



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



SPÉCIALISTE

Mot du président

Changer pour changer... ou pour améliorer ?

Actualités

Le RMA – Une question d'équité

Dans le monde médical

La neurofibromatose

Vol. 6 n° 1
Mars 2004

Magazine
de la
Fédération
des médecins
spécialistes
du Québec

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !

Votre médecin spécialiste





paisible

Vivez en paix au quotidien
avec l'assurance de groupe
auto, habitation et
entreprise de La Personnelle

Grâce à La Personnelle, l'assureur choisi par **Sogemec assurances** et la **Fédération des médecins spécialistes du Québec**, vous profitez d'économies importantes et d'avantages exclusifs : rabais individuels en plus des rabais de groupe, protections qui offrent plus que l'essentiel, et bien plus encore...

À vous de choisir...

Courez la chance de gagner
**500 \$ à dépenser chez
Canadian Tire !**

Pour plus de détails,
www.lapersonnelle.com/canadiantire

* À gagner : cinq cartes-cadeaux Canadian Tire de 100 \$ chacune.



Demandez une soumission au :

Montréal : (514) 350-8282 • Québec : (418) 835-4202

Autres régions : 1 866 350-8282

Pour plus d'information : www.sogemec.lapersonnelle.com





COMITÉ ÉDITORIAL

D^{re} Marie-Laure Brisson
D^r Richard Leblond
D^r Albert Plante
Dominique Drouin, directrice
Sophie Beaugard, rédactrice adjointe
et coordonnatrice à la réalisation

RÉVISION

Angèle Clément
Françoise Godbout

GRAPHISME ET IMPRESSION

Transcontinental Litho Acme

PUBLICITÉ

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

TIRAGE

10 000 exemplaires

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

1^{er} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

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

Tél. : (514) 350-5000
Télec. : (514) 350-5175
Site Web : www.fmsq.org
Courriel : communications@fmsq.org

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

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



Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.

PAGE COUVERTURE

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

SOMMAIRE

5 MOT DU PRÉSIDENT

· Changer pour changer... ou pour améliorer ?

6 ACTUALITÉS

· Les PEM-PREM 2004 : les règles de gestion

9

· Le RMA – Une question d'équité

10 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

· L'Office de développement professionnel aujourd'hui

12 DANS LE MONDE MÉDICAL

· La neurofibromatose

14 NOS FILIALES

· Sogemec Assurances : 25 ans d'expertise

15 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

· D^{re} Gloria Jeliu
Une pédiatre de combat

17 NOS RÉGIONS

· Notre pratique au Centre hospitalier régional de Rimouski : une décision de couple !

18 SAVIEZ-VOUS QUE ?

· De l'information précieuse pour nous !

19 NOS ASSOCIATIONS

· Prescrire des médicaments sans diagnostic ?

21 PUBLIREPORTAGE – IMS

· Le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention



22 A WORD FROM THE PRESIDENT

· Change for the Sake of Change ... or Change for the Better?



La Fédération des médecins spécialistes du Québec est fière d'être l'actionnaire majoritaire de Groupe Fonds des professionnels depuis plus de 25 ans.

demain.

notre approche

Gestion personnalisée et sur mesure
Stratégie de répartition d'actifs

nos conseils

Planification financière
Planification fiscale et successorale
Planification de la retraite
Gestion de la dette
Incorporation des professionnels

nos produits

REER / CRI / FERR / FRV
Régime d'épargne-études
Placements non enregistrés
Comptes personnel et d'entreprise

aujourd'hui.

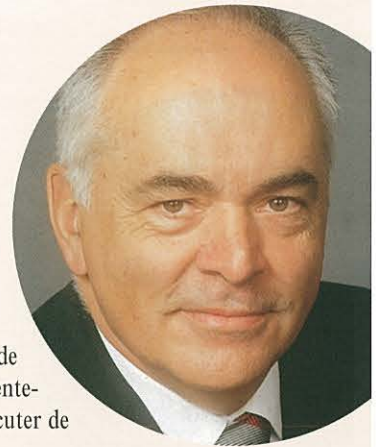
Fonds d'investissement . Gestion privée
Montréal . Québec . Sherbrooke . www.groupefdp.com

groupe fonds des
professionnels



MOT DU PRÉSIDENT

Dr Yves Dugré



Changer pour changer... ou pour améliorer ?

Il semble exister une belle tradition au Québec. Chaque titulaire du poste de ministre de la Santé et des Services sociaux annonce sa réforme du système de santé. Actuellement, nous n'y échappons pas; des transformations ont été annoncées par le projet de loi no 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, adopté en décembre dernier.

L'objectif avoué de ce projet est de réorganiser la première ligne. La transformation des régions régionales de la santé et des services sociaux en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a pour principal but de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des patients dans le réseau, un but qui ne peut être que louable. Cependant, pour que cette métamorphose ne soit pas uniquement cosmétique – les structures des régions demeurant inchangées dans leur nombre, dans leur composition et dans leur fonctionnement – la Fédération des médecins spécialistes du Québec s'assurera, lors des consultations à ce sujet, que l'accessibilité aux services soit améliorée et que les changements apportés ne soient pas uniquement exécutés dans un esprit de contrôle des coûts.

La médecine spécialisée est concernée par l'interface avec la première ligne, mais aussi et peut-être davantage par l'éventuelle implantation des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). La Fédération a déjà exprimé son appui à une meilleure hiérarchisation des services entre les centres hospitaliers locaux, les pôles de services régionaux, les centres universitaires et les RUIS. L'intégration des services afin d'éviter les doublons en période de pénurie d'effectifs est une priorité pour nous, comme en témoignent nos travaux sur les effectifs médicaux spécialisés. Les RUIS ne doivent cependant pas devenir une panacée à la pénurie d'effectifs dans certains établissements. D'une part, des ententes négociées avec les médecins et non seulement avec les établissements doivent appuyer le support que les milieux urbains offrent aux régions, mais d'autre part ces réseaux ne doivent pas nuire au recrutement nécessaire dans les régions intermédiaires et éloignées.

Un autre mandat des RUIS consiste à favoriser l'implantation de plans de pratique dans les milieux universitaires. Alors que les admissions en médecine augmentent, il y aurait pour environ 40 M \$ d'activités d'enseignement doctoral et postdoctoral non rémunérées. Il est évident que tout désir d'aller de l'avant avec la mise en place d'un plan de carrière demande un investissement dans l'enseignement, dans la recherche et dans les activités médico-administratives. Un comité du conseil d'administration de la Fédération s'applique actuellement à définir le cadre de négociation dans l'éventualité où le ministère

poursuivrait son intention d'instaurer de tels plans. Nous sommes d'ailleurs présentement en tournée dans les CHU afin de discuter de ce sujet avec les médecins spécialistes.

