Boston Collaborative Drug Surveillance Program :
Surgically confirmed gallbladder disease, venous thromboembolism, and breast tumors in relation to postmenopausal estrogen therapy. New Engl. J. Med., 1974 ; 290 : 15-19.

4.Spellacy W.N., Buhi W.C. et Birk S.A. :
The effect of oestrogens on carbohydrate metabolism : glucose, insulin, and growth hormone studies on one hundred and seventy-one women ingesting Premarin, mestranol, and ethinyl estradiol for six months. Amer J. Obstet. Gynecol., 1972 ; 114 : 378.

5.Lauritzen C. :
The management of the pre-menopausal and the post-menopausal patient. Ageing and Estrogens Front. Hormone Res., 1973 ; 2 : 2.

6.Barrett-Connor E., Brown W.V., Turner J., Austin M. et Criqui M.H. :
Heart disease risk factors and hormone use in postmenopausal women. JAMA, 1979 ; 241 : 2167.

7.Notelovitz M. :
Effect of natural oestrogens on blood pressure and weight in postmenopausal women. S. Afr. Med. J., 1975 ; 49 : 2251.

8.Utian W.H. :
The true clinical features of postmenopause and oöphorectomy and their response to oestrogen therapy. S. Afr. Med. J., 1972 ; 46 : 732.

9.Goldzieher J.W., Moses L.E., Averkin E., Scheel C. et Taber B.Z. :
A placebo-controlled double-blind crossover investigation of the side effects attributed to oral contraceptives. Fertil. Steril., 1971 ; 22 : 609.

10.Statistical Bulletin of Metropolitain Life Insurance Company.
40.November-December, 1959.

11.Ostrander L.D., Lamphiear D.E., Block W.D., Williams G.W., Carmen W.J. :
Oral contraceptives and physiological variables. JAMA, 1980 ; 244 : 677-679.

12.Nutrition Canada, National Inquiry, 1973.

13.Talwar P.P. et Berger G.S. :
The relation of body weight to side effects associated with oral contraceptives. Brit. Med. J., 1977 ; 1 : 1637.

14.Verdy M. :
Postmenopausal hormone users and obesity. JAMA, 1980 ; 243 ; 1896-1897.

Don aux archives de L'Union Médicale

Le docteur Bernard Messier du département d'anatomie de l'Université de Montréal a fait don aux archives de L'Union Médicale d'un exemplaire **numéro 1** de notre revue paru au mois de **janvier 1872.**

Bactrim™ Roche®

Résumé posologique

Indications
Traitement des infections suivantes, quand elles sont causées par des germes sensibles:
- infections de l'appareil respiratoire supérieur et inférieur (bronchite chronique, en particulier) ainsi qu'otite moyenne aiguë et chronique
- infections des voies urinaires aiguës, récurrentes et chroniques
- infections des voies génitales: urétrite gonococcique sans complications
- infections gastro-intestinales
- infections de la peau et des tissus mous
- pneumonite à *Pneumocystis carinii* chez le nourrisson et l'enfant.

'Bactrim' n'est pas indiqué dans le traitement des infections virales et des infections à *Pseudomonas* ou à *Mycoplasma*.

Contre-indications
En présence de lésions hépatiques graves ou d'insuffisance rénale lorsqu'il est impossible de déterminer régulièrement les concentrations sériques; en présence de dyscrasies sanguines ou d'hypersensibilité connue à la triméthoprime ou aux sulfamides.
Chez la femme enceinte ainsi que chez les nouveau-nés ou les prématurés pendant les premières semaines de vie.

Précautions
Il convient de mettre en balance les risques et les avantages prévus chez les sujets atteints de lésions hépatique ou rénale, d'obstruction des voies urinaires, de dyscrasies sanguines, d'allergies ou d'asthme bronchique. Il faut diminuer la posologie chez les insuffisants rénaux. Ne pas administrer si le taux de créatinine sérique est supérieur à 2 mg%. On doit envisager la possibilité de surinfection par un organisme non sensible.

Réactions indésirables
Les plus courantes sont: nausées, vomissements, intolérance gastrique et rash.
On rencontre, moins souvent: diarrhée, constipation, flatulence, anorexie, pyrosis, gastrite, gastro-entérite, urticaire, céphalées et altérations hépatiques (élévations anormales de la phosphatase alcaline et de la transaminase sérique).
À l'occasion, on fait état de: glossite, oligurie, hématurie, tremblements, vertige, alopécie et élévation de l'azote uréique sanguin, de l'azote non protéique sanguin et de la créatinine sérique.
Altérations hématologiques: neutropénie et thrombocytopénie surtout, et, plus rarement, leucopénie, anémie aplasique ou hémolytique, purpura, agranulocytose et hypoplasie médullaire. Elles se manifestent surtout chez les personnes âgées et sont habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

Posologie
Enfants: 6 mg de triméthoprime par kg de poids corporel par jour et 30 mg de sulfaméthoxazole par kg de poids corporel par jour, répartis en deux doses égales.
Adultes et enfants de 12 ans et plus:
Posologie habituelle:
1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 2 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Posologie minimale et pour un traitement prolongé:
½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 1 comprimé pour adultes, deux fois par jour.
Posologie maximale (infections graves): 1½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 3 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Dans les cas d'infections aiguës, prolonger le traitement pendant un minimum de 5 jours ou jusqu'à ce que le malade ait été asymptomatique pendant 48 heures, et, dans les infections des voies urinaires, jusqu'à ce que l'urine soit stérile.
Gonorrhée sans complications: 2 comprimés pour adultes ou 1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche', quatre fois par jour pendant 2 jours.
Pneumonite à *Pneumocystis carinii:* 20 mg/kg/jour de triméthoprime et 100 mg/kg/jour de sulfaméthoxazole en quatre doses fractionnées pendant 14 jours.

Présentation
Comprimé pour adultes: Comprimé vert, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE C sur une face, rainuré et gravé BACTRIM sur l'autre, dosé à 80 mg de triméthoprime et 400 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 500. Conditionnement unitaire, boîtes de 100.
Comprimé DS: Comprimé blanc, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE sur une face, rainuré et gravé BACTRIM DS sur l'autre, dosé à 160 mg de triméthoprime et 800 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 250.
Suspension: Aromatisée à la cerise, contenant 40 mg de triméthoprime et 200 mg de sulfaméthoxazole par 5 ml.
Flacons de 100 et 400 ml.
Comprimé pédiatrique:
Comprimé blanc, cylindrique, biplan, gravé ROCHE sur une face, à rainure simple et gravé C dans chaque hémicycle sur l'autre, dosé à 20 mg de triméthoprime et 100 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100.

Solution pour perfusion: ampoule de couleur ambre d'une capacité de 5 ml, contenant 80 mg de triméthoprime (16 mg/ml) et 400 mg de sulfaméthoxazole (80 mg/ml) pour perfusion avec une solution aqueuse de dextrose à 5%, une solution de Ringer ou de NaCl à 0.9%. Emballage de 25 ampoules.

Monographie disponible sur demande.

TM: Marque de commerce de Hoffmann-La Roche Limitée
®Marque déposée

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

Can. 2026

'Bactrim' 'Roche' est inscrit dans la Liste de médicaments.

ROCHE® Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec J7V 6B3

À l'avant-garde de la recherche en médecine et en chimie

PAAB CCPP

Lettres au rédacteur

Monsieur le rédacteur,

Il y a environ quatorze ans, des auteurs décrivaient un nouveau syndrome, soit le "syndrome du restaurant chinois". Ce syndrome regroupait des symptômes d'ordre neurologique, tels que céphalées bitemporales, sensation de pression des muscles faciaux, sensation de chaleur, étourdissements... des symptômes thoraciques sous forme de "serrement" pouvant s'apparenter à une crise d'angine et, enfin, des symptômes digestifs de malaises épigastriques, des nausées et rarement des vomissements. Au début, ce syndrome survenait à la suite de l'ingestion de mets chinois dans un restaurant chinois. Les symptômes débutent environ 10-15 minutes après le début du repas, ont une durée limitée, en général moins de 4 heures, et disparaissent complètement sans traitement et sans laisser de séquelles.

On a attribué ce syndrome au glutamate monosodique (GMS). Le GMS est un additif utilisé pour rehausser la saveur des aliments. C'est la partie "glutamate" et non la partie "sodium" qui est responsable des symptômes. En effet, on a essayé de reproduire le tableau avec de l'asparate monosodique par exemple, sans succès, alors que le glutamate monopotassique produisait les effets indésirables. Certains pensent de plus que d'autres facteurs seraient nécessaires tels une déficience en vitamine B_6[2].

L'incidence exacte du syndrome n'est pas connue. D'abord, la bénignité de cette entité peut expliquer que bien des gens qui en ont ressenti les symptômes n'y ont pas attaché d'importance et n'ont pas consulté. De plus, les études épidémiologiques sur le sujet donnent des résultats très variables selon la méthodologie utilisée ou encore l'interprétation des données ; par exemple, les réponses sont différentes selon que les questionnaires sont envoyés à des gens qui ont entendu parler du syndrome ou non[3,7]. Aussi, on connaît le caractère très subjectif des symptômes d'ordre alimentaire. En dernier lieu, on n'a pas établi les bases physio-pathologiques des symptômes à partir du GMS. En effet, les premiers auteurs qui ont décrit le syndrome prétendaient pouvoir reproduire les symptômes chez tous les individus simplement en augmentant la dose orale de GMS, indiquant ainsi que le seuil de sensiblité variait selon les individus. Ainsi, pour eux, les symptômes représentaient l'effet pharmacologique du produit GMS sans toutefois pouvoir en expliquer la physio-pathologie. Ainsi donc, bien des gens mettent en doute même l'existence de ce syndrome[4,56].

Il est fort possible que le GMS puisse entraîner des effets indésirables. Le syndrome semble rare, peut se produire avec n'importe quel aliment contenant du GMS et aussi n'importe où. Il serait donc plus juste de l'appeler "le syndrome du GMS", plutôt que le "syndrome du restaurant chinois" puisqu'on retrouve ce produit dans toutes les sortes de cuisine. Enfin, en attendant des données plus objectives sur le sujet, il serait sage de ne pas utiliser le GMS en quantité illimitée, comme parfois suggérée, dans la préparation des aliments.

Roger Mousseau[1]

1) Gastroentérologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, professeur adjoint de clinique, département de médecine Université de Montréal.

bibliographie

1.Schaumbert H.H., Ryck R., Gerstl R. et Mashman J.H. :
Monosodium L-glutamate : Its pharmacology and role in the Chinese Restaurant syndrome. Science, 1969 ; 163 : 826-828.

2.Folkers K., Shizukuishi S., Scudder S.L., Willis R., Takemura K., Lonsenecker J.B. :
Biochemical evidence for a deficiency of vitamin B6 in subjects reacting to monosodium L-glutamate by the Chinese Restaurant syndrome.

3.Hushed J.M., Horwitz M.A., Merson M.H. Jr., Gangarosa E.J. :
Foodborne disease outbreaks of chemical etiology in the United States, 1970 - 1974. Amer. J. Epidemiol., 1977 ; 105 : (3) 233-44.

4.Sauber W.J. :
What is Chinese Restaurant syndrome ? (letter). Lancet, 1980 ; 1 : 721-2.

5.Kenney R.A. :
Chinese Restaurant syndrome. (letter) Lancet, 1980 ; 311-2.

6.Gore M.E., Salmon P.R. :
Chinese Restaurant syndrome : factor fiction ? (letter). Lancet, 1980 ; 251-2.

7.Kerr George R., WV-Lee Marion, El-Lozy Mohammed, Mcgandy Robert, Stare Frederic J. :
Prevalence of the "Chinese Restaurant syndrome". J. Amer Dietetic Ass., 1979 ; 75 : (1) 29-33.

Quand un enfant a mal aux oreilles, tout le monde a mal à la tête.

Bactrim™ Roche® contre l'otite moyenne

- **Les médecins aiment son large spectre d'activité antibactérienne.**
  Efficace contre la plupart des germes pathogènes courants, y compris l'*Haemophilus influenzae* ampicillino-résistant[1].
- **Les parents aiment son côté pratique et économique.**
  Deux prises par jour — nul besoin de réfrigérer.
- **Les enfants aiment son goût.**
  Agréable saveur de cerise.

Suspension 'Bactrim' 2 f.p.j.

Voir page
pour information posologique abrégée. 581

ROCHE®

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

Guy Rivard[1]

Résumé

Le régime d'assurance-maladie du Québec constitue toujours, après dix ans d'existence, un élément essentiel de notre réforme des services de santé et des services sociaux. En participant à ce régime, les médecins du Québec ont réalisé certains objectifs importants, à savoir : 1) des services médicaux personnalisés et de bonne qualité ; 2) la sauvegarde de leur liberté professionnelle ; 3) le renouvellement des effectifs médicaux et 4) des revenus professionnels adéquats.

Le Québec, cette enclave de culture et de traditions françaises, a subi une évolution de sa pensée et de ses structures sociales qui en fait maintenant une nation acquise à la notion de justice distributive. Au plan de la santé, l'introduction successive de l'assurance-hospitalisation (1961) et de l'assurance-maladie (1970) a été engendrée par un consensus québécois sur l'accessibilité aux services de santé pour tous les citoyens ; il faut avouer qu'il s'agit là d'un consensus pan-canadien que le juge Emmett M. Hall a pu de nouveau identifier à l'occasion de son réexamen du "programme de santé national et provincial du Canada"[1].

À travers le monde occidental, certains gouvernements remettent en question le rôle de l'État à l'égard des grands programmes sociaux ; au Québec, les deux grands partis politiques ont songé à un ticket modérateur pour récupérer des fonds et freiner l'utilisation des services publics et parapublics. C'est donc dire que, même dans notre province, les pressions économiques sont suffisamment grandes pour amener les gouvernants à envisager des mesures qui auraient été impensables il y a quelques années.