Une autre transformation de structures est annoncée par le projet de loi 38, *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*. À ce sujet, la Fédération est d'avis que le commissaire doit relever de l'Assemblée nationale afin qu'il préserve le plus d'indépendance politique possible et pour tenter de sortir la politique de la santé. Ce projet de loi abolit le Conseil médical du Québec, cette tribune où siègent majoritairement des médecins et qui avait été obtenue après d'importantes luttes dans la foulée de contestation de la loi 120. Le mémoire que nous soumettrons en commission parlementaire fera certainement état de notre opposition face à cette perte d'influence des médecins au sein d'organismes qui conseillent directement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, un mot sur la malheureuse histoire de la chirurgienne D^{re} Maria Di Lorenzo et l'importante crise médiatique que le rappel des patients qu'elle a opérés entre 1991 et 2003 à l'Hôpital Sainte-Justine a soulevée. En tant que médecins spécialistes et en tant qu'individus, nous avons tous été secoués par cette nouvelle. Cet événement nous rappelle que nos collègues chirurgiens, entre autres, sont beaucoup plus à risque que leurs patients dans ce type de contamination et que la dénonciation à outrance des médecins infectés n'est pas la solution. Nous entendons participer aux travaux du Collège des médecins afin de nous doter de règles claires et éthiquement compatibles avec les droits des patients, les droits des médecins et ceux des autres travailleurs de la santé. Les infections transmissibles par les liquides séreux et sanguins font partie du dossier de la gestion de risque en milieu hospitalier et c'est l'un des dossiers ciblés par le conseil d'administration pour l'amélioration des conditions d'exercice, tel que stipulé dans la *Lettre d'entente 143*.

Comme vous pouvez le constater, plusieurs travaux sont en branle et votre Fédération est présente sur tous les chantiers. Pour prendre connaissance de nos mémoires présentés aux différentes commissions parlementaires, visitez régulièrement notre site internet [www.fmsq.org].

Rendez-vous en juin ! ☒

Yves Dugré



PEM-PREM 2004: les règles de gestion

Le comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés (COGEMS) est parvenu à un consensus après s'être inspiré des travaux des 34 comités techniques en spécialité. Ces derniers ont permis au COGEMS de proposer des pistes de solution pour l'amélioration de l'organisation des services médicaux spécialisés, d'analyser les demandes prioritaires par spécialité et d'évaluer l'impact des plans et des pistes de solution avancées sur l'accessibilité des soins à la population.

Afin de s'assurer des résultats à venir, les partenaires ont confié au comité de coordination du COGEMS le suivi mensuel des plans d'effectifs médicaux et des plans régionaux d'effectifs médicaux (PEM-PREM) 2004 et l'analyse de toutes les demandes de dérogation à recommander à la Direction générale des affaires médicales et universitaires (DGAMU) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à qui revient la décision finale. Afin de remplir son mandat objectivement et de façon transparente, le comité de coordination s'est doté de règles de gestion générales et spécifiques qui réunissent l'ensemble des éléments de ce dossier.

Règles de gestion

Règles générales

- ☒ Un médecin est comptabilisé au PEM d'un établissement lorsqu'il détient un avis de conformité. Celui-ci est comptabilisé au PEM d'un seul établissement, soit celui où il effectue la majorité de sa pratique clinique. Toutefois, il peut, dans l'actualisation d'une entente de service, exercer majoritairement dans un établissement parrainé, mais être comptabilisé dans l'établissement parrainé. Ce médecin occupe alors un poste réseau dans l'établissement parrainé.
- ☒ Les postes disponibles dans le réseau de la santé au Québec sont comblés par les médecins diplômés au Québec et ayant suivi une formation post-doctorale au Québec. L'attribution d'un poste à un médecin détenteur d'un permis restrictif (y compris à un médecin sélectionné) est possible s'il n'y a pas de médecins diplômés au Québec disponibles pour le combler.

Règles spécifiques

1. Formation complémentaire

- ☒ Pour être reconnue, une formation complémentaire doit s'inscrire dans la politique des besoins déterminés par les plans d'organisation universitaire et avoir une durée minimale d'un an.
- ☒ Tout médecin qui poursuit une formation complémentaire doit détenir un avis favorable de l'université, un avis de nomination d'un établissement hospitalier et un avis de conformité de l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) concernée avant le début de cette formation, et ce, en respect du PEM de l'établissement.
- ☒ Le médecin qui complète une formation complémentaire sans détenir un avis de nomination et un avis de conformité n'a aucune garantie quant à l'obtention d'un poste en région universitaire.

- ☒ Les médecins qui sont désignés pour effectuer une formation complémentaire sont inscrits au PEM de l'établissement où ils doivent pratiquer à leur retour, dès l'émission de l'avis de conformité.
- ☒ Une liste des candidats doit être maintenue à jour et être transmise trimestriellement par les facultés de médecine aux ADRLSSSS concernées, au MSSS et à la FMSQ.
- ☒ Les médecins pratiquant en régions non universitaires peuvent bénéficier d'une formation complémentaire pour répondre aux besoins des populations régionales. Celle-ci peut être d'une durée inférieure à douze mois.
- ☒ Une liste officielle des centres hospitaliers dans lesquels un *fellow* est nécessaire par spécialité sera annexée.
- ☒ Par anticipation de l'attrition prévisible dans les régions universitaires et compte tenu du temps requis par les résidents pour organiser leur formation complémentaire, des occasions de formation seront proposées à la cohorte 2004 des résidents en fin de formation.

2. Permis restrictifs

- ☒ Tout diplômé M.D. d'une université située hors Québec n'ayant pas le statut d'immigrant reçu et qui désire obtenir un permis restrictif pour exercer la médecine au Québec doit s'adresser à Recrutement santé Québec, qui planifie et coordonne le recrutement de médecins sous permis restrictifs afin de soutenir les régions connaissant d'importantes pénuries d'effectifs. Pour plus de précisions, les intéressés peuvent consulter le guide d'information produit par le MSSS.
- ☒ Tout médecin détenteur d'un permis restrictif est comptabilisé au PEM de l'établissement qui le recrute; il est assujéti aux règles prévues pour l'octroi de privilèges et doit être recruté dans le respect des PEM approuvés.

3. Médecins sélectionnés

- ☒ Un médecin sélectionné est défini comme un médecin détenteur d'un diplôme M.D. délivré par une université située à l'extérieur du Canada et des États-Unis et dont l'exercice au Québec ne peut se faire que sous permis restrictif. Il est recruté par une université pour combler des besoins exceptionnels dans les domaines de l'enseignement et de la recherche dans un centre hospitalier universitaire ou affilié et un institut universitaire, dans le respect de la politique triennale 2004-2006. Une description des responsabilités pour lesquelles il a été recruté doit accompagner la demande.
- ☒ La liste des professeurs sélectionnés, ainsi que les informations nécessaires à l'évaluation de leur niveau de participation aux activités cliniques, académiques, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies devront être transmises au ministère de l'Éducation (MEQ) et au MSSS.
- ☒ Les universités et la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ) devront mettre à la disposition du MSSS toutes les informations pertinentes à l'évaluation périodique du niveau de participation des médecins sélectionnés aux activités mentionnées dans le paragraphe précédent.
- ☒ Tout médecin sélectionné est comptabilisé au PEM de l'établissement qui le recrute; il est assujéti aux règles prévues pour l'octroi de privilèges et doit être recruté dans le respect des PEM approuvés.



4. Avis de nomination et avis de conformité

- ☒ Un établissement hospitalier ne peut accorder de nomination à un médecin au-delà de son PEM.
- ☒ Le conseil d'administration d'un établissement hospitalier doit, avant d'accepter la demande de nomination d'un médecin, obtenir l'approbation de l'ADRLSSSS.
- ☒ Tel que mentionné dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le conseil d'administration d'un établissement doit, dans les meilleurs délais ou au plus tard dans les 90 jours de la réception d'une demande de privilèges, transmettre au médecin une décision écrite. Tout refus doit être motivé par écrit. Le médecin doit confirmer sa décision dans les 60 jours de la date de notification.
- ☒ Tout avis de conformité relatif à la nomination d'un médecin dans un établissement doit être transmis à la DGAMU du MSSS et en copie conforme à la FMSQ et au médecin concerné.
- ☒ L'avis de conformité peut être émis par anticipation du départ d'un médecin qui a signifié, par écrit, son intention de cesser d'exercer dans le centre hospitalier concerné.

5. Année sabbatique et congé de service

- ☒ Tout médecin à qui on a accordé une année sabbatique peut, trois mois avant la fin de celle-ci, demander un congé de service pour une période pouvant aller jusqu'à douze mois supplémentaires. Trois mois avant la fin de ladite période, le médecin doit signifier à l'établissement s'il revient ou non exercer au sein de cet établissement.
- ☒ Un médecin qui demande une année sabbatique ou un congé de service conserve sa place dans le PEM de l'établissement et peut être remplacé temporairement pour la durée de son absence.

6. Privilèges temporaires

- ☒ Lorsqu'une nomination d'un médecin ne vise qu'à remplacer un médecin déjà titulaire d'une nomination, mais qui doit s'absenter ou qui est empêché temporairement, la demande de nomination présentée à cette fin n'est pas assujettie aux dispositions relatives à l'état du PEM de l'établissement, tel que mentionné dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La nomination qui résulte d'une telle demande ne peut valoir que pour la durée de l'absence ou de l'empêchement du médecin concerné et ne peut faire l'objet d'aucune demande de renouvellement.
- ☒ L'octroi de privilèges temporaires ne peut en aucun cas remplacer l'avis de conformité.
- ☒ En cas d'urgence, un médecin peut se voir accorder temporairement l'autorisation d'exercer dans un centre hospitalier. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois mois et ne peut être renouvelée.

7. Retour de région

- ☒ Après trois ans de pratique continue en région éloignée ou isolée, un médecin ne peut se voir refuser l'entrée dans une autre région sous prétexte que le PEM ou les PEM des établissements sont comblés.
- ☒ Tout médecin de retour de région qui désire obtenir une nomination dans un centre hospitalier universitaire doit répondre aux exigences de formation et recevoir l'accord de la faculté de médecine.

- ☒ Le médecin de retour de région doit combler en priorité les postes disponibles aux PEM des établissements. L'ADRLSSSS de la région choisie par le médecin l'informe des places disponibles dans les établissements.
- ☒ Si les PEM de tous les établissements de la région sont complets dans la discipline concernée, l'ADRLSSSS transmet au candidat une liste de cinq établissements déterminés selon les priorités ministérielles. Elle accorde, si nécessaire, une autorisation de dépassement provisoire à un établissement dont le PEM est complet et qui accepte de nommer le médecin. Le dépassement provisoire au PEM d'un établissement est résolu par le non-remplacement du prochain départ d'un médecin de l'établissement.

8. Fonction à vocation nationale

- ☒ Un médecin qui cesse de pratiquer ou qui réduit considérablement sa pratique pour occuper à temps plein des fonctions administratives au sein d'un organisme reconnu dans le domaine de la santé (ex.: doyen dans une faculté de médecine) est nommé, à son retour en pratique, même en surplus du PEM de l'établissement hospitalier où il pratiquait.

9. Processus de dérogation

- ☒ Une demande de dérogation est une mesure d'exception et n'a pas pour effet de modifier le PEM autorisé de l'établissement.
- ☒ Toute demande de dérogation à un PEM doit être transmise par l'établissement à son ADRLSSSS qui la soumet au directeur général de la DGAMU.
- ☒ La demande de dérogation fait l'objet d'une analyse au comité de coordination du COGEMS, qui se réunit mensuellement et qui transmet sa recommandation à la DGAMU du MSSS à qui revient la décision finale.

10. Omnipraticien

- ☒ Tout omnipraticien qui a une pratique exclusive dans une spécialité est reconnu au PEM de l'établissement hospitalier où il pratique dans ladite spécialité. Advenant le départ de celui-ci, l'établissement recrute un médecin spécialiste pour combler son PEM.

11. Médecin spécialiste pratiquant dans une spécialité autre que la sienne

- ☒ Tout médecin spécialiste qui a une pratique exclusive dans l'une ou l'autre des *sur* ou *sous* spécialités de la médecine est comptabilisé au PEM de l'établissement où il pratique dans ce champ d'expertise, sous réserve d'approbation par le MSSS.
- ☒ Tout médecin spécialiste qui a une pratique exclusive et à temps plein en soins intensifs, en soins palliatifs ou en assistance opératoire n'est pas comptabilisé au PEM de l'établissement dans sa spécialité. Une liste de ces médecins devra être mise à jour trimestriellement.

12. Mise à jour continue

- ☒ Toute modification qui affecte le PEM d'un établissement hospitalier ou le statut d'un médecin doit être signifiée par cet établissement à la DGAMU du MSSS, à l'ADRLSSSS et à la FMSQ.

Pour le mieux-être de la population, notre engagement

Afin d'accomplir une œuvre réaliste qui se prolongera dans le temps malgré la période actuelle de pénurie, nous avons choisi ce plan d'action pour installer des médecins spécialistes dans un réseau fonctionnel intégré de services médicaux de qualité où les médecins spécialistes, tout en étant responsables, protégeront la relation patient-médecin pour démontrer l'importance du patient satisfait, défendront l'autonomie professionnelle, chercheront la performance des moyens optimaux, valoriseront le travail d'équipe et maintiendront des standards élevés dans le choix d'une carrière médicale. ☒

« J'ai besoin *stat* de 11 Mbit/s de données sur ce patient. »

Les hôpitaux canadiens comptent sur Bell pour acheminer instantanément de l'information capitale au lieu de traitement. Notre solide expertise nous permet de développer et d'offrir des solutions LAN sans fil sécuritaires et entièrement intégrées. Ainsi, les interventions peuvent être effectuées plus rapidement, plus efficacement et, surtout, avec de meilleurs résultats pour les patients. Pour plus d'information, écrivez à info.solutions@bell.ca ou visitez www.entreprise.bell.ca


Bell
Et bien simple.™



Le RMA – Une question d'équité

R - M - A : ces trois lettres à elles seules suffisent à faire trembler. Et pourtant, si nous voulons démontrer que la Fédération est capable de corriger les disparités tarifaires injustifiées, l'exercice RMA s'avère essentiel.

«RMA» pour «Revenu moyen ajusté» et «RMB» pour «Revenu moyen brut» sont deux réalités bien distinctes : l'une basée sur des données brutes (RMB) et l'autre, sur une recherche d'équité (RMA). Nous savons tous que nos revenus sont différents de ceux de nos confrères, qu'ils exercent la même spécialité ou non. Ces différences sont-elles défendables ?

Un rappel historique

Pour ceux et celles qui pratiquent depuis moins de 15 ans, sachez qu'avant 1993, le mécanisme réglant l'augmentation accordée à chaque spécialité (à partir de l'augmentation générale négociée avec le gouvernement) manquait de transparence aux yeux des associations constituantes. Elle se traduisait par un «objectif de revenu», sans égard à la productivité et au nombre d'actes médicaux. Cette méthode de distribution de l'enveloppe entre les associations a accentué les écarts devenus aujourd'hui historiques. Elle a également entraîné une dépréciation de la valeur de l'acte, c'est-à-dire une baisse générale des tarifs aux dépens de la qualité de vie (rythme, heures travaillées, etc.) des médecins spécialistes. De profonds mécontentements ont aussi été exprimés au sein de la Fédération, chacune des associations considérant ne pas être payée à sa juste valeur, d'autant plus que pendant ce temps, nous avons vu les tarifs poursuivre leur ascension ailleurs au pays, créant l'écart actuel de rémunération que nous connaissons.