Les grands débats de l'heure au sujet des systèmes de santé sont cruciaux et variés :

1- Si l'accessibilité aux services de santé est un droit fondamental, comment définir ce qui est raisonnable dans l'exercice de ce droit ?

2- Les services de santé, bien public, peuvent-ils être complètement gratuits pour le citoyen au moment où il s'en sert ?

3- La participation intelligente et rentable des consommateurs au processus de planification et même de gestion du système est-elle une utopie ?

4- L'hémodialyse et le pontage aorto-coronarien pour tous ont-ils priorité sur les mesures sociales destinées à assurer aux sans-emploi et aux personnes âgées un revenu minimum décent ?

5- Les mauvaises habitudes de vie étant la source principale des maladies les plus mortelles, est-il vraiment possible de les modifier par l'éducation populaire et quelle part des budgets de la santé devrait être affectée à cette mission ?

6- Que nous réserve l'évaluation des bénéfices retirés des programmes de santé et des programmes sociaux lorsque ces bénéfices seront comparés avec les coûts encourus ?

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

Tirés à part :
Faculté de médecine, Université de Montréal, Case postale 6207, Succursale A, Montréal, (Québec), H3C 3T7 Canada.

Mots-clés :
Dr Guy Rivard,
Assurance-maladie
Québec : assurance-maladie
Accessibilité financière aux services médicaux
Services médicaux

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

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

Nous ne prétendons pas, dans cet article, répondre à ces questions importantes que le Québec doit aussi se poser mais plutôt engager les médecins québécois dans un processus de réflexion. Pour ce faire, l'idée nous est venue d'examiner de plus près le régime d'assurance-maladie du Québec, après dix ans d'existence, et de nous demander jusqu'à quel point les objectifs de la profession médicale et ceux de la société ont été atteints par le régime.

Dans la première partie de cet article, nous discuterons de quatre objectifs importants pour les médecins, à savoir : des services médicaux de qualité dans un régime qui conserve intacte la relation patient-médecin, la sauvegarde de la liberté professionnelle, le renouvellement des effectifs médicaux et un revenu adéquat.

Un régime complet et universel

Ce n'est pas sans heurts que la loi sur l'assurance-maladie fut édictée, en octobre 1970, alors que la majorité des médecins spécialistes du Québec avaient cessé d'offrir leurs services. Malcom G. Taylor a publié une analyse bien documentée de cette période[2] ; il y explique comment le médecin spécialiste de 1970, se sentant à bon droit responsable et influent, s'était graduellement bâti une mentalité de propriétaire à l'égard du système de santé. Malheureusement, écrit-il, ce médecin ne semblait pas conscient de l'évolution sociale du Québec et surtout il ne se fiait pas au gouvernement comme agent de changement.

Dès l'instauration du régime, les citoyens du Québec purent bénéficier des programmes de services médicaux et chirurgicaux, de chirurgie buccale et d'optométrie administrés par la Régie de l'assurance-maladie (ci-après nommée la Régie). Ces services étaient assurés sans égard au lieu de pratique (cabinet privé, domicile, institutions) et, au cours des ans, d'autres programmes sont venus s'ajouter pour couvrir les besoins de certaines catégories de citoyens (personnes âgées et bénéficiaires de l'aide sociale) ou encore de patients atteints de maladies ou de handicaps spécifiques (tableau I). Dans cet article, nous limiterons nos commentaires aux services rendus par la profession médicale, ce programme représentant 75% de l'ensemble des dépenses de la Régie ; les données quantitatives citées ou utilisées pour fins de calcul sont tirées des deux dernières statistiques annuelles de la Régie pour 1978 et 1979 et des rapports annuels correspondants.

Il n'existe pas d'exception à l'admissibilité aux programmes généraux du régime, une fois que l'on a acquis le statut de résident dans la province. Plus précisément, nul ne peut être exclu à cause de son sexe, de son âge ou de la structure de sa cellule familiale, ni à cause d'un revenu inadéquat ou de la perte d'un emploi, ni à cause de la nature chronique ou du début récent d'une maladie ou d'un état physiologique (la grossesse, par exemple). A l'encontre du programme d'assurance-chômage qui nécessite des contributions antérieures pour que le bénéficiaire puisse toucher des prestations, l'admissibilité à l'assurance-maladie ne dépend pas d'un tel historique.

■ Les objectifs de la profession médicale

1- Qualité des soins et services personnalisés

La protection des droits des patients

Au Québec, les droits de la personne sont protégés par une Charte[3] et la loi sur les services de santé et les services sociaux (1971, c. 48) offre des garanties additionnelles au bénéficiaire des services visés par cette loi : le droit à des services de santé et des services sociaux adéquats, continus et personnalisés, la liberté de choisir "son" professionnnel de la santé et "son" établissement, la confidentialité du dossier personnel et l'accès, pour le bénéficiaire, aux informations contenues dans son dossier, etc.

La loi sur l'assurance-maladie (1970, c. 37) confirme la liberté du bénéficiaire quant au choix d'un professionnel de la santé ou d'un établissement et cette loi ne contient aucun article susceptible d'annuler les effets des lois et règlements déjà mentionnés. Étant donné la nature de ses opérations, la Régie doit cependant prendre des précautions additionnelles pour préserver le caractère confidentiel des renseignements qui lui sont acheminés. Il faut convenir qu'il s'agit là d'une entreprise délicate et que les abus sont possibles : d'une part, le médecin n'est tenu de fournir que les informations nécessaires à l'évaluation de son relevé d'honoraires mais, d'autre part, la Régie demande parfois des documents confidentiels (par exemple, un protocole chirurgical) pour valider le remboursement qui a été fait.

Le droit le plus fondamental assuré par notre réforme de la santé concerne évidemment l'accessibilité aux soins de santé pour tous. Les législateurs ont voulu aller plus loin dans leur démarche et ont décidé que les professionnels et les établissements étaient tenus de fournir des services en cas d'urgence et qu'aucun bénéficiaire ne pouvait recevoir son congé d'un établissement à moins qu'il ne fût capable de retourner vivre chez lui ou qu'une solution alternative n'eût été trouvée par l'établissement lui-même.

La relation patient-médecin

Notre province a donné naissance à une nouvelle élite : la bureaucratie puissante qui administre et contrôle son système de santé. Notre révolution tranquille des années 60 a favorisé l'accessibilité d'un plus grand nombre de Québécois à l'éducation supérieure ; un contingent plus important de diplômés des collèges et des universités est entré sur le marché du travail et le secteur public s'est mis à croître plus rapidement que le secteur privé[4]. Avec le temps, cette nouvelle élite a appris à gérer le système d'une façon efficace tout en faisant sentir sa présence auprès des médecins qui n'étaient certainement pas prêts à vivre tous ces changements d'organisation et de structure.

Nous n'avons pas de preuves que la qualité de la relation patient-médecin ait pu souffrir de ce que les médecins ont parfois qualifié d'intrusion bureaucratique. Une chose est certaine : les médecins du Québec ne pensent plus que la perception directe d'honoraires auprès des patients constitue un élément important (et même souhaitable) de cette relation.

La qualité des soins

De façon générale, notre population est maintenant protégée par un code des professions (1973, c. 43) qui régit les fonctions et les devoirs des 38 corporations professionnelles actuellement reconnues. Avant 1973, la Corporation professionnelle des médecins du Québec (ci-après la Corporation) avait recruté une permanence médicale et créé un service d'inspection profes-

sionnelle qui se montra actif et compétent dans l'évaluation des connaissances, des aptitudes et des attitudes des médecins à l'intérieur de leur pratique individuelle. Cette inspection professionnelle se fait maintenant d'une façon automatique, à l'occasion de visites dans les établissements et dans les cabinets privés et elle peut également se faire ad hoc en réponse à des plaintes spécifiques acheminées à la Corporation par un citoyen ou un organisme quelconque ; de plus, la Corporation n'hésite pas à rendre publics les normes et standards qu'elle utilise dans l'évaluation des activités médicales.

Le mandat de la Corporation est de protéger le public, alors que les fédérations médicales se préoccupent, par définition, de sauvegarder les intérêts de leurs membres ; cette séparation des mandats entre ces organismes constitue en elle-même une garantie additionnelle de meilleure qualité des soins. Nous reconnaissons cependant (et nous en sommes fier) que les fédérations sont engagées activement dans des programmes d'éducation visant à maintenir la compétence professionnelle de leurs membres et qu'elles se joignent à la Corporation et aux facultés de médecine dans la poursuite de cet objectif.

II- La liberté professionnelle

Tout en participant au régime, le médecin peut encore se comporter en membre d'une profession libérale ; l'organisation de la pratique privée n'est pas réglementée par le gouvernement et, par exemple, c'est librement qu'environ 50% des médecins omnipraticiens se sont regroupés pour constituer des polycliniques. A l'intérieur des établissements, la mise en commun des revenus de la pratique médicale (pool) est non seulement possible, mais fréquente et une redistribution de ces avoirs entre les membres d'un groupe peut être décidée en accord avec les objectifs professionnels du groupe. Il a été démontré, en Ontario, que le seul fait de rendre les soins médicaux financièrement accessibles à la population ne modifie pas nécessairement la façon dont les services sont organisés et rendus par la profession[5].

Sauf en cas d'urgence, le médecin peut refuser d'examiner et de traiter un patient. Il peut choisir son lieu d'exercice, sauf s'il a bénéficié d'une bourse de la Régie au cours de ses études médicales. Quant au choix d'une spécialité, il sera peut-être sujet à des restrictions si le ministère accentue sa politique de contingentement des postes de résidence.

En ce qui concerne l'évaluation des activités médicales par les pairs, selon des critères reconnus d'exercice de la pratique médicale, cette revendication importante sur le plan professionnel a été gagnée de haute lutte par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) au moment où celle-ci contestait la loi sur l'assurance-maladie, en 1970.

La Régie ne se permet pas de refuser de payer un relevé d'honoraires parce qu'elle met en doute la qualité d'un service rendu par le médecin. Cependant, grâce à ses ordinateurs, la Régie peut dessiner le profil de pratique de différentes catégories de médecins et, par voie de comparaison, s'interroger sur le profil apparemment déviant d'un médecin à l'intérieur de son groupe. Face à un tel profil, la Régie tentera d'abord d'obtenir des explications du médecin concerné et, dans la majorité des cas, ces explications seront suffisantes ; dans le cas contraire, la Régie peut faire appel à son propre service d'enquête (si l'on soupçonne une fraude), à la Corporation professionnelle (s'il existe un problème de qualité de l'acte) ou encore à un comité de révision qu'elle constitue avec la collaboration d'un groupe professionnel (s'il s'agit plutôt d'un volume excessif de services rendus).

Nous voyons, dans cette façon de procéder, non seulement un outil pour contrôler les dépenses et éviter la surproduction de services, mais aussi un élément de contrôle de la qualité de l'acte qui concerne le coût social des services rendus. Ces différents processus d'évaluation auxquels viennent s'ajouter les activités du comité d'évaluation médicale et dentaire de chaque centre hospitalier placent notre province vraiment à l'avant-garde du reste du Canada et des États-Unis.

III- Le renouvellement des effectifs médicaux

Les effectifs médicaux

Nos quatre facultés de médecine attirent toujours un nombre imposant de candidats qui ne semblent pas craindre d'avoir à pratiquer leur profession dans un système qui évoluera certainement encore au cours des prochaines années. Le nombre annuel de nouveaux médecins diplômés de nos facultés québécoises est stabilisé aux environs de 600 et le Québec pouvait compter, en 1978, sur un rapport très confortable de 1 médecin pour 514 habitants (une "amélioration" sur 1982 où on dénombrait 1 médecin pour 671 habitants)[6].

Toujours en 1978, la Régie dénombrait 16.4 médecins par 10,000 habitants. La même année, aux États-Unis, on comptait 14.8 médecins par 10,000 habitants, à l'exclusion de la population militaire ; nous référant à la nomenclature américaine, il faut préciser qu'il s'agit des médecins "non fédéraux" qui prodiguent directement des soins aux patients. Cette année-là, le Québec aurait été au 11e rang entre le Colorado, le Rhode Island, le Vermont et Hawaii qui affichaient des rapports de 17.3 et l'Arizona et la Floride avec des rapports de 16.0 médecins par 10,000 habitants. L'écart au sein des 50 États américains variait de 8.9 pour le South Dakota à 38.7 pour le District of Columbia[7].