L'institution du RMA

Il fallait donc nous donner un outil pour tenter de déterminer des augmentations qui soient justes et équitables – et cet outil s'appelle le RMA. Fondamentalement, il s'agit de comparer les revenus générés par les médecins d'une même spécialité à ceux des autres, mais en n'incluant que les revenus de jour (excluant les revenus gagnés à l'urgence). De ces revenus, nous soustrayons des dépenses d'opération réalistes, qui diffèrent selon que l'on a beaucoup ou peu d'actes, ainsi que les dépenses générées par la pratique en cabinet. Seulement alors, nous obtenons une base de comparaison convenable entre les

différentes spécialités. Il y aura donc 34 revenus moyens correspondant à 34 associations... et autant d'écarts!

Comment comparer les incomparables ?

Ces écarts sont-ils justifiés ? Là est la question. Même si nous avons tous l'impression que nous travaillons davantage que les autres, il y en a pour qui cette impression est plus marquée. Mais est-elle justifiée ?

Il a fallu inventer un mécanisme de comparaison de la lourdeur de la tâche afin de pouvoir accepter ou refuser les écarts de revenus. Lors des discussions à ce propos, de nombreux arguments ont été invoqués par les associations pour justifier leur point de vue : certains étaient basés sur un argumentaire solide, d'autres étaient plus farfelus : «Ma voiture est toujours la dernière à partir du stationnement des médecins», «Les tapis de mon bureau s'usent très vite tellement il y a de monde à voir» ! etc. Ces plaisanteries dénotent tout de même la difficulté de la tâche, car qu'on le veuille ou non, il y aura toujours des éléments de subjectivité pour affecter notre jugement.

Le RMA 2004

Pour le prochain exercice RMA, l'outil sera remanié en profondeur quant à l'évaluation de la lourdeur de la tâche. Par contre, il ne faudra pas oublier, au moment de la répartition, les critères de parité pancanadienne que nous avons défendus et que nous défendons encore. Il faudra mettre en valeur ces éléments de parité et les éléments d'équité du RMA, même si nous savons que parfois ils seront contradictoires. Nous espérons mener à bien cette tâche et terminer l'exercice 2004 avec une répartition que l'on qualifiera d'«équitable» entre les associations.

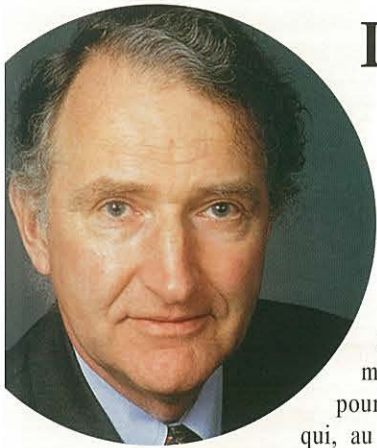
Au fil des ans, de 1993 à aujourd'hui, quatre exercices de RMA ont été effectués et chaque fois, l'outil a été modifié pour mieux coller à la réalité du moment. À la fin de chaque exercice, l'outil a permis de déterminer si certains écarts de revenus étaient équitables ou si, dans certains cas, des correctifs devaient être apportés. Chaque fois, les délégués ont convenu d'une répartition stratifiée de l'augmentation tarifaire entre les diverses associations pour compenser les écarts injustifiés. ☐



Dr Gilles Hudon

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

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



L'Office de développement professionnel aujourd'hui

L'Office de développement professionnel de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a été constitué en 1974, soit la même année que le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CÉMCQ), pour satisfaire à notre *Code de déontologie* qui, au Québec, a force de loi et stipule que :

«Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles. À cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés¹.» Il répond aussi au *Code des professions du Québec* qui stipule que le Bureau d'un ordre professionnel peut «déterminer les activités de formation continue [...] que les membres de l'ordre [...] doivent suivre [...]»², le Collège des médecins du Québec (CMQ) demandant aux associations professionnelles de s'acquitter de cette tâche. Enfin, il a été mis sur pied en conformité avec la mission de la Fédération, qui est de défendre les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres.

Place du développement professionnel à la FMSQ

La Fédération est un organisme de représentation auprès du gouvernement. Plus notre compétence sera reconnue, meilleurs seront nos appuis pour faire valoir nos intérêts. Ainsi, la vocation initiale de l'Office de «[...] favoriser le maintien et le développement de la compétence des médecins spécialistes³» est demeurée inchangée au fil des ans et s'inscrit dans la foulée de la mission de la FMSQ.

Le développement professionnel fait partie intégrante de la vie de la Fédération et de ses associations affiliées. En plus de correspondre à la mission de la FMSQ, on le retrouve dans sa vision et dans ses buts. La dernière visite d'agrément en 2000 a donné à la Fédération l'occasion de revoir la mission, le cadre et les ressources de l'Office de développement professionnel, contenus dans les cinq articles alors adoptés par le conseil d'administration et que nous vous présentons ci-dessous.

Quels rôles joue l'Office de développement professionnel?

L'Office a un rôle de promoteur et de soutien. Il s'assure que les activités éducatives organisées par les associations affiliées répondent aux critères de qualité et aux règles d'éthique des organismes accréditeurs, c'est-à-dire le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et le Collège des médecins du Québec. Il coordonne, auprès des bureaux de formation professionnelle des quatre universités québécoises, les demandes de crédits acheminées par les associations ou autres organismes qu'elles parrainent afin que ces activités collectives soient reconnues aux fins du *Programme de maintien du certificat* du CRMCC.

L'Office organise aussi des sessions de formation pour les formateurs. Maintenant offertes gratuitement à tous les médecins spécialistes intéressés à organiser des activités de formation, elles étaient auparavant réservées aux responsables d'éducation médicale continue (ÉMC) de chacune des 34 associations. Dorénavant, elles seront annoncées par l'envoi d'un courriel personnalisé à chacun des médecins spécialistes dont la FMSQ possède l'adresse électronique (voir article p. 18). De la même manière, seront bientôt offerts des ateliers sur l'apprentissage autogéré, très à la mode dans le milieu d'éducation aux adultes et dans l'esprit du *Programme de maintien du certificat* du CRMCC.

Encadré 1

Conseil de développement professionnel de la FMSQ

Allergie	Martin BLAQUIÈRE, M.D.
Anesthésiologie	Pierre DROLET, M.D.
Biochimie	Peter CERNACEK, M.D.
Cardiologie	Richard HARVEY, M.D.
CCVT	Michel PELLERIN, M.D.
Chirurgie générale	Pierre DUBÉ, M.D.
Chirurgie plastique	Éric BENSIMON, M.D.
Dermatologie	Yves POULIN, M.D.
Endocrinologie	Sandra BABIN, M.D.
Gastro-entérologie	Guy AUMAIS, M.D.
Génétique	Jacques MICHAUD, M.D.
Gériatrie	Guy LACOMBE, M.D.
Hématologie-oncologie	Lambert BUSQUE, M.D.
Médecine interne	Julie HÉROUX, M.D.
Médecine nucléaire	Michel LEBLANC, M.D.
Microbiologie infectiologie	Monique GOYETTE, M.D.
Néphrologie	Sylvain BRUNET, M.D.
Neurochirurgie	Line JACQUES, M.D.
Neurologie	Mario DUCHARME, M.D.
Obstétrique-gynécologie	André FORTIER, M.D.
Ophthalmologie	Alain ROUSSEAU, M.D.
ORL	Anthony ZEITOUNI, M.D.
Orthopédie	François MARQUIS, M.D.
Pathologie	Van Hung NGUYEN, M.D.
Pédiatrie	Jacques SIMARD, M.D.
Physiatrie	Marc FILIATRAULT, M.D.
Pneumologie	Michel ROULEAU, M.D.
Psychiatrie	Anne-Marie BOUCHARD, M.D.
Radiologie	François GUILBERT, M.D.
Radio-oncologie	Marie DUCLOS, M.D.
Rhumatologie	Carol Ann YEADON, M.D.
Santé communautaire	Yv BONNIER-VIGER, M.D.
Urologie	Simon TANGUAY, M.D.