Les médecins de première ligne

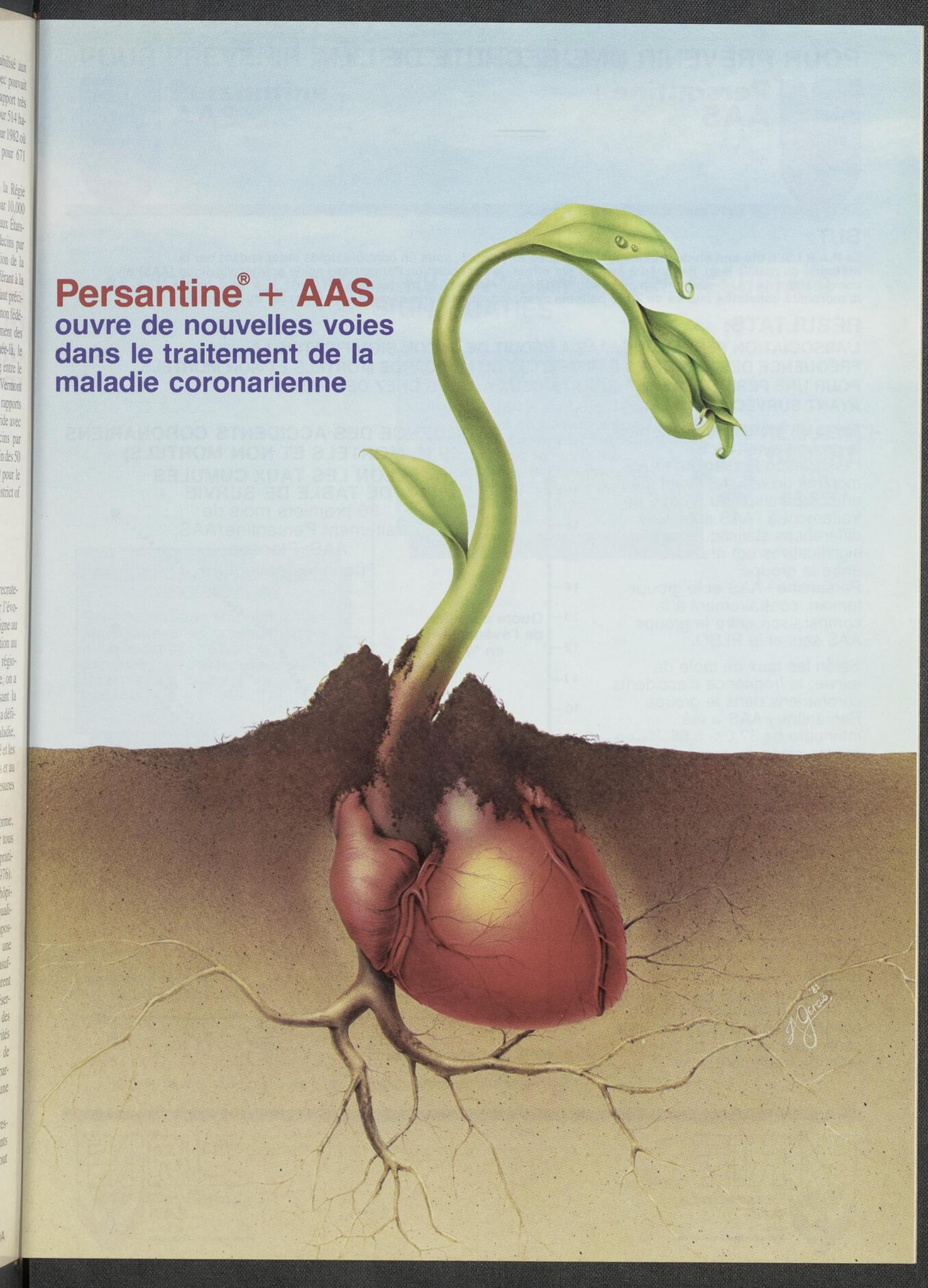
Cette discussion du recrutement médical ne saurait ignorer l'évolution des effectifs de première ligne au Québec. Pour apporter une solution au problème majeur des disparités régionales en main-d'oeuvre médicale, on a opté pour une approche favorisant la médecine de première ligne et on a défini, dans la loi sur l'assurance-maladie, dans la loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements et au moyen de directives, certaines mesures incitatives :

1- Une rémunération uniforme, pour un acte médical donné, pour tous les médecins, qu'il soient omnipraticiens ou spécialistes (de 1970 à 1976).

2- L'accessibilité à tous les hôpitaux pour les médecins ayant les qualifications nécessaires. Il devint impossible pour les hôpitaux de rejeter une candidature à cause d'un nombre insuffisant de lits et les établissements furent encouragés fortement à ne plus "réserver" de lits pour des praticiens ou des groupe de spécialistes dont les activités professionnelles ne requièrent pas de support technologique ou infirmier particulier (comme, par exemple, une unité de soins intensifs).

3- Un contingentement progressif du nombre de postes de résidents dans les hôpitaux d'enseignement, tout

▶ page 591


Persantine® + AAS
ouvre de nouvelles voies
dans le traitement de la
maladie coronarienne

POUR PRÉVENIR UNE RECHUTE DE L'I.M.

Persantine® + AAS

BUT:

La P.A.R.I.S. a été une étude multicentre de grande envergure, sous un contrôle rigide indépendant par la méthode du double insu, destinée à évaluer les effets de l'association Persantine+acide acétylsalicylique (AAS) en comparaison de l'AAS seul et d'un placebo (PLBO) relativement à la mortalité et à la morbidité constatée auprès de 2026 patients ayant survécu antérieurement à un infarctus du myocarde.

RÉSULTATS:

L'ASSOCIATION PERSANTINE+AAS A RÉDUIT DE FAÇON SIGNIFICATIVE LA FRÉQUENCE DES RECIDIVES D'INFARCTUS DU MYOCARDE MORTELS ET NON MORTELS POUR UNE PÉRIODE ALLANT JUSQU'À DEUX ANNÉES CHEZ DES PATIENTS AYANT SURVÉCU À UN I.M.

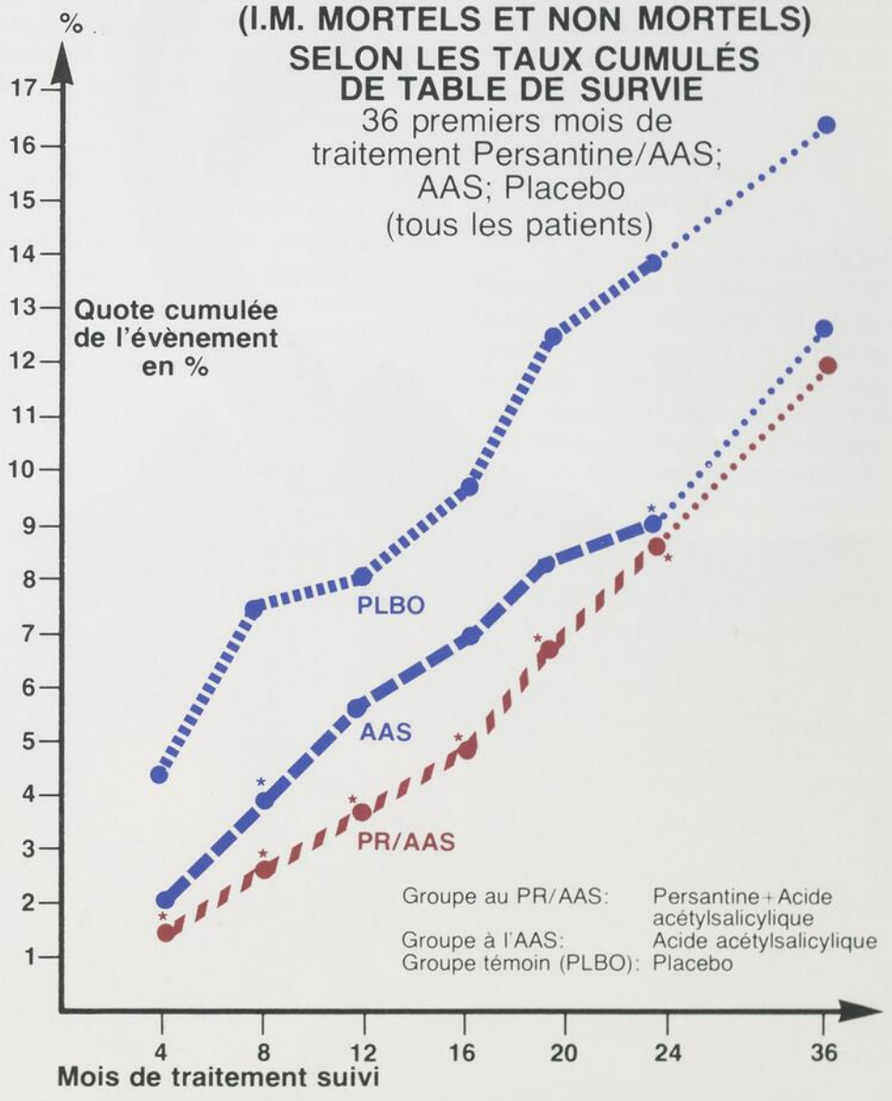
Après un traitement de 12 mois le groupe ayant reçu l'association Persantine+AAS montrait un résultat avantageux en comparaison au groupe de traitement à l'AAS seul. Des différences statistiquement significatives ont été atteintes entre le groupe Persantine+AAS et le groupe témoin, contrairement à la comparaison entre le groupe AAS seul et le PLBO.

Selon les taux de table de survie, la fréquence d'accidents coronariens dans le groupe Persantine+AAS a été inférieure de 37,0% à 66.7% en comparaison du groupe PLBO du 4e au 24e mois.
Cette même fréquence a été inférieure de 29,1% à 52,4% durant cette période dans le groupe à l'AAS seul.

Les accidents coronariens ont été réduits de façon significative aux 4, 8, 12, 16, 20 et 24e mois de traitement suivi pour le groupe Persantine+AAS en comparaison du groupe témoin (PLBO). Par contre, la différence entre le groupe AAS et le groupe témoin (PLBO) a été statistiquement significative seulement au 8e et au 24e mois du traitement suivi.

FRÉQUENCE DES ACCIDENTS CORONARIENS (I.M. MORTELS ET NON MORTELS) SELON LES TAUX CUMULÉS DE TABLE DE SURVIE

36 premiers mois de traitement Persantine/AAS; AAS; Placebo (tous les patients)



* Différence statistiquement significative d'avec le groupe témoin (PLBO)

PARIS
Persantine® + AAS
dans la maladie coronarienne

POUR PRÉVENIR UNE RECHUTE DE L'I.M.

Persantine® + AAS

ACCIDENTS CORONARIENS: UN SOMMAIRE DE RÉSULTATS SIGNIFICATIFS

DÉCÈS D'ORIGINE CORONARIENNE

Une diminution statistiquement significative en comparaison avec le groupe témoin (PLBO) au 36e mois chez les patients dont le temps écoulé entre leur dernier I.M. et le début de participation à l'étude était ≤ 6 mois.

FRÉQUENCE RÉDUITE DE 63.6%*

FRÉQUENCE DES ACCIDENTS CORONARIENS

Des diminutions statistiquement significatives en comparaison avec le groupe témoin (PLBO) pendant les 24 premiers mois de traitement, pour tous les patients.

FRÉQUENCE RÉDUITE DE 66.7% À 37.0%*

I.M. NON MORTELS

Une diminution statistiquement significative en comparaison du groupe témoin (PLBO) dans la fréquence d'hospitalisation pour des durées supérieures à 2 semaines après 41 mois de traitement suivi, pour tous les patients

FRÉQUENCE RÉDUITE DE 47.7%*

*Toutes les comparaisons = % diminution pour le groupe Persantine + AAS vs groupe témoin (PLBO)

PARIS Persantine® + AAS dans la maladie coronarienne

Persantine® + AAS

PERSANTINE
à
75 mg
+
AAS
à
324 mg

T.I.D.

- **L'ASSOCIATION PERSANTINE® + AAS A RÉDUIT DE FACON SIGNIFICATIVE LA FRÉQUENCE DES RÉCIDIVES D'INFARCTUS DU MYOCARDE MORTELS ET NON MORTELS POUR UNE PÉRIODE ALLANT JUSQU'À DEUX ANNÉES CHEZ LES PATIENTS AYANT SURVÉCU À UN I.M.**
- **LA PLUS FORTE DIMINUTION DANS LE TAUX DES DÉCÈS DUS À UNE RECHUTE DE L'I.M. A ÉTÉ CONSTATÉE DANS LE SOUS-GROUPE TRAITÉ DANS LES 6 MOIS SUIVANT LEUR DERNIER INFARCTUS DU MYOCARDE.**
- **LE NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À DEUX SEMAINES, POUR RECHUTE D'I.M. A ÉTÉ NOTABLEMENT MOINDRE DANS LE GROUPE TRAITÉ À L'ASSOCIATION PERSANTINE + AAS.**
- **L'OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE A ÉTÉ BONNE ET LES EFFETS SECONDAIRES ONT CAUSÉ PEU D'INTERRUPTION DU TRAITEMENT.**

Persantine®

inhibiteur de l'adhésion
et de l'agrégation plaquettaires

Persantine® dipyridamole GUIDE THÉRAPEUTIQUE CONCIS

CATÉGORIE THÉRAPEUTIQUE OU PHARMACOLOGIQUE

1. Inhibiteur de l'adhésion et de l'agrégation plaquettaires
2. Vasodilatateur coronarien

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Maladie coronarienne
La thérapie concomitante Persantine et AAS est indiquée pour les patients ayant survécu à un infarctus du myocarde. Le taux de rechute d'infarctus du myocarde est réduit d'une façon significative par une telle thérapie.

Maladie thrombo-embolique
Persantine est indiquée pour la prévention des complications thrombo-emboliques postopératoires associées au remplacement prothétique de valvules cardiaques.

Angine de poitrine chronique
Persantine (dipyridamole) a été employé avec succès pour le traitement à long terme de divers états causés par une diminution du débit coronarien. Dans l'angine de poitrine chronique, la dipyridamole peut souvent éliminer ou espacer les attaques angineuses, augmenter la tolérance à l'effort et même permettre de réduire la consommation de nitroglycérine. La dipyridamole n'est pas indiquée pour arrêter une attaque aiguë d'angine.
Cependant, la dipyridamole peut être utile aux malades après la phase aiguë d'un infarctus du myocarde, en leur procurant les avantages des effets vasodilatateurs de ce médicament sur les coronaires et la possibilité d'améliorer la circulation collatérale dans le myocarde.
A des doses thérapeutiques, la dipyridamole ne provoque pas de chute de la tension artérielle ou d'accélération du rythme cardiaque. Cependant, au cours de la phase aiguë de l'infarctus du myocarde, la tension artérielle peut devenir assez instable; les risques possibles associés à l'administration de la dipyridamole dans ces circonstances n'ont pas encore été complètement déterminés. Dans le traitement de l'infarctus du myocarde, à la phase aiguë, l'administration de la dipyridamole n'est pas recommandée.

CONTRE-INDICATIONS

A ce jour, on ne connaît pas de contre-indication particulière.

PRÉCAUTIONS À PRENDRE

Des doses excessives de dipyridamole pouvant provoquer une vasodilatation périphérique, il faut administrer cette substance avec précaution aux malades atteints d'hypotension.

EFFETS SECONDAIRES

Aux doses généralement recommandées pour le traitement de l'angine de poitrine, les effets secondaires nuisibles sont faibles et transitoires. Au début du traitement on a parfois observé des éruptions cutanées et parmi les autres rares effets indésirables, des céphalées, des étourdissements, des nausées, des bouffées de chaleur, une syncope ou de la faiblesse. Des légers malaises gastriques peuvent survenir de temps à autre; on peut les éviter par la prise des comprimés avec un verre de lait. Une dose élevée du médicament peut parfois provoquer de l'irritation gastrique, des vomissements et des crampes abdominales. De rares cas de ce qui semblait être une aggravation de l'angine de poitrine ont été observés, habituellement au début du traitement. Même si ces réactions adverses surviennent rarement, l'arrêt de la médication entraîne rapidement la disparition des symptômes indésirables lorsque ceux-ci s'avèrent persistants ou intolérables pour le malade.
Lorsque Persantine est employé en association avec l'AAS pour prévenir une éventuelle rechute d'infarctus du myocarde, le seul effet secondaire nettement attribuable à Persantine est la céphalée. Cette réaction secondaire montre une augmentation de 5.5% dans le groupe de patients traités par l'association Persantine+ AAS sur le groupe recevant l'AAS seul. Les autres réactions adverses se produisant au cours de la thérapie associée Persantine + AAS sont identiques à celles mentionnées précédemment, en plus des effets secondaires bien connus de la thérapie à l'AAS, en particulier des douleurs ou malaises gastriques et des hémorragies gastro-intestinales.
Aux doses plus élevées de Persantine, généralement recommandées pour le traitement des malades porteurs de prothèses valvulaires cardiaques, il peut se produire une augmentation dans la fréquence des réactions adverses.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

L'hypotension, si elle se produit, est en général transitoire; le cas échéant, des médicaments vasopresseurs peuvent être administrés.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Maladie coronarienne La dose orale recommandée aux patients ayant subi antérieurement un infarctus du myocarde est de 75 mg de Persantine administré conjointement à 324 mg d'acide acétylsalicylique, trois fois par jour.
Maladie thrombo-embolique La dose orale recommandée est de 100 mg q.i.d. une heure avant les repas. Une dose quotidienne moindre de 100 mg de Persantine administrée en même temps qu'une dose quotidienne de 1 g d'AAS prolonge de façon identique la survie plaquettaire.
Angine de poitrine chronique La dose orale recommandée est de 50 mg t.i.d., prise au moins une heure avant les repas. Dans certains cas, des doses plus élevées peuvent être nécessaires. La réaction clinique est progressive, atteignant son effet maximal dans les trois mois suivant un traitement ininterrompu.

PRÉSENTATION

1. Comprimé à 25 mg: un comprimé rond, dragéifié, de couleur orange et portant l'empreinte de la tour d'Ingelheim.
2. Comprimé à 50 mg: un comprimé rond, dragéifié, de couleur corail et portant l'empreinte de la tour d'Ingelheim.
3. Comprimé à 75 mg: un comprimé rond, dragéifié, de couleur rouge et portant l'empreinte de la tour d'Ingelheim.

Emballages: Persantine à 25 mg et à 50 mg est présentée en flacons de 100 et de 500 comprimés.
Persantine à 75 mg est présentée en flacons de 100 comprimés.

La monographie Persantine est disponible sur demande.

Source de référence: *Persantine and Aspirin in Coronary Heart Disease.* The Persantine-Aspirin Reinfarction Study Research Group. Circulation, Volume 62, No. 3, September 1980.

PAAB CCPP

B-601/F-81 IMPRIMÉ AU CANADA

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

en conservant le même nombre de postes destinés à l'internat multidisciplinaire.

4- Des bourses pour les étudiants en médecine qui acceptent de pratiquer la médecine générale dans une région mal desservie et identifiée par le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ; même si le nombre de boursiers n'est pas considérable, il n'en demeure pas moins qu'entre 1975 et 1979, 135 étudiants en médecine ont participé à ce programme.

5- Un fonds spécial qui peut être utilisé, sur la recommandation d'un comité de répartition des effectifs médicaux, pour offrir des primes d'encouragement dans certains cas flagrants de manque de ressources médicales de première ligne.

Ces mesures, appuyées par l'apparition des nouveaux programmes de formation des médecins de famille et aussi par la possibilité d'une rémunération différente de la rémunération à l'acte, ont toutes contribué, à notre avis, à cet accroissement plus rapide des médecins omnipraticiens (27.3%) en comparaison avec l'accroissement des spécialistes (11.2%) de 1974 à 1979.

Cet intérêt renaissant pour la médecine de première ligne se retrouve également chez les nouveaux diplômés de nos facultés de médecine. C'est ainsi qu'en juin 1980, sur les 407 nouveaux médecins assermentés par la Corporation, 172 se dirigeaient vers la pratique générale, 66 vers la deuxième année du programme de médecine de famille et le reste vers un programme de résidence[8]. Si l'on utilise plutôt la définition américaine du médecin de première ligne (en ajoutant les pédiatres, les obstétriciens et les internistes généraux), on s'aperçoit qu'en 1980, 65.4% des nouveaux diplômés québécois manifestaient le désir de renforcer les rangs de ce groupe on ne peut plus important.

Des projections préparées pour la Corporation démontrent qu'entre 1978 et 1982, 75.1% de l'accroissement des effectifs médicaux se situera dans le secteur des soins primaires (tel que défini par les Américains)[6] ; les projections Américaines pour une période plus longue s'étendant de 1977 à 1985 donnent un chiffre de 55.3%[9]. Le tableau II démontre cette différence entre les deux tendances québécoise et américaine quant au recrutement des médecins de première ligne.

Tableau I

Les programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Programmes	Bénéficiaires	Dépenses 1979* (Million $)**	% du total
Services médicaux et chirurgicaux	Tous	732.2	74.7
Chirurgie buccale	Tous	3.0	0.3
Services dentaires	Enfants de moins de 16 ans Bénéficiaires de l'aide sociale	62.7 10.1	6.4 1.0
Services optométriques	Tous	19.1	1.9
Médicaments	Résidents de 65 ans et plus Bénéficiaires de l'aide sociale	72.2 31.4	7.4 3.2
Prothèses, appareils orthopédiques, etc.	Handicapés physiques	4.9	0.5
Prothèses mammaires	Mastectomisées	0.2	—
Aides visuelles	Handicapés visuels (35 ans ou moins)	0.2	—
Aides auditives	Handicapés auditifs (35 ans ou moins ; tout âge si assistés sociaux)	1.1	0.1

Sources : Statistiques annuelles — Régie de l'assurance-maladie — page 26. Renseignements généraux.

* Dépenses totales pour 1979 (année civile) : 980 millions $
Dépenses d'administration : 40.9 millions $ (4.2% du total)

** Ces montants comprennent des dépenses de 50.9 millions $ incluses dans les programmes pour défrayer les services assurés reçus hors du Québec.

Tableau II

Les effectifs médicaux de première ligne.

	QUÉBEC				ÉTATS-UNIS			
	1976	1978	1982*	1978 à 82*	1977	1979	1985*	1977 à 85*
Total des médecins	9496	10155	11944	1789	391180	416680	500570	109390
Omnipraticiens et médecins de familles	4176	4734	5972	1238	57550	58980	72100	14550
% des effectifs totaux	44.0%	46.6%	50.0%	69.2%	14.7%	14.2%	14.4%	13.3%
Médecins de première ligne **	5156	5716	7060	1344	173000	182960	233530	60530
% des effectifs totaux	54.3%	56.3%	59.1%	75.1%	44.2%	43.9%	46.7%	55.3%
Médecins de première ligne/100,000 habitants	82.7	90.3	108.0	—	78.1	81.3	97.8	—

Sources : Québec[6]
États-Unis[9]

*** Projections**

**** Selon la définition américaine, les médecins de première ligne comprennent : omnipraticiens, médecins de famille, internistes généraux, pédiatres et obstétriciens-gynécologues.**

IV- Un revenu adéquat

Les conditions de travail de la profession médicale, au sein du régime d'assurance-maladie du Québec, ont été négociées à deux occasions (1970 et 1976) par le ministre, la FMOQ et la FMSQ. Les premières ententes de 1970 révèlent que l'objectif primordial des parties en présence était d'en arriver à un tarif satisfaisant tout en mettant en place des procédures de révision, de règlement des différends et d'amendements à une loi qui, pour les médecins spécialistes du moins, présentait un caractère éminemment expérimental.

Les ententes de 1976 dénotent des préoccupations différentes[10,11]. Les objectifs financiers sont approchés d'une façon globale : le revenu annuel brut moyen de l'omnipraticien travaillant régulièrement dans le régime d'assurance-maladie et rémunéré à l'acte sera de 80,392 $ pour la période de l'entente se terminant le 30 novembre 1981 et celui du médecin spécialiste sera de 87,763 $. Dans ce dernier cas, le revenu projeté représente 134.46% du revenu réel brut annuel de 1974, année de référence pour les futures négociations. Au-delà des objectifs financiers, les ententes de 1976 contiennent des clauses au sujet des conditions de travail dans les différents établissements du réseau des Affaires sociales, des mécanismes destinés à corriger les disparités régionales en ressources médicales et des mécanismes de plafonnement des revenus médicaux.

De tels revenus — bruts — sont-ils adéquats, compte tenu de la longue formation professionnelle du médecin et de son rôle dans la société ? Un revenu jugé légitime par la profession est-il nécessairement raisonnable pour cette même société ? Quelle valeur peut-on attribuer aux services médicaux par rapport à d'autres services, à d'autres biens dont il faudra peut-être se passer dans la situation économique actuelle ? Nous n'avons certes pas la réponse à ces questions, mais nous proposons, pour méditation, les éléments suivants :

1- En dépit du fait que les provinces ont toutes opté pour maintenir le système de la rémunération à l'acte, l'accroissement annuel des dépenses canadiennes au chapitre des services médicaux ne représente que le tiers de ce qu'il était avant l'avènement du programme national d'assurance-maladie[12].

2- Entre 1971 et 1977, les tarifs provinciaux consentis aux médecins canadiens ont augmenté annuellement de 3.9% pendant que l'indice des prix à la consommation au cours de la même période affichait un accroisement de 8.3% par année[13].

3- Une comparaison des honoraires québécois et américains (tableau III) et des revenus bruts et nets avant impôts (tableau IV) démontre que le médecin québécois a un revenu nettement inférieur à celui du médecin américain. Au niveau individuel, le plafonnement des revenus trimestriels des omnipraticiens du Québec décourage la "surproduction", alors que le médecin spécialiste jouit encore d'une certaine "liberté" à cet égard ; dans ce dernier cas cependant, le revenu brut annuel moyen négocié pour 1978 représente une augmentation de 24.5% par rapport au revenu de 1974, alors que l'indice canadien des prix à la consommation s'est élevé de 42.9% entre ces deux années. L'évolution des revenus, depuis quelques années, confirme donc une perte réelle en pouvoir d'achat pour

Tableau III

Honoraires professionnels
Comparaison entre les États-Unis et le Québec.

Visites au cabinet privé.

	Première visite		Examen de contrôle	
	États-Unis	**Québec**	**États-Unis**	**Québec**
Médecine générale	18 $	17 $*	14 $	9 $
Médecine interne	38 $	20 $ **	20 $	8 $
Chirurgie générale	29 $	23 $	18 $	12 $
Obstétrique	31 $	16 $	19 $	6 $
Pédiatrie	21 $	17 $	16 $	9 $
Psychiatrie	57 $	33 $	48 $	20 $ ***

Interventions chirurgicales

	États-Unis		Québec
	Régions métro - politaines	**Hors régions métropolitaines**	
Adeno-amygdalectomie (moins de 16 ans)	229 $ - 312 $	171 $ - 215 $	76 $
Hystérectomie totale	736 $ - 1259 $	546 $ - 649 $	190 $
Mastectomie radicale	763 $ - 1443 $	596 $ - 936 $	310 $
Appendicectomie	424 $ - 707 $	333 $ - 376 $	165 $
Vasectomie	178 $ - 243 $	144 $ - 177 $	55 $

Sources : États-Unis[7,14] ; honoraires habituels — 1979.
Québec[10,11] ; tarif conventionné — 1980.

* Jusqu'à 32 $ pour un examen spécifique complet de 45 minutes.

** Jusqu'à 40 $ pour un examen spécifique complet de 45 minutes.

*** Par demi-heure.

N.B.: Les données financières utilisées dans cet article sont exprimées en $ canadiens pour le Canada et en $ américains pour les États-Unis.

Tableau IV

Revenus des médecins — 1978

	Bruts		Nets avant impôts	
	États-Unis	**Québec**	**États-Unis**	**Québec***
Médecine générale	102,400 $	53,700 $	54,600 $	32,200 $
Spécialités primaires**	110,000 $	70,000 $	62,800 $	42,000 $
— Pédiatrie	86,300 $	61,200 $	51,200 $	36,700 $
— Médecine Interne	108,600 $	55,700 $	63,800 $	33,400 $
— Obstétrique-Gynécologie	132,200 $	88,100 $	70,300 $	52,900 $
Spécialités chirurgicales	146,000 $	$74,000 $	82,600 $	44,400 $
Tous les médecins	111,900 $	64,700 $	65,500 $	38,800 $

Sources : États-Unis[7] ; Québec : Statistiques annuelles de la Régie — 1978.