Pour aider les responsables d'ÉMC à remplir leur rôle, l'Office fait la promotion d'outils d'enseignement déjà existants, tels le *Vade-Mecum en éducation médicale continue* du Conseil de l'ÉMC du Québec, et a également développé des outils particuliers, comme les formulaires de critères d'éthique et de qualité, de déclaration de conflits d'intérêts potentiels, d'évaluation d'activités pédagogiques, de calcul des dépenses associatives, directes et indirectes. L'Office dresse et affiche sur le site internet de la FMSQ [<http://www.fmsq.org/fmsq/devprof/devprof.html>] l'information ayant trait au développement professionnel : une



bibliographie des articles classiques en EMC, une liste de sites pour les assistants numériques personnels (*Palm*), une liste des congrès, colloques, mises à jour, symposiums ou autres activités organisées par les associations affiliées. Il coordonne aussi les visites quinquennales d'agrément du CMQ et prépare les associations en conséquence. Le CMQ nous a d'ailleurs récemment prévenus que la sixième visite d'agrément en EMC des associations affiliées est prévue pour février 2006.

En collaboration avec le service des Technologies de l'information, la Fédération a également développé et mis gratuitement à la disposition des associations affiliées un logiciel de gestion des événements qui simplifie grandement le travail d'organisation des activités éducatives, tout en réduisant les coûts.

Mission, cadre et ressources de l'Office de développement professionnel

Article 1 : Objectifs, buts, fonctions et population cible

1.1 Mission

Favoriser le maintien de la compétence et le développement professionnel des médecins spécialistes membres des associations professionnelles affiliées à la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

1.2 Objectif général

Contribuer au développement de la qualité de la formation médicale continue (FMC) et des conditions qui la facilitent.

1.3 Objectifs spécifiques

OFFICE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- Représenter la FMSQ en matière de développement professionnel;
- Se tenir à jour dans les développements en FMC et en informer systématiquement les associations;
- Assurer la formation des formateurs;
- Appuyer les formateurs, lorsque sollicité, pour l'organisation d'événements :
 - définition des besoins;
 - définition des objectifs;
 - programmation et promotion;
 - support technique;
 - évaluation.

CONSEIL DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- Tenir des événements thématiques;
- Partager l'expérience relative à la FMC;
- Aider à documenter la qualité de la FMC.

Article 2 : Le Conseil de développement professionnel

Le Conseil de développement professionnel regroupe les représentants des 34 associations affiliées (voir encadré 1). Chaque association y délègue son responsable de formation médicale continue (ou son substitut). Le Conseil relève de l'Office de développement professionnel dont le directeur en préside les destinées et les assemblées générales. Le directeur de l'Office fait rapport aux instances de la FMSQ.

Ainsi, deux fois par an, les membres du conseil se réunissent pour adopter les grandes orientations en matière de développement professionnel à la FMSQ. Ces réunions sont une sorte de forum permettant

aux responsables d'EMC des associations affiliées d'échanger sur leurs expériences relatives à la formation médicale continue et d'exprimer leurs besoins et leurs attentes face à la Fédération.

Article 3 : Le comité d'organisation et d'orientation

Le Comité d'organisation et d'orientation conseille l'Office de développement professionnel et son directeur quant à la planification des activités et à la formation des formateurs.

Sa composition : voir encadré 2.

Le mandat des membres du Comité est de deux ans et est renouvelable.

Article 4 : Ressources – financement

[...] Le directeur de l'Office de développement professionnel veille à assurer les coûts afférents à la formation médicale continue à même un budget qui lui est consenti annuellement par le conseil d'administration de la FMSQ et autres partenaires éventuels.

Article 5 : Comité d'EMC de l'association

Chacune des associations affiliées à la FMSQ doit avoir un Comité responsable d'EMC. Il serait souhaitable que le président de ce comité siège au conseil d'administration de son association.

Le directeur de l'Office représente la Fédération en matière de formation médicale continue : il siège à deux des comités du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, à savoir au Comité de développement professionnel et au Comité des standards; il siège également au Conseil de l'éducation médicale continue du Québec, dont il assume actuellement la présidence pour un mandat de deux ans.

Encadré 2

Comité d'orientation et d'organisation de la FMSQ

Directeur de l'Office de développement professionnel de la FMSQ et président	Gilles Hudon, M.D.
Le responsable de chacun des centres d'EMC des quatre universités québécoises	Michel Rouleau, M.D. (Université Laval) Michael Rosengarten, M.D. (Université McGill) Robert Thivierge, M.D. (Université de Montréal) Marianne Xhignesse, M.D. (Université de Sherbrooke)
Un représentant du Collège des médecins du Québec	André Jacques, M.D. François Goulet, M.D. (substitut)
Un représentant du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	Jean-Victor Patenaude, M.D.
Deux délégués du Conseil de développement professionnel	Pierre Drolet, M.D. Michel Rouleau, M.D. Maryse Guay, M.D. (substitut)
Deux membres des associations affiliées avec compétence reconnue en andragogie, FMC ou autre	Marie-Josée Dupuis, M.D. Céline Desjardins, M.D.
Un représentant de l'industrie pharmaceutique	Céline Monette, B.Sc.
Une personne-ressource	selon les besoins, sans droit de vote

¹ Québec. Code de déontologie des médecins, c. M-9, r.4.1, article 44. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2002.

² Québec. Code des professions : LRQ. c.C-26, article 94. Québec : Éditeur officiel du Québec. Article 94.

³ Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mission en regard de l'organisation de la formation médicale continue de la FMSQ : résolution CA-95-18-04, article 1.1. Montréal : FMSQ; 11 octobre 1995.



DANS LE

Dr Guy Rouleau, Ph. D., neurologue-généticien

MONDE MÉDICAL

Dr^e Marie-France Rioux, neurologue
fellow en neurogénétique
CUSM - Hôpital général de Montréal



La neurofibromatose

La neurofibromatose type 1 (NF1), ou maladie de von Recklinghausen, est une maladie génétique commune ayant une incidence estimée de 1 sur 3000 naissances vivantes et une prévalence de 1 sur 4000¹.

Il s'agit d'une maladie à transmission autosomique dominante avec une expression extrêmement variable et une pénétrance complète. Environ 50% des cas sont sporadiques, résultant de mutations spontanées. Le gène impliqué dans la neurofibromatose type 1 est situé sur le bras long du chromosome 17 (17q11.2). Ce gène code pour une protéine nommée la «neurofibromine». Le gène de NF1 est, selon l'hypothèse la plus probable, un gène de suppression tumorale. Plus de 100 mutations dans le gène de NF1 ont été identifiées, la majorité résultant en une protéine (neurofibromine) tronquée et non fonctionnelle¹. Comme les mutations sont très variables d'une famille à une autre et qu'il n'y a pas de mutation reconnue comme plus fréquente dans la population, le diagnostic repose toujours sur les caractéristiques cliniques.

Le diagnostic clinique

Les critères diagnostiques élaborés en 1987 par l'Institut national de la santé (NIH) demeurent encore aujourd'hui les principaux outils de référence pour le diagnostic clinique de NF1².