* Revenu net : revenu brut moins 40% pour dépenses professionnelles déductibles d'impôts.

** Selon la définition américaine : pédiatrie, médecine interne (générale) et obstérique-gynécologie.

la profession médicale. Enfin, il est bon de mentionner que le taux marginal d'imposition pour le citoyen québécois est de 68% alors que les lois américaines en matière de fiscalité limitent à 50% l'impôt sur les revenus en provenance d'un travail (earned income).

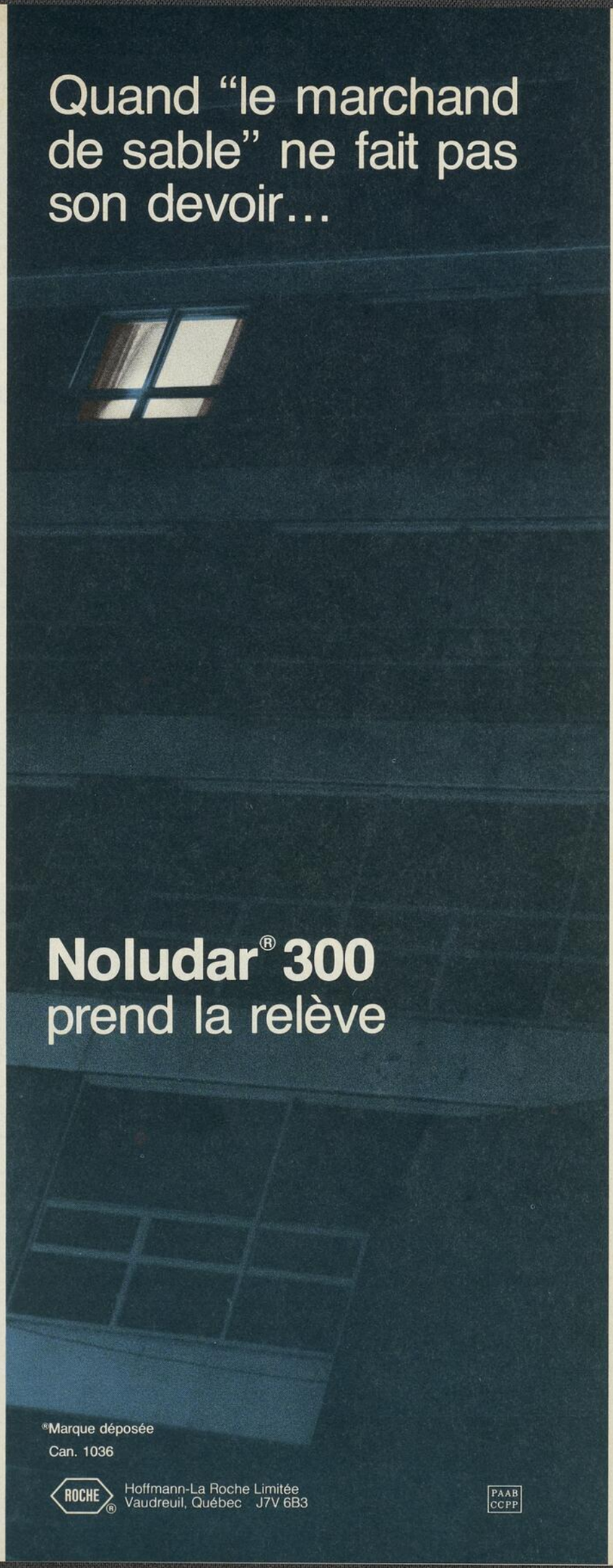
4- Le revenu net moyen des médecins canadiens en pratique privée était, en 1971, de 1.6 fois celui des autres professionnels (avocats, dentistes) et de 5.5 fois le salaire des ouvries de l'industrie ; en 1978, les facteurs étaient respectivement de 1.3 et de 4.0[1].

Il existe donc, au Québec, un contrôle certes relatif mais néanmoins réel des revenus des médecins et on doit chercher l'origine de ce contrôle dans une prise de position de la société, représentée par ses gouvernants, quant à la valeur des services médicaux par rapport à la valeur d'autres biens. Une société ne prend pas cette décision du jour au lendemain et le phénomène n'est compréhensible qu'en autant qu'on le replace dans le contexte de l'évolution sociale qu'a vécue le Québec depuis le début des années 1960.

Conclusion

Dans notre nouveau système de santé, la profession médicale a perdu beaucoup de son influence et elle ne peut certainement pas rivaliser avec sa contrepartie américaine qui semble particulièrement efficace dans son lobbying auprès des politiciens de tous les niveaux de gouvernement. Comme le clergé qui fut jadis l'élément le plus puissant de notre société québécoise, la profession médicale a dû accepter un changement de statut et on rappelle constamment à ses membres que le réseau des Affaires sociales requiert la participation de partenaires professionnels au moins aussi importants. Notre société québécoise apprendra sûrement à faire une "juste" place aux médecins lorsqu'elle se rendra compte, de nouveau, que le contrat individuel qui existe entre un médecin et son patient représente encore un des éléments-clés des services de santé à rendre à la population. Heureusement, dans l'intimité de ce contrat individuel, il existe encore beaucoup de respect de la part du patient pour la compétence professionnelle de son médecin et, croyons-nous, de la part du médecin, un désir authentique de rendre service.

A tort ou à raison, notre analyse nous porte à croire que les objectifs de la profession médicale ont pu être



atteints à l'intérieur du régime d'assurance-maladie du Québec. En deuxième partie, nous discuterons des objectifs de la société.

summary

The Québec Health Insurance Plan was implemented in 1970, as an essential element of an overall reform of health and social services. This comprehensive and universal plan is financed through the tax system and administered by a public corporation which is accountable to the Provincial government.

Quebec physicians are not essentially different from their american colleagues in their professionnal aspirations. We believe their main goals have been reached within the plan : 1) a good quality of medical services ; 2) professional freedom ; 3) ability to recruit new medical manpower and, 4) adequate professional income.

bibliographie

1.Hall E.M. :
Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 — Engagement au renouveau. Rapport soumis au ministère de la Santé et du Bien-être, Canada, 1980.

2.Taylor M.G. :
Health Insurance and Canadian Public Policy. Montréal : McGill-Queen's University Press, 1978. Chapitre 7 : Quebec Medicare : Policy Formulation in conflict and crisis, pages 379-413.

3.Charte des droits et libertés de la personne, 1975, c.6.

4.Renaud M. :
Réforme ou illusion ? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé. Sociol. Soc., 1977 ; 9 : 127-152.

5.De Friese G.H. :
On paying the fiddler to change the tune : further evidence from Ontario regarding the impact of universal Health Insurance on the organization and patterns of medical practice. Milbank Mem. Fund Q., 1975 ; 53(2) : 117-148.

6.Contandriopoulos A.P., Lance J.M., Nguyen T.T. :
Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projection pour 1982. Montréal : Corporation professionnelle des médecins du Québec, juin 1979.

7.Glandon G.L., Shapiro R.J., éd.
Profile of medical practice 1980. American Medical Association Pub., OP 011, 1980.

8.Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1980 ; 20 : no 6.

9.Supply of Manpower in selected health occupations : 1950-1990.
U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication No. (HRA) 80-35. Septembre 1980.

10.Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation entre le ministre des Affaires sociales et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Septembre 1976. Derniers amendements :
Décembre 1980.

11.Entente relative au régime d'assurance-maladie et au régime d'assurance-hospitalisation entre le ministre des Affaires sociales et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Novembre 1976. Derniers amendements :
Novembre 1980.

12.Andreopoulos S. éd. :
National Health Insurance : Can we learn from Canada ? New York, John Wiley & Sons, 1975.

13.Boulet J.A., Grenier G. :
Health expenditures in Canada and the impact of demographic changes on future government Health Insurance Program expenditures. Discussion paper No 123. Ottawa : Conseil économique du Canada, 1978.

14.Source book of health insurance data 1979-1980.
Washington : Health Insurance Institute, 1980.

Nouvelles

Symposium sur la cancérologie au Québec organisé par la Fondation Québécoise du Cancer

Société Canadienne de Pharmacologie Clinique

Un symposium organisé par la Fondation Québécoise du Cancer réunissait pour la première fois, en avril dernier à Montréal, tous les intervenants du secteur de la santé qui ont à s'occuper de malades cancéreux, afin de faire le point sur les ressources en cancérologie au Québec.

Les participants représentants les universités, divers organismes intéressés au cancer ainsi que des professionnels de tous les secteurs de la santé sont venus en grand nombre de toutes les régions du Québec pour entendre le docteur William Meakin, directeur de l'Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, les entretenir sur la façon dont l'organisme qu'il dirige fonctionne.

À l'issue de cette conférence, les participants au symposium se sont penchés sur ce qui se fait au Québec en matière d'organisation des soins aux malades atteints de cancer, de recherche clinique et d'enseignement de la cancérologie dans les programmes des sciences de la santé.

Plusieurs recommandations importantes ont été formulées au conseil d'administration de la Fondation Québécoise du Cancer, présidé par le docteur Pierre Audet-La pointe :

1. Que des soins palliatifs pour les malades cancéreux soient organisés tant au niveau du domicile que des centres hospitaliers par un personnel formé à cet effet, afin d'améliorer la qualité de vie de ces malades.
2. Que des centres d'hébergement soient mis sur pied pour accueillir les malades qui doivent avoir quotidiennement des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie comme cela se fait en Ontario.
3. Que des centres anti-cancéreux soient organisés en relation avec les universités dans toutes les régions du Québec et que des équipes multidisciplinaires y soient formées.
4. Qu'un comité soit formé au sein de la Fondation Québécoise du Cancer pour établir les priorités en recherche clinique, évaluer les projets de recherche et voir à leur financement.
5. Que des départements universitaires d'oncologie soient mis sur pied pour coordonner un enseignement multidisciplinaire dans ce domaine.
6. Que des démarches soient entreprises auprès des instances gouvernementales pour qu'une loi cadre concernant l'organisation et la gestion de tout ce qui a trait au cancer au Québec soit établie comme ce fut le cas aux États-Unis en 1971 avec le National Cancer Act et en Ontario en 1957 avec le Cancer Act.

Rappelons que la Fondation Québécoise du Cancer fondée en 1979 a comme objectif principal d'améliorer la qualité de vie des malades atteints de cancer.

Renseignements :
Madame Lyette Chartrand
Beauregard, Landry
Nantel, Jasmin et associés
Téléphone : 849-7091

Pr Neosporin*

solution oto-ophtalmique stérile
(Polymyxine B, Néomycine, Gramicidine)

Une formule qui fait double emploi

Pourquoi? Parce que grâce à son action bactéricide à large spectre vos patients reçoivent un traitement rapide et efficace contre presque tous les organismes pathogènes des yeux et des oreilles, incluant *Pseudomonas aeruginosa*, le plus résistant des pathogènes de l'œil.

NEOSPORIN peut être utilisé comme agent thérapeutique et prophylactique dans une grande variété d'infections des yeux et des oreilles: conjonctivite, blépharite, kératite et otite externe.

NEOSPORIN: La formule logique.

Lorsqu'une démangeaison et une douleur accompagnent l'infection

Pr Cortisporin*

Pour les yeux:
La suspension ophtalmique stérile (Polymyxine B, Néomycine, Hydrocortisone)
L'onguent ophtalmique stérile (Polymyxine B, Néomycine, Bacitracine, Hydrocortisone)
Pour les oreilles:
Les gouttes otiques (Polymyxine B, Néomycine, Hydrocortisone)

CALMIC

*Nom déposé

Renseignements thérapeutiques page 528

111 ans! La force de L'Union

Textes choisis par Gabrielle Faucher.

Les charlatans

Indignés de voir le charlatanisme lever la tête plus haut que jamais depuis quelques temps dans notre ville, nous avons signalé, dans notre dernier numéro, ce mal qui menace de prendre des proportions de plus en plus grandes. Il semble que nous ayions touché du doigt une plaie bien profonde et qui a déjà envahi toutes les parties de la province, car nous avons reçu, depuis, nombre de lettres de la part de nos confrères, nous signalant dans leurs localités respectives le même mal sous des formes plus ou moins semblables.

Nous sommes heureux de voir que la profession médicale qui doit avoir à coeur de faire disparaître les abus qui peuvent affecter d'une manière préjudiciable la santé du peuple, paraît être décidée de prendre les moyens d'atteindre ce résultat. Laissant cette question de côté pour le présent, nous laisserons parler quelques-uns de nos correspondants, nous réservant de revenir sous peu sur ce sujet.

On nous écrit qu'un certain Dr ? nommé T. qui opérait des guérisons étonnantes, par la seule imposition des mains, vient de mourir à Buffalo. On a trouvé suspendu à son cou les articles suivants : un fer à cheval, une grenouille empaillée, une noisette et un vieux shilling anglais, le tout soigneusement entouré de coton. Ce noble représentant du progrès des lumières possédait surtout un pouvoir spécial pour déloger de l'estomac de ses dupes des grenouilles, serpents, lézards et autres animaux, cause très commune, selon lui, des maux dont ils souffraient. ...

Le Dr J. Leclair, de St-Lin, nous adresse la communication suivante : Tous les jours l'on ne cesse de parler, vanter et exalter les exploits de cette classe d'êtres que l'on pourrait appeler "Anthropomorphes" avec Berry Saint Vincent. En examinant ces individus, nous voyons qu'ils affectent un air important, une politesse quelquefois rare et beaucoup de bonhommie. Ce que l'on remarquera invariablement chez eux, c'est que cette gente spéciale a quelque chose du Singe, de l'Ane, de la Pie et de la Fée du bon vieux temps. Car ils paraissent posséder beaucoup d'esprit d'imitation, de la souplesse, un cerveau creux, du bavardage et une grande affectation de mystères et de secrets inviolables. Tous ces défauts, toutes ces infirmités chez l'homme sont, on le sait, regardés comme autant de qualités par une certaine classe, malheureusement trop nombreuse et trop mixte pour n'être pas autorisé à dire avec le poëte :

"De Paris au Japon, du Japon jusqu'à Rome,

"Le plus sot animal, à mon avis, c'est l'homme." ...

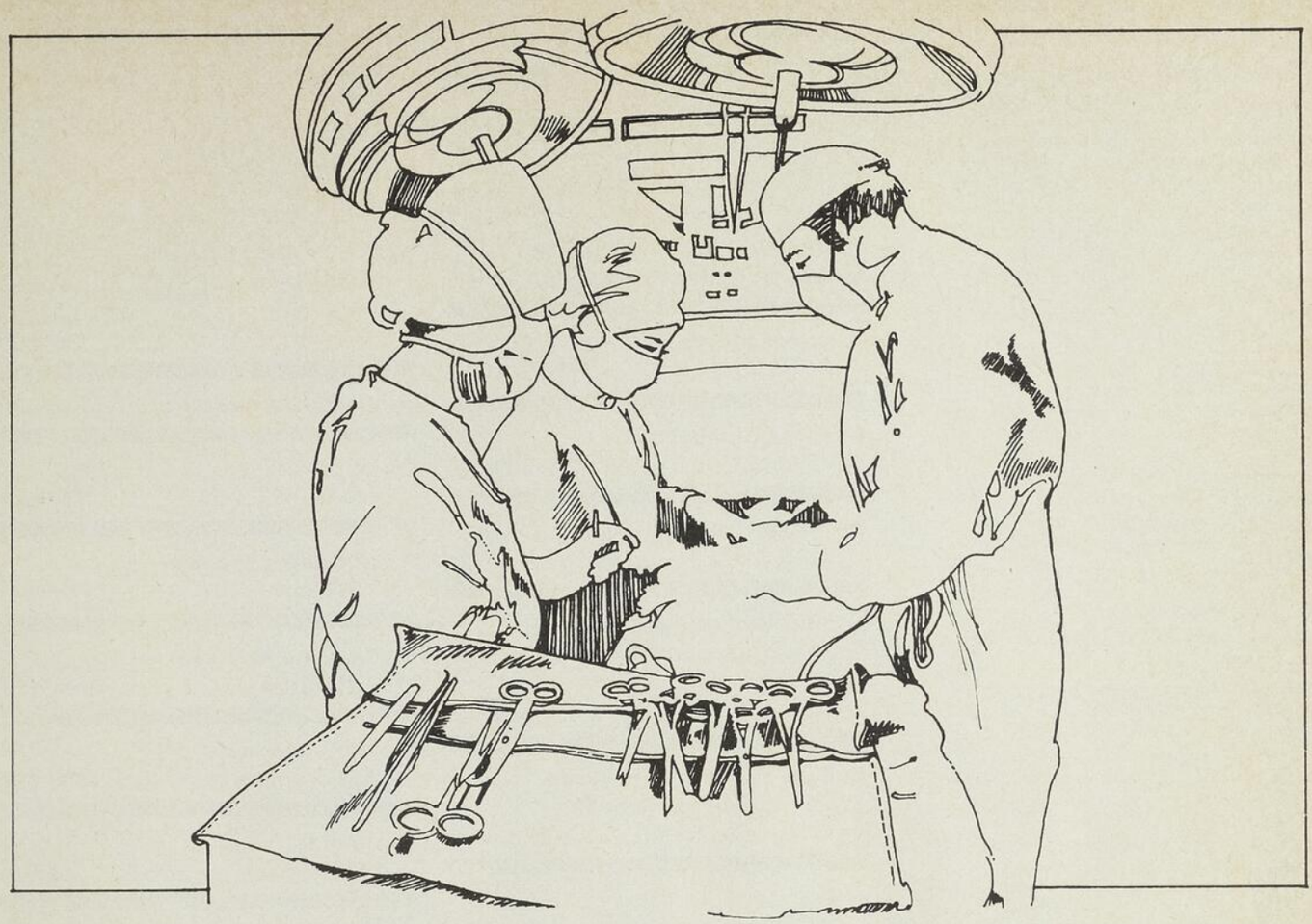
Une question d'hygiène

Durant la dernière session à Ottawa, un si grand nombre de députés et de sénateurs ont été malades ou indisposés, que la législature s'en est émue, et qu'une commission a été nommée pour rechercher les causes qui rendent le séjour des édifices du Parlement préjudiciable à la santé. Il est constant que le système de ventilation et de chauffage est défectueux. Ce n'est qu'un exemple, entre mille, du défaut d'attention que l'on prête en Canada à l'hygiène que l'on étudie, en Europe et aux États-Unis, avec tant de zèle et que l'on enseigne dans tous les collèges et universités.

A ce propos, la ***Minerve*** fait les remarques judicieuses suivantes : Si l'on faisait la même enquête dans plusieurs de nos collèges et couvents, l'on verrait qu'une foule d'étudiants, jeunes hommes et jeunes filles, sont encore plus maltraités que nos députés. Si tant d'étudiants sortent de nos collèges presque rachitiques, avec une santé délabrée, on peut en assigner la cause au manque absolu de ventilation dans plusieurs de nos maisons d'éducation. On est arrivé à constater après une foule d'expériences, que pour qu'une personne puisse séjourner vingt-quatre heures dans une chambre, il lui faut au moins 1700 pieds cubes d'air respirable. Or est-ce la quantité d'air que l'on mesure ordinairement aux malheureux dont nous plaidons la cause ? Imaginez quel air ils doivent respirer dans ces dortoirs où l'on empile soixante à cent élèves qui y passent environ huit heures ? Sont-ils mieux traités dans les salles d'études ou de classe ? Là comme dans les dortoirs ils respirent un air qui se charge rapidement d'acide carbonique et d'autres gaz délétères et ils s'empoisonnent lentement. Un cours d'études dans ces conditions, c'est l'asphyxie prolongée...

Aussi, il serait utile, croyons-nous, d'ajouter à l'instruction requise des aspirants à la profession, un cours d'hygiène publique et privée. ... La génération actuelle des médecins ayant fait leur éducation sans cours spéciaux sur cette branche indispensable (l'hygiène), il n'est pas étonnant que l'attention publique ne soit pas attirée plus souvent sur les sujets importants qu'elle embrasse. Pour remédier à cet état de choses, il faudrait d'abord prendre le mal à sa racine, et inculquer aux élèves en médecine les connaissances dont ils pourront plus tard faire profiter le public.

Dr Georges Grenier
Union Méd. Canada, 1873 ; 2 : 276.



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

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

Si vous êtes médecin, cette offre vous intéresse.

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

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

IMBATTABLE...
la vie dans les Forces

LES FORCES ARMEES CANADIENNES

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

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

Nom

Adresse

Téléphone

Université Faculté

Spécialité

PT-MQ-06-82

OVULES VAGINAUX ECOSTATIN
(Nitrate d'éconazole)

Classification thérapeutique
SUBSTANCE ANTIFONGIQUE

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

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

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

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

CONTRE-INDICATION: Hypersensibilité au nitrate d'éconazole.

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

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

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

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

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

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

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE: Non connus.

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

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

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

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

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

Monographie du produit disponible sur demande.

SQUIBB

SQUIBB CANADA INC.
2365, CÔTE DE LIESSE
MONTRÉAL (QUÉBEC)

CCPP MEMBRE ACIM

Index des annonceurs

Association des médecins de langue française du Canada 505

Ayerst, Laboratoires
(Indéral-LA) 510-511-512

Boehringer Ingelheim
(Persantine) .. 587-588-589-590

Burroughs Wellcome Inc.
(Sudafed) 534

Calmic Medical Division
(Cortisporin Otic) 522
(Neosporin/Cortisporin) 528-595

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
(Examens) 508

Geigy
(Voltaren) 4e couv.-529

Gouvernement du Canada
(Ministère de la défense nationale) 597

Hoffmann-La Roche Ltd.
(Bactrim) 581-583
(Noludar) 593
(Lectopam) 599-600

Johnson & Johnson 548-549

Parke Davis
(Gelusil) 557-558

Pfizer Canada Inc.
(Feldene) 537-538-539-540

Smith Kline & French
(Dyazide) 3e couv.-551

Squibb Canada Inc.
(Ecostatin) 506-598

Syntex Inc.
(Anaprox) 575-576-577-578

Upjohn, Compagnie du Canada
(Halcion) 2e couv.-554
(Xanax) 564-565-568

Prescrit dans des cas bien précis,
Prescrit pour une durée précise...

Lectopam®

Un nouvel étalon anxiolytique

ROCHE®

À l'avant-garde de la
recherche en
médecine et en chimie

Voir renseignements
posologiques au verso.

® Marque déposée

Lectopam®

Un nouvel étalon anxiolytique

Caractéristiques de base

- □ efficacité prouvée pour le traitement de la névrose d'angoisse
- □ rapport favorable entre l'effet anxiolytique et l'effet sédatif lorsque l'ajustement posologique est approprié
- □ gamme posologique étendue
- □ profil pharmacocinétique différent
  - demi-vie sérique moyenne de 12 heures
  - aucune accumulation imprévue après des doses multiples
  - équilibre dynamique habituellement atteint en 2 à 3 jours

Flexibilité posologique

Dose initiale standard	6 à 18 mg/jour	En doses fractionnées égales
Gamme posologique optimale	6 à 30 mg/jour	
Cas exceptionnels	jusqu'à 60 mg/jour	
Sujets âgés ou affaiblis	initialement 3 mg/jour au maximum	

Le tableau ci-dessus n'est qu'un exemple général. On conseille de commencer par une dose peu élevée (p. ex. 6 mg par jour en doses fractionnées) et de l'augmenter par la suite pour obtenir des résultats optimaux.

Présentation

3 mg – comprimés rainurés roses 6 mg – comprimés rainurés verts

---

Lectopam® (bromazépam)

Résumé posologique

Indications
Utile en traitement de brève durée pour le soulagement symptomatique des manifestations d'anxiété excessive chez les malades atteints de névrose d'angoisse.

Contre-indications
Hypersensibilité connue aux benzodiazépines ou myasthénie grave.

Mise en garde
Déconseillé dans les cas de troubles dépressifs ou de psychose. Aviser les malades d'éviter la prise d'alcool et d'autres médicaments dépresseurs du SNC.
Pédiatrie: L'expérience clinique étant insuffisante à ce jour, 'Lectopam' est déconseillé chez les sujets de moins de 18 ans.
Conduite d'un véhicule et activités dangereuses: Vu l'effet dépresseur de 'Lectopam' sur le SNC, inciter les malades à s'abstenir de conduire un véhicule, d'utiliser des machines dangereuses ou de s'engager dans des activités exigeant une parfaite acuité mentale et de la coordination physique. Avertir les malades de la possibilité de potentialisation des effets de l'alcool sur ces activités.
Grossesse: L'innocuité pendant la grossesse n'ayant pas été établie, 'Lectopam' est déconseillé chez la femme enceinte. Étant donné les risques de malformations congénitales associées à l'emploi de tranquillisants mineurs pendant les trois premiers mois de la grossesse, aviser la patiente susceptible de concevoir de consulter son médecin concernant l'interruption de la prise de 'Lectopam' si elle désire devenir enceinte ou croit l'être.
Allaitement: Puisqu'il est probable que 'Lectopam' et ses métabolites soient sécrétés dans le lait, on ne devrait pas l'administrer aux nourrices.

Précautions
Gériatrie: Les sujets âgés et affaiblis, ou présentant un syndrome cérébral organique, sont prédisposés à la dépression du SNC après l'administration de benzodiazépines. Amorcer le traitement avec la plus faible dose possible (3 mg de 'Lectopam' par jour ou moins) et l'augmenter graduellement afin d'éviter l'hypersédation ou une atteinte neurologique.
Risques de dépendance: Ne devrait pas être administré aux sujets enclins à l'abus des médicaments; la prudence s'impose chez les sujets prédisposés à la dépendance psychologique. Étant donné qu'après l'interruption brusque de la prise de 'Lectopam', on a observé des symptômes de privation semblables à ceux qui surviennent après le retrait d'autres benzodiazépines ou de l'alcool et à ceux pour lesquels le malade est traité, retirer 'Lectopam' graduellement s'il a été administré à fortes doses pendant une période prolongée ou si l'on soupçonne de la dépendance chez le malade.
Troubles mentaux et émotifs: Ne pas oublier la possibilité de tendances suicidaires chez les sujets souffrant de troubles émotifs; celles-ci doivent être traitées promptement et de façon appropriée. On ne doit pas administrer 'Lectopam' aux malades psychotiques sur pied, vu la possibilité de réactions paradoxales.
Les benzodiazépines ne doivent pas être administrées dans les cas d'anxiété physiologique ou de tensions normales de la vie quotidienne, mais uniquement en présence d'anxiété pathologique accompagnée de manifestations invalidantes. Elles ne sont pas efficaces pour les troubles du caractère ou de la personnalité ou la psychonévrose obsessionnelle.
Déconseillé pour le traitement des troubles dépressifs ou psychotiques.
Malades atteints de dysfonction hépatique ou rénale: Amorcer le traitement par une dose très faible et augmenter la posologie en tenant compte du degré d'atteinte de ces organes. Surveiller étroitement le malade et effectuer périodiquement des épreuves de laboratoire.
Épreuves de laboratoire: Si l'on doit répéter les cures de 'Lectopam', il est souhaitable d'effectuer périodiquement des numérations globulaires et des épreuves de la fonction hépatique.
Interactions médicamenteuses: En association avec d'autres médicaments d'action centrale, 'Lectopam' peut exercer des effets additifs ou synergiques. Prévenir les malades contre la prise simultanée d'autres médicaments dépresseurs du SNC ou d'alcool.