On peut donc poser un diagnostic de NF1 chez un patient présentant 2 ou plus des caractéristiques cliniques suivantes :

- 1) présence de 6 ou plus taches café-au-lait de > 5mm de diamètre chez les patients prépubères et de >15mm chez les patients postpubères;
- 2) 2 ou plus neurofibromes peu importe le type ou 1 neurofibrome plexiforme;
- 3) «freckling» dans les régions axillaires ou inguinales;
- 4) gliome optique;
- 5) 2 ou plus nodules de Lisch (hamartome de l'iris);
- 6) 1 lésion osseuse distinctive telle qu'une dysplasie sphénoïde ou un amincissement du cortex des os longs avec ou sans pseudarthrose;
- 7) 1 membre de la famille de 1^{er} degré (parents, fratrie, enfants) ayant un diagnostic clinique confirmé de NF1.

Ces critères sont très sensibles et très spécifiques chez les adultes avec NF1. En effet, certaines caractéristiques de NF1 augmentent en fréquence avec l'âge.

Les taches café-au-lait

Le critère le plus fréquent avant l'âge de 1 an est la présence de taches café-au-lait multiples. On les retrouve chez plus de 95% des patients avec NF1.

Le « freckling » axillaire

Le « freckling » axillaire se développe chez 90% des patients avec NF1. Cette manifestation cutanée est peu évidente pendant l'enfance, mais s'intensifie avec l'âge et plus particulièrement après la puberté.

Les neurofibromes

Les neurofibromes peuvent être classés selon 4 types :

- 1) les neurofibromes cutanés discrets dans le derme ou l'épiderme et souvent mous à la palpation;
- 2) les neurofibromes sous-cutanés survenant le long des nerfs périphériques sous la peau et fermes à la palpation;
- 3) les neurofibromes nodulaires profonds, dont la plupart sont asymptomatiques, mais pouvant être un facteur significatif de morbidité et de mortalité s'ils sont situés près d'organes vitaux;
- 4) les neurofibromes plexiformes qui infiltrent de façon diffuse les tissus³.

Les neurofibromes plexiformes se situent au niveau du tronc (44%), d'une extrémité (38%) ou du visage (18%). Ils peuvent devenir très significatifs du point de vue esthétique et, dépendant de la localisation, peuvent comprimer des structures vitales. Ils se développent le plus souvent avant l'adolescence (44% avant 5 ans, 18% après 20 ans)⁴.

Les neurofibromes sont des tumeurs bénignes. Il existe toutefois un risque de 2 à 7% de transformation en tumeurs malignes des feuillets nerveux (ex. : neurofibrosarcome) ayant un potentiel élevé de récurrence locale et de métastases⁴. La transformation maligne se produit le plus souvent au sein d'un neurofibrome plexiforme et sa manifestation clinique la plus suggestive est la présence de douleur. Un autre signe est l'augmentation rapide de la taille d'un neurofibrome. Cette complication survient chez les adolescents et les adultes (âge moyen de 26 ans)⁵.

Les nodules de Lisch

Les nodules de Lisch sont retrouvés chez presque tous les individus atteints de NF1 après l'âge de 21 ans. Ils n'ont aucune conséquence fonctionnelle.

Le gliome optique

Le gliome optique se développe généralement chez les enfants, même très jeunes, et demeure très rare après l'adolescence. Son incidence est plus grande chez les femmes que chez les hommes (2 : 1). Il s'agit d'une tumeur bénigne dont les principaux symptômes sont la proptose et la puberté précoce résultant d'une compression de l'hypothalamus par la tumeur. La diminution de l'acuité visuelle est cependant le premier signe manifeste à l'examen physique bien que l'enfant s'en plaigne rarement¹.

Les autres manifestations cliniques

Les néoplasies

La neurofibromatose est caractérisée par une augmentation de la susceptibilité des patients atteints à développer des tumeurs, bénignes ou malignes. Outre les néoplasies déjà mentionnées, d'autres tumeurs peuvent être retrouvées plus fréquemment chez les patients atteints de NF1 telles que :

- les tumeurs intracrâniennes (astrocytome, épendymome, méningiome);
- le phéochromocytome;
- la leucémie myéloïde chronique juvénile.

Les vasculopathies

L'atteinte vasculaire chez les patients avec NF1 est la plupart du temps asymptomatique. Cependant, elle doit être reconnue, car elle contribue à augmenter le risque de mortalité en bas âge. Les artères rénales sont les principales cibles. La manifestation clinique la plus fréquente de la sténose des artères rénales est l'hypertension artérielle⁶.



L'atteinte cognitive

Il s'agit du problème le plus prévalent chez les patients avec NF1. Il est important de le dépister et de le reconnaître, car c'est aussi l'un des problèmes les plus susceptibles d'être traités. Des enfants atteints NF1, 40 % ont des difficultés d'apprentissage. Par contre, seulement 8 % ont un $QI < 70$ qui est la limite supérieure du retard mental léger.

On retrouve à la résonance magnétique cérébrale des hypersignaux T2 (*unidentified bright object UBO*) chez 60 % des enfants avec NF1. La signification clinique de ces UBO est encore indéterminée¹. Les lésions disparaissent avec l'âge et sont presque inexistantes chez l'adulte. La macrocéphalie est aussi une trouvaille commune chez les patients avec NF1.

Le diagnostic différentiel

Les conditions se retrouvant le plus fréquemment dans le diagnostic différentiel de la NF1 sont :

- la neurofibromatose type 2, caractérisée par la présence de schwannomes acoustiques bilatéraux ou unilatéraux avec une histoire familiale positive, mais présentant peu de manifestations cutanées;
- les taches café-au-lait multiples, un trait autosomal dominant se manifestant sans les autres caractéristiques de NF1;
- la neurofibromatose type 5, ou NF segmentaire, probablement secondaire à une mutation somatique, caractérisée par la présence de manifestations de NF1, mais restreintes à une partie du corps.

Il y a aussi les formes variantes de NF1 telles que :

- NF1-syndrome de Noonan, présents chez 12 % des patients avec NF1. Le phénotype du syndrome de Noonan (oreilles basses implantées, cou court, hypertélorisme et sténose pulmonaire) s'ajoute aux caractéristiques de NF1;
- NF1-syndrome de Watson, avec sténose pulmonaire, taches café-au-lait et lenteur intellectuelle;
- NF spinale familiale.

L'évaluation initiale et le suivi

Le bilan initial

Le bilan initial recommandé⁷ pour les patients suspectés d'avoir la NF1 comprend :

- l'histoire médicale personnelle et l'histoire familiale;
- l'examen physique avec attention particulière à la peau, le système musculosquelettique et l'examen neurologique;
- un examen ophtalmologique incluant l'examen de l'iris avec une lampe à fente;
- une évaluation développementale chez l'enfant;
- autres examens selon les signes cliniques apparents.

La nécessité d'une résonance magnétique cérébrale dans le bilan initial de NF1 est controversée. Notre pratique est d'en faire une.

Le suivi

Le patient atteint de NF1 doit être suivi et avoir un examen physique annuellement. Chez les enfants, un examen ophtalmologique annuel avec évaluation de l'acuité visuelle est recommandé. L'examen ophtalmologique peut être moins fréquent chez l'adulte. Un test de dépistage développemental doit être effectué régulièrement chez les enfants. La prise de la tension artérielle doit faire partie de l'évaluation à chaque visite d'un patient avec NF1 de même qu'une auscultation cardiaque.

Le traitement

Dans le cas de la neurofibromatose, les traitements s'appliquent aux complications de la maladie et aux néoplasies. Trois des principaux

problèmes seront discutés : le gliome optique, le neurofibrome plexiforme et l'hypertension artérielle.