Réactions indésirables
Les plus fréquentes sont la somnolence, l'ataxie et des étourdissements. L'emploi des benzodiazépines peut donner lieu à des réactions paradoxales comme la manifestation d'hostilité, l'irritabilité et l'excitabilité. Parmi les autres réactions indésirables rapportées moins souvent, on retrouve: troubles visuels, céphalée, convulsions, troubles de l'élocution, confusion mentale, troubles de l'humeur, nervosité, troubles du sommeil, léthargie, stupeur, xérostomie, nausées, vomissements, troubles gastro-intestinaux non spécifiques, faiblesse ou spasmes musculaires, hypotension, tachycardie, prurit, rash, incontinence, modification de la libido, diminution de l'hématocrite, diminution ou augmentation du nombre de leucocytes, hausse de la phosphatase alcaline, de la bilirubine et des transaminases sériques (SGOT, SGPT) et augmentation ou diminution de la glycémie.

Symptômes et traitement du surdosage
Symptômes: Manifestations de dépression centrale. Le surdosage massif peut s'accompagner d'hypotension et de dépression respiratoire.
Traitement: Mesures thérapeutiques d'appoint avec surveillance des signes vitaux. Lavage gastrique le plus tôt possible. Provoquer des vomissements si le malade est tout à fait éveillé. La valeur de la dialyse n'a pas encore été établie. La probabilité de l'ingestion de plus d'un médicament doit être prise en considération.

Posologie et administration
Adapter la posologie à chaque cas pour prévenir la dépression excessive du SNC. La règle habituelle pour le soulagement symptomatique de l'anxiété excessive consiste en traitements intermittents de brève durée. La cure initiale ne doit pas dépasser une semaine sans une réévaluation de l'état du malade pour justifier une courte prolongation. Au besoin, on peut ajuster la posologie après une semaine. Au début, on ne devrait fournir au malade que la quantité de médicament requise pour une cure d'une semaine et l'on devrait interdire le renouvellement automatique de la prescription. Si le malade a besoin de prescriptions ultérieures, limiter celles-ci à des cures de brève durée.
Posologie habituelle pour adultes: Au début, 6 à 18 mg par jour en doses fractionnées égales, selon la gravité des symptômes et la réaction du malade. Amorcer le traitement par des doses faibles et ajuster la posologie par la suite, au besoin. La posologie optimale varie entre 6 et 30 mg par jour, en doses fractionnées. Dans des cas exceptionnels, on peut utiliser des doses allant jusqu'à 60 mg par jour.
Sujets âgés et affaiblis: La dose initiale ne devrait pas dépasser 3 mg par jour en doses fractionnées. Ajuster soigneusement cette posologie en fonction de la tolérance et de la réaction du malade.

Présentation
Comprimé rose, cylindrique et biplan, à bords biseautés, gravé LECTOPAM sur une face, 3 rainuré sur l'autre et gravé ROCHE dans l'hémicycle supérieur et C dans l'hémicycle inférieur, dosé à 3 mg de bromazépam.
Comprimé vert, cylindrique et biplan, à bords biseautés, gravé LECTOPAM sur une face, 6 rainuré sur l'autre et gravé ROCHE dans l'hémicycle supérieur et C dans l'hémicycle inférieur, dosé à 6 mg de bromazépam.
Flacons de 100.

Monographie envoyée sur demande.

® Marque déposée

ROCHE®
Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec
J7V 6B3

PAAB CCPP

Can. 1084

À l'avant-garde de la recherche en médecine et en chimie

Juin 1982
Vol. XVI, No 6

Rédaction:
Louise Desjardins
(514) 866-2053

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

BULLETIN

Prix de recherche 1982

Médecine à salaire ou à l'acte?

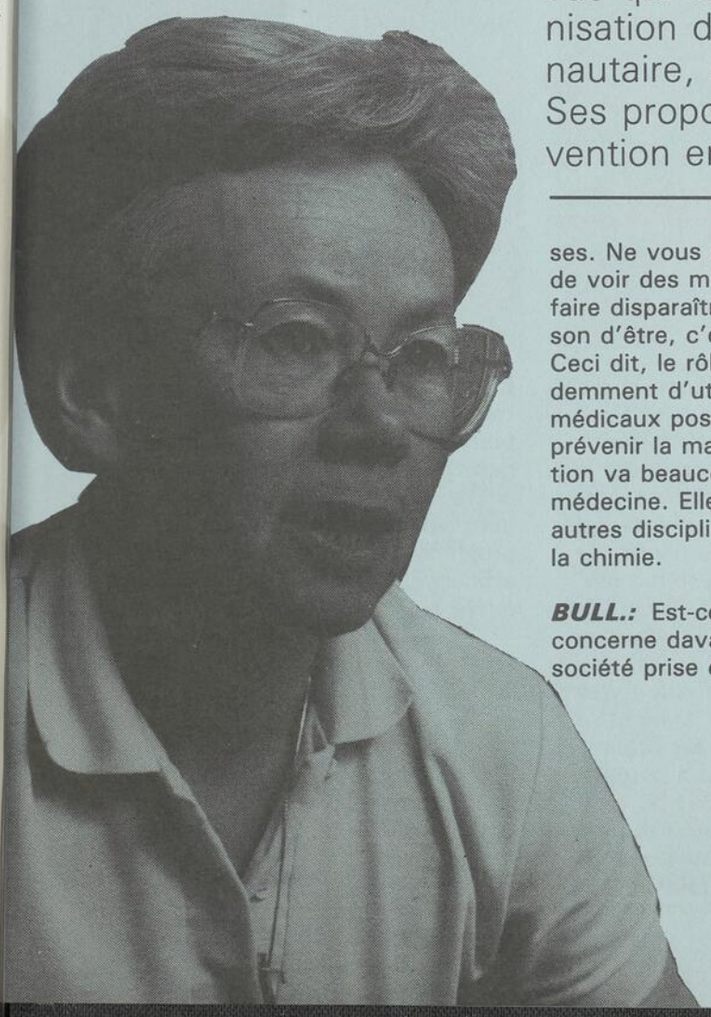
L'AMLFC à Haïti

La prévention: des priorités difficiles à établir

Spécialiste en santé publique et en santé communautaire, le Dr Lise Frappier-Davignon dirige actuellement le Centre de recherche en épidémiologie et médecine préventive de l'Institut Armand Frappier. Membre de l'AMLFC depuis plus d'une vingtaine d'années, elle a déjà participé activement au comité des activités scientifiques. Dans l'entrevue qui suit, elle nous révèle l'évolution de l'organisation des soins en santé publique ou communautaire, selon l'époque à laquelle on se réfère. Ses propos englobent le débat actuel sur la prévention en médecine.

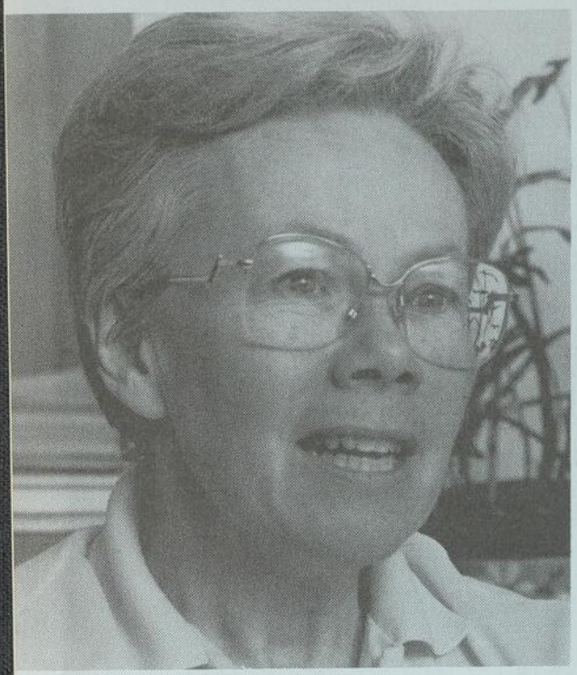
BULL.: Depuis 1954, vous êtes attachée, à divers titres, au service de médecine préventive de l'Institut Armand Frappier. Comment définissez-vous la médecine préventive et quel rôle le médecin a-t-il à y jouer?

L.F.D.: La notion même de ''médecine préventive'' regroupe deux mots qui sont, en fait, des antithèses. Ne vous semble-t-il pas étrange de voir des médecins s'appliquer à faire disparaître ce qui est leur raison d'être, c'est-à-dire la maladie? Ceci dit, le rôle du médecin est évidemment d'utiliser tous les moyens médicaux possibles et connus pour prévenir la maladie. Mais la prévention va beaucoup plus loin que la médecine. Elle touche à plusieurs autres disciplines telles le génie ou la chimie.



BULL.: Est-ce à dire que la prévention concerne davantage des objectifs de société prise dans son ensemble que le médecin qui est limité à l'utilisation de moyens médicaux?

L.F.D.: Je le pense. Cependant, bien qu'en santé publique le médecin soit un intervenant parmi d'autres, il reste qu'il a un grand rôle à y jouer. Ainsi, en épidémiologie, dans la recherche des causes des maladies, c'est lui qui est le mieux préparé pour étudier et pour comprendre ce qui se passe dans l'organisme humain face aux agents agresseurs et pour suggérer les mécanismes de dépense appropriés. D'autre part, il occupe une place privilégiée dans l'application des moyens médicaux de prévention et dans l'éducation sanitaire. Malheureusement, à côté de lui se trouvent aussi des charlatans qui, sous prétexte de servir la bonne cause, entraînent la population dans des excès qui peuvent être dommageables.



Une prévention mieux intégrée

BULL.: Il existe certainement une confusion lorsqu'on parle de concepts tels que santé publique, médecine préventive et santé communautaire, pouvez-vous nous les définir?

L.F.D.: Avec la réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu en 1970, on a modifié les structures de l'organisation des soins de santé. Ce faisant, on a aussi modifié les termes. Alors qu'auparavant, on parlait de santé publique, aujourd'hui, on parle de santé communautaire. L'objectif de la réforme était d'intégrer les soins préventifs aux soins curatifs. On a ainsi assisté à l'émergence de D.S.C. et de C.L.S.C. qui, chacun dans sa sphère d'influence, évaluent la santé de la population, font de la médecine préventive et dispensent des soins curatifs. Chaque organisme est autonome et dispose pour agir, des pouvoirs que lui confère la loi. Les liens qu'ils établissent entre eux sont essentiellement incitatifs et basés sur la volonté de collaboration de chacun. Cela pose évidemment des problèmes de planification lorsqu'il s'agit de déterminer les axes de développement de la médecine préventive.

De plus, tout l'aspect extra médical de la prévention a été relégué en-dehors du système. Actuellement, ce sont les ministères de l'Environnement, de l'Agriculture et des Affaires municipales qui se préoccupent de la qualité de l'eau, de la sanitation, des maladies vétérinaires, de l'inspection, etc. Dans le système antérieur de santé publique, les aspects médicaux et extra médicaux de la prévention étaient intégrés. Cela facilitait certainement la communication et donnait une meilleure vue d'ensemble de la prévention. Dans nos structure actuelles, il serait plus juste de dire qu'on fait de la médecine communautaire (le terme englobant la médecine préventive) plutôt que de la santé communautaire.

Le prix à payer

BULL.: Pourtant, cette restructuration de l'organisation des soins de santé n'a-t-elle pas été mise sur pied afin de permettre une meilleure accessibilité du citoyen aux services de santé?

L.F.D.: C'est vrai. Mais on mélange tellement les choses qu'on finit par se demander ce qu'on fait. Sur le papier, tout est beau: vous avez un centre qui est proche de la population, qui donne des soins préventifs et curatifs de première ligne et qui prodigue des conseils sur les bienfaits que les gens peuvent retirer du système. Cela aurait sans doute été vrai dans la réalité si tout le reste avait été échafaudé à partir de cette base. Mais en fait, vous pouvez autant entrer dans le système par l'hôpital, par le médecin en clinique privée que par le C.L.S.C. L'organisation est devenue fort complexe. Il est possible que l'on se dirige vers une médecine pour les riches et une autre pour les pauvres. En voulant améliorer les choses, on a peut-être ajouté une cinquième roue au chariot. De plus, les perspectives ne sont guère encourageantes quand on regarde le prix qu'il faut payer.

BULL.: Il semble pourtant qu'on ait mis l'accent sur la prévention afin de réduire, à long terme, les coûts qu'engendre la maladie. Selon vous, cette économie serait-elle illusoire?

L.F.D.: Absolument. On peut sérieusement se demander ce qu'on fait actuellement en médecine préventive. Moi j'en suis, j'ai fait ça toute ma vie. Mais il faut quand même voir les choses comme elles sont. Tant qu'on peut faire de la prévention passive, qu'on immunise les gens contre les maladies, tout va très bien. Cependant, quand il s'agit de prévention active où la personne doit agir elle-même, les résistances deviennent plus fortes. Ainsi, il est bien établi que le tabac est cause de cancer de poumon mais après plusieurs années d'éducation populaire, seulement une faible proportion de la population a arrêté de fumer. Par ailleurs, nous ne disposons pas de moyens efficaces pour prévenir les maladies les plus importantes de l'heure, c'est-à-dire le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Il n'existe pas de preuve scientifique qui justifie d'adopter de nouvelles habitudes de vie ou de se lancer dans un programme de conditionnement physique. Tout ce que l'on peut prêcher c'est de ne pas faire d'excès. Vous connaissez le dicton ''in media stat virtus''. Il y a des coûts à payer pour la prévention, parce que nous modifions l'équilibre naturel de la population.