Le gliome optique symptomatique chez les patients avec NF1 a une meilleure évolution que chez les patients non atteints de NF1. Ils tendent à demeurer stables pour plusieurs années ou à progresser très lentement. Il peut même y avoir une régression spontanée. Donc, plusieurs patients ne nécessitent pas de traitement. Il n'y a pas de consensus actuellement sur le meilleur traitement des lésions progressives. La radiothérapie est suggérée, mais il y a un risque de transformation en gliome de haut grade¹. Des études cliniques sont en cours⁸. Les gliomes optiques asymptomatiques nécessitent un suivi ; dans notre expérience chez l'adulte, ils ne progressent presque jamais.

Les neurofibromes plexiformes peuvent atteindre des tailles énormes et causer une défiguration ou comprimer des structures normales. Le traitement chirurgical est souvent non satisfaisant à cause de l'infiltration diffuse des nerfs et de la tendance à la récurrence au site de résection. Des études cliniques sont en cours avec essais de médicaments et de protocoles chimiothérapeutiques⁸. En cas de transformation maligne, la chirurgie demeure le traitement de choix. Ces lésions ne sont pas sensibles à la chimiothérapie actuelle⁵.

L'hypertension artérielle est fréquente chez les patients avec NF1 et peut se développer à tout âge. Dans la plupart des cas, l'hypertension est «essentielle». Il convient cependant d'éliminer une sténose des artères rénales ou un phéochromocytome. Une cause rénovasculaire est souvent retrouvée chez les enfants avec NF1. Il est important de traiter de façon agressive l'hypertension systémique persistante ou épisodique chez les jeunes patients avec NF1, le but étant de diminuer les traumatismes intravasculaires, selon l'hypothèse que ces traumatismes seraient directement reliés à l'évolution de la vasculopathie⁶.

Des conseils génétiques

La NF1 est une maladie héréditaire dont le mode de transmission est autosomique dominant. Ceci implique qu'une personne atteinte a un risque de la transmettre à 50 % de ses enfants. Le risque de transmission est le même, peu importe que l'individu ait hérité de la mutation d'un de ses parents ou qu'il ait une nouvelle mutation. Un diagnostic prénatal est possible⁷.

Conclusion

La neurofibromatose type 1 est une maladie héréditaire à expression très variable. Un suivi adéquat et une attention particulière aux complications potentielles permettent un bon maintien de l'état de santé de ces patients. ☒

- 1 Menkes JH. Child neurology: neurocutaneous syndromes. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William Wilkins; 2000. p. 859-64.
- 2 National Institute of Health Consensus Development Conference (1988). Neurofibromatosis. Conference statement. Arch Neurol 1988; 45: 575-8.
- 3 Khosrotehrani K. et al. Clinical risk factors for mortality in patients with neurofibromatosis type 1. Arch Dermatol 2003; 139(2): 187-91.
- 4 Waggoner DJ, Tourbin J, Gottesman G, Gutmann DH. Clinic-based study of plexiform neurofibromas in neurofibromatosis 1. Am J Med Genet 2000; 93(5): 388-92.
- 5 King AA, Debaun MR, Riccardi VM, Gutmann DH. Malignant peripheral nerve sheath tumors in neurofibromatosis 1. Am J Med Genet. 2000; 93(5): 388-92.
- 6 Hamilton JJ, Allard MF, Friedman JM. Cardiac findings in an individual with neurofibromatosis 1 and sudden death. Am J Med Genet 2001; 100(2): 95-9.
- 7 Friedman JM. Neurofibromatosis 1. Genereviews. www.genetests.org. 2002.
- 8 www.nf.org/clinical_trials/nf1



NOS FILIALES

Dr Gilles Robert

Président, Sogemec Assurances inc.



Sogemec Assurances : 25 ans d'expertise

Sogemec Assurances inc. est une filiale de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) depuis plus de 25 ans. Notre mission est d'offrir un service personnalisé haut de gamme à notre clientèle de professionnels en lui proposant des solutions adaptées qui répondent à tous ses besoins professionnels et personnels. Le régime d'assurance collective de la FMSQ a d'ailleurs été spécialement conçu par et pour vous, les médecins spécialistes. En voici quelques caractéristiques :

- Protection de votre revenu professionnel à 100 %;
- Possibilité d'adhérer au régime sans preuve d'assurabilité ni de revenus;
- Choix de la définition d'« invalidité »;
- Flexibilité dans le choix des délais de carence;
- Prestations payables jusqu'à l'âge de 70 ans;
- Indexation des montants d'assurance;
- Indexation annuelle des prestations de 5 %;

- Tarification privilégiée en assurance-vie pour les membres de 40 ans et plus;
- Droit de transformation vous garantissant la continuité de votre régime.

Le pouvoir de négociation du regroupement de près de 8 000 membres nous permet de vous offrir des services de qualité supérieure tout en protégeant vos intérêts et vos besoins particuliers. Nous vous invitons à communiquer avec l'un de nos conseillers pour profiter des avantages exclusifs qui vous sont offerts.

Dans le cadre de son concours « Hôtel Delta » lancé en septembre 2003, La Personnelle, votre assureur de groupe auto, habitation et entreprise, a fait deux heureux. Félicitations aux D^{rs} Martin Gauthier et Anne-Marie Pinard, tous deux gagnants d'un chèque-cadeau de 600 \$ échangeable dans l'un des hôtels Delta à travers le Canada. ☐

Gilles Robert, M.D.

imaginée par vous



Votre protection est en santé

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

Assurances générales
Assurance automobile, habitation, commerciale.

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

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

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

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



www.sogemec.qc.ca



Sophie Beauregard

Conseillère en communication

LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

D^{re} Gloria Jeliu Une pédiatre de combat

D^{re} Gloria Jeliu, pédiatre au Centre hospitalier mère-enfant de l'Hôpital Sainte-Justine, est l'une des premières dans sa discipline au Québec à avoir posé un regard différent sur les petits patients auprès desquels elle travaille encore aujourd'hui depuis plus de 40 ans. Fondatrice de la Clinique de protection de l'enfance et à l'origine du Centre de développement de l'enfance, la D^{re} Jeliu est une pédiatre de combat en plus d'être une impressionnante clinicienne, une professeure inlassable et une chercheuse prestigieuse en développement de l'enfant.

La D^{re} Gloria Jeliu est née à Paris de parents bulgares. Après avoir obtenu un doctorat en médecine de l'Université de Paris, en 1952, elle s'installe à Montréal et entreprend sa résidence à l'Hôpital Sainte-Justine, qu'elle couronne par une année de *fellows* en recherche au service de pédiatrie du *Boston City Hospital*. Ce sont notamment l'intérêt et la curiosité que la D^{re} Jeliu entretient à l'égard de cet être merveilleux qu'est l'enfant qui l'ont amenée à la pédiatrie : « Un enfant, c'est tout un avenir, toutes sortes de potentialités enfermées dans quelque chose de tout petit, qui existent même déjà chez le nouveau-né et qui se déploient au fur et à mesure que le temps passe. Et c'est quelque chose d'extraordinaire, de fascinant ! », exprime-t-elle avec beaucoup de passion.

De retour au Québec, elle amorce sa pratique à Sainte-Justine. Les dix premières années de sa carrière, D^{re} Gloria Jeliu les consacre à la pédiatrie générale et à l'enseignement, dans lequel elle s'est beaucoup investie, nommée, en 1992, professeure émérite de pédiatrie. En 1972, elle fonde la Clinique de protection de l'enfance, l'une des premières au Québec. Désireuse de partager le feu qui l'anime pour la pédiatrie sociale, elle parcourt la province et prononce quantité de conférences afin de sensibiliser ses collègues à la maltraitance et de les informer sur l'intervention auprès des enfants qui en sont victimes, une nouvelle réalité dans le monde médical québécois.

La D^{re} Gloria Jeliu oriente par la suite ses activités sur le développement de l'enfance après un séjour très marquant à Boston, au début des années 1980, chez le professeur Berry Brazelton, pédiatre spécialiste en

comportement néonatal. Dès son retour, elle monte à bout de bras un stage statutaire en pédiatrie du développement, la formation des pédiatres présentant une importante lacune dans ce domaine. Tous ses efforts influencent la direction de l'Hôpital Sainte-Justine et le Centre de développement voit le jour peu de temps après. Les petits patients du nouveau centre et leurs parents bénéficient à partir de ce moment d'une approche holistique, qui s'attarde à la fois aux fonctions motrices et cognitives de même qu'à l'affectif de l'enfant, laquelle approche se situe à la frontière de plusieurs disciplines, notamment la pédiatrie, la psychologie, la psychiatrie, l'ergothérapie et l'orthophonie.

En réunissant toutes ces sphères d'activités, auxquelles s'ajoute aujourd'hui la bioéthique, la D^{re} Jeliu participe à l'avancement de la pédiatrie par une quantité considérable de publications, de conférences et de nombreux projets de recherche. Outre le prix Prestige de l'Association médicale du Québec, le prix du Comité de la protection de la jeunesse et sa nomination à l'Ordre du Canada, elle est la première récipiendaire du prix Sainte-Justine, créé en 2003 pour souligner la contribution exceptionnelle d'un individu au développement et au rayonnement de l'établissement reconnu à l'échelle mondiale. Quelques semaines avant la publication de cet article, D^{re} Jeliu était également nommée par le quotidien *La Presse* « Personnalité de la semaine ».

Nous ne pouvons que constater, lorsque nous observons la carrière de Gloria Jeliu, à quel point elle a toujours été en avance sur le temps. Femme pédiatre au Québec dès les années 1950, à une époque où la gente féminine se faisait excessivement rare sur les bancs des facultés de médecine, elle s'est intéressée à des sphères de la pédiatrie peu connues dans les années 1970 et 1980 et se penche depuis quelques années déjà sur la bioéthique, qui l'a menée à l'obtention d'un Diplôme d'études supérieures spécialisées à la fin des années 1990. À ce rythme-là, il ne serait pas étonnant que la D^{re} Jeliu entreprenne prochainement un tout nouveau projet, toujours pour le mieux-être des adultes de demain. ☐



Au Québec, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont de plus en plus utilisés¹. Mais le sont-ils de façon optimale?

Les antagonistes des récepteurs de l'histamine (anti-H₂) demeurent le traitement de première intention dans plusieurs troubles digestifs².

Pensez aux trois actions suivantes chaque fois que vous prescrivez un IPP.

1

4 à 8 semaines ...^{2,3,4}

il n'en faut souvent pas plus pour la première prescription.

Alors, avant de prolonger le traitement, réévaluez l'état du patient.

2

Une fois par jour⁵.

C'est simple et ... efficace.

Mieux vaut donc réévaluer avant de doubler !

3

Sept jours contre *H. pylori*⁶.

C'est assez pour éradiquer.

Rappelez-vous: au bout de sept jours, la trithérapie a agi!

Posologie et coût quotidiens des réducteurs d'acidité.

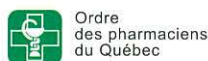
Inhibiteur de la pompe à protons	Posologie quotidienne recommandée ⁵	Coût quotidien (\$) *
LOSEC® (oméprazole magnésien)	20 mg, 1 f.p.j.	2,20
NEXIUM® (esoméprazole magnésien trihydraté)	40 mg, 1 f.p.j.	2,10
PANTOLOC® (pantoprazole sodique)	40 mg, 1 f.p.j.	1,90
PARIET® (rabéprazole sodique)	2 x 10 mg (soit 20 mg), 1 f.p.j.	1,30
PREVACID® (lansoprazole)	30 mg, 1 f.p.j.	2,00
Anti-H ₂		
famotidine, nizatidine, ranitidine	Variable selon le Rx	0,78-1,52

* Coût du médicament selon la Liste de médicaments de la RAMQ (juin 2003), excluant les frais du grossiste, selon le cas et les honoraires du pharmacien.



Ensemble, prenons action pour une utilisation optimale des IPP.

Une initiative de...



Cette initiative s'inscrit dans le cadre de l'entente de partenariat relative à l'utilisation optimale des inhibiteurs de la pompe à protons.

LOSEC® (oméprazole magnésien) est une marque de commerce, propriété du groupe AstraZeneca.

NEXIUM® (esoméprazole magnésien trihydraté) est une marque de commerce d'AstraZeneca AB utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

PANTOLOC® (pantoprazole sodique) est une marque de commerce utilisée par Solvay Pharma Inc. avec l'autorisation de ALTANA Pharma, AG Allemagne.

PARIET® (rabéprazole sodique) est une marque de commerce de Eisai Co. Ltd., vendue sous licence par Janssen-Ortho Inc.

PREVACID® (lansoprazole) est une marque de commerce des Laboratoires Abbott Itée.

1 D'après le rapport d'étude *Revue de l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons*. Comité de revue d'utilisation des médicaments (C.R.U.M.), mars 2000. 2 D'après le document *Les critères d'utilisation optimale concernant les inhibiteurs de la pompe à protons*. Comité de revue d'utilisation des médicaments (C.R.U.M./Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), oct. 2002. 3 Thomson ABR, Chiba N, Armstrong D et coll. *The second Canadian gastroesophageal reflux disease consensus: moving forward to new concepts*. Can J Gastroenterol 1998;12:551-6. 4 Veldhuyzen van Zanten SJO, Flook N, Chiba N et coll. *An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of Helicobacter pylori*. CMAJ 2000; 162 (12 Suppl): S3-S23. 5 Veuillez consulter les monographies respectives des IPP. 6 Hunt R, Fallone CA, Thomson ABR et al. *Canadian Helicobacter pylori consensus conference update: infection in adults*. Can J Gastroenterol 1999; 13: 213-7.



Notre pratique au Centre hospitalier régional de Rimouski: une décision de couple!



Je suis originaire de Shippagan, au Nouveau-Brunswick, et Caroline est native de Lévis. Nous avons fait nos études de médecine à Québec et à Montréal, respectivement en cardiologie et en pédiatrie. À la fin de notre résidence, nous avons évidemment l'embarras du choix quant à notre lieu de pratique. C'est à Rimouski, dans le Bas-Saint-Laurent, que nous avons décidé de nous installer!

Je faisais du remplacement à l'occasion au Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR) et le type de pratique de ce milieu me plaisait. J'ai commencé à entrevoir la possibilité de m'installer dans cette ville vers la fin de ma résidence en 2002. Avec Caroline, nous avons discuté de cette possibilité et ensemble nous avons décidé d'aller visiter les lieux afin de rencontrer les gens sur place.

On se souvient encore de la tempête qui faisait rage la fin de semaine de notre visite à Rimouski. Nous avons pris la route à partir de Québec le vendredi soir: on ne voyait ni ciel ni terre, mais nous étions décidés à nous y rendre! Lors de cette visite, Caroline a rencontré l'équipe de sept pédiatres et le type de pratique lui a, elle aussi, beaucoup plu. La prise en charge de pathologies diversifiées, allant du prématuré