Une question d'écologie

BULL.: En fin de compte, la prévention a beaucoup de chemin à parcourir avant de songer à supplanter la médecine et à faire disparaître la nécessité de la thérapie?

L.F.D.: C'est certain. La prévention, tout comme la thérapie, a ses limites. On a aussi constaté que les gens deviennent plus réfractaires à la prévention quand la médecine peut leur proposer des moyens prophylactiques et thérapeutiques efficaces. C'est ce qui est d'ailleurs arrivé pour la tuberculose.

Alors que notre système de soins de santé est au bord de la faillite financière, il est peut-être temps de réviser certaines notions. La meilleure prévention c'est avant tout de permettre aux gens de travailler, de manger et de vivre convenablement. C'est une question d'écologie.

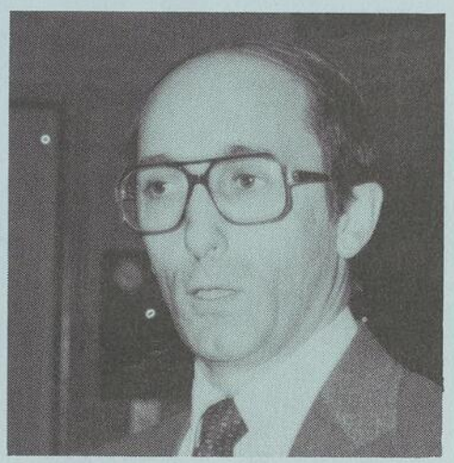
Le syndicalisme médical: un survol historique

Le 6 avril dernier, le Dr Raymond Robillard a été invité par les étudiants de l'Université McGill a brosser un survol historique du syndicalisme médical québécois. Témoin privilégié de l'émergence et du développement de ce mouvement, le Dr Robillard a replacé son évolution dans un contexte canadien et international. Il a également souligné que les médecins doivent se doter d'organismes qui leur permettront de prendre la parole pour tout ce qui les concerne.

Médecine à salaire ou médecine à l'acte?

Médecine à salaire ou médecine à l'acte? S'il y a dix ans, ces deux termes exprimaient presque une antinomie, aujourd'hui, ils ont évolué de telle sorte qu'ils comportent chacun leurs avantages et leurs désavantages sans qu'on puisse affirmer que les vertus de l'un soit plus ''vertueuses'' que celles de l'autre. Venus prononcer une conférence conjointe devant les étudiants en médecine de l'Université Laval, le 15 avril dernier, les docteurs Jean Rodrigue et André Godin, respectivement rémunérés ''à salaire'' et ''à l'acte'', ont précisé que ces deux modes de rémunération soutendent, en fait, des conceptions différentes de la pratique de la médecine. En instaurant le salariat, plus précisément les honoraires fixes, le gouvernement québécois a voulu promouvoir la prévention et favoriser une approche multidisciplinaire de la santé. Cette nouvelle conception de la pratique médicale devait apporter aux citoyens une qualité de médecine supérieure à celle qui avait été connue précédemment.

Dr Jean Rodrigue



Dr André Godin

Relations avec le patient

Si l'on compare les relations que le médecin salarié et le médecin à l'acte entretiennent avec leurs patients, le docteur Jean Rodrigue souligne que, dans un CLSC par exemple, le niveau de rémunération n'est pas fonction du nombre de patients reçus. En outre, l'établissement a tendance à considérer un patient comme le sien et le médecin est placé dans un contexte peu incitatif pour répondre aux besoins très réels de ceux qui réclament des soins personnalisés. En cabinet privé, d'autre part, la rémunération est proportionnelle au nombre de patients reçus. Dans les faits, ajoute le docteur Rodrigue, il y a autant de réponses à la qualité de la relation patient-médecin qu'il y a d'expériences en cours.

Codées, pas codées

Le grand critère de rémunération du médecin ''à l'acte'' est le code. Dans sa pratique quotidienne, il sera pourtant appelé à poser quantité de gestes médicaux qui n'ont pas été prévus par les codificateurs. Que dire encore, précise le docteur Godin, des consultations téléphoniques, de la formation médicale continue, de l'enseignement et des responsabilités administratives? La prévention non plus n'est pas codée. C'est pourquoi, elle semble être le lieu de prédilection de la médecine à salaire. Pourtant, souligne le docteur Rodrigue, Phil Latulipe a fait plus pour la prévention que les D.S.C. Selon lui, la formation médicale est axée sur la maladie et la prévention devrait être démédicalisée. Par ailleurs, le développement de champs d'activités préventives a favorisé l'éclosion d'autres professions de la santé dont l'efficacité pourrait être égale, sinon supérieure à celle des médecins dans ce domaine. Le docteur Rodrigue ajoute que la santé est un concept qui n'appartient pas à la médecine. C'est la population qui adopte un modèle et qui presse les professionnels de la santé d'y répondre.

À chacun son mode

Choisir d'être rémunéré ''à l'acte'' ou ''à salaire'' dépend, en fin de compte, de chaque médecin.

Convaincus que ces deux modes de rémunération et tout ce qu'ils impliquent, s'influencent mutuellement, les docteurs Rodrigue et Godin ont chacun été tentés par l'alternative qui s'offrait à eux. Ils résistent encore.

Le docteur Benoît Fortin, membre du conseil d'administration de l'AMLFC, a profité de l'occasion pour souligner aux étudiants que l'association était heureuse d'organiser des conférences à leur intention et de répondre à leurs demandes.

La gastro-entérologie à l'hôpital Charles LeMoyne

Gilles Grenier, m.d.

Le comité de perfectionnement et du milieu thérapeutique de l'hôpital Charles LeMoyne a organisé, conjointement avec l'Association des médecins de langue française du Canada, un colloque scientifique sur les perspectives nouvelles en gastro-entérologie, le 17 mars dernier à l'hôpital Charles LeMoyne.

À ce colloque, le docteur Gaétan Pilon, gastro-entérologue de l'hôpital Charles LeMoyne, a présenté, dans un premier temps, les maladies ulcéreuses gastro-duodénales. Différentes hypothèses étiologiques ont été discutées et une excellente revue du traitement actuel avec les nouveaux médicaments utilisés en recherche, a été présentée.

Par la suite, le docteur Pierre Leroux, gastro-entérologue de l'hôpital Charles LeMoyne, a parlé des maladies inflammatoires du grêle et du côlon en présentant une revue très extensive de la littérature sur les différentes modalités de traitement. Le docteur Pierre Lefort, gastro-entérologue au même hôpital, a entretenu l'auditoire des maladies diverticulaires en insistant sur le rôle des fibres dans l'alimentation.

Le docteur Pierre Morin, psychosomaticien à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et conférencier invité, a fait le sommaire des maladies psychosomatiques du tube digestif. Enfin, un vidéo sur l'échographie digestive fut présenté par les docteurs Gustave Roumy et Pierre Laflamme, tous deux radiologues à l'hôpital Charles LeMoyne. L'assistance nombreuse à cette journée scientifique est une note d'encouragement pour notre comité.

Prix de recherche 1982 offerts aux membres de l'AMLFC

Prix Powers aux étudiants, résidents et internes 400 $

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

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

Prix de la recherche fondamentale 500 $

Attribué au meilleur travail de recherche fondamentale publié en 1981.

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

Prix de L'Union Médicale du Canada 500 $

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

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

DATE LIMITE POUR PARTICIPER: le 1er AOÛT 1982

Voyage à Paris

pour les entretiens de Bichat

Le grand colloque des médecins de langue française, du 24 septembre au 3 octobre 1982. Avion plus hôtel à Paris, plus éventuellement auto en location pour une prolongation.

Voyage en Orient

à l'occasion du Congrès Mondial des Omnipraticiens Singapour 11 mai au 1er juin 1983

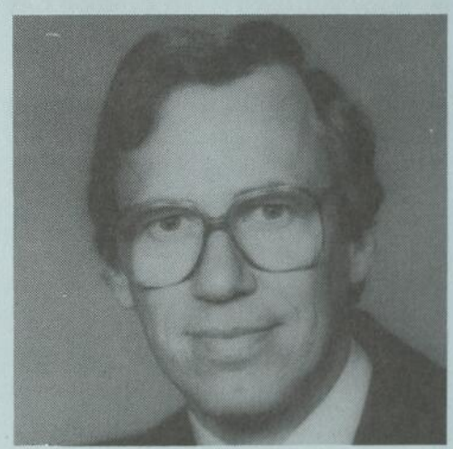
Japon — Bangkok — Singapour — Bali — Hong-Kong

Renseignements sur demande

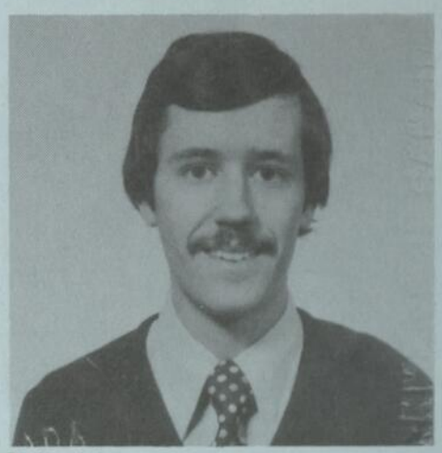
VOYAGES ANDRÉ MALAVOY
1255 Université, Suite 1220
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 3W9 Tél.: (514) 861-2485

L'AMLFC participe au congrès de Haïti

Le Dr Camille Thivierge s'adresse aux médecins haïtiens.



Dr Georges Delisle



Dr André Roussin

Afin de favoriser des échanges fructueux avec la médecine francophone, l'AMLFC a participé au XVIIIe congrès international des médecins de langue française de l'hémisphère américain qui se tenait à Haïti du 12 au 16 avril derniers. Elle y a délégué les docteurs Camille Thivierge de l'Hôpital Enfant-Jésus de Québec, Georges Delisle de l'Institut de cardiologie de Québec et André Roussin de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

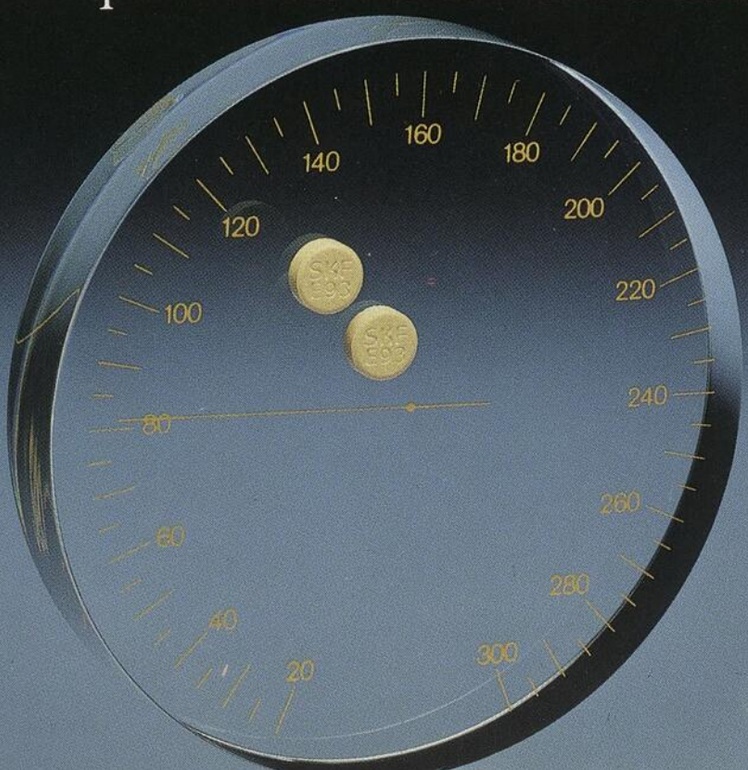
Agissant à titre de chef de délégation, le Dr Camille Thivierge, anesthésiste, a prononcé une conférence sur les principes de l'anesthésie en urgence chirurgicale. Il a souligné les nombreux problèmes auxquels est confronté l'anesthésiste-réanimateur qui doit évaluer rapidement l'état général du malade et corriger, si possible, les perturbations physiologiques engendrées par l'intervention en cours.

Pour sa part, le Dr Georges Delisle, cardiologue, a entretenu son auditoire sur les cardiopathies congénitales chez le nouveau-né. Après avoir précisé que jusqu'à 1% des enfants nés vivants sont porteurs d'une cardiopathie congénitale, le Dr Delisle en a défini les symptômes et les différentes formes. Malgré les progrès de la dernière décennie dans ce domaine, il a toutefois ajouté que, même dans les meilleures mains, une chirurgie palliative ou correctrice comporte des risques non négligeables.

Enfin, le Dr André Roussin, spécialiste en médecine interne, a traité des examens vasculaires non-invasifs de type Doppler. Selon lui, l'utilisation du vélocimètre à effet Doppler a permis de faire progresser l'évaluation des problèmes vasculaires tant sur les plans artériel que nerveux et cérébro-vasculaire.

QUAND L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE

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



Abaisse la tension artérielle—Conserve le potassium

Dyazide®

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

SK&F
une société SmithKline

Renseignements thérapeutiques page 551

Le médicament que nombre d'arthritiques attendaient.

BIBLIOTHÈQUE DU QUÉBEC
JUIL 5 1982

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

Geigy
Voltaren®

PAAB
CCPP
G-1092

Geigy
Mississauga, Ontario
L5N 2W5

Renseignements thérapeutiques page 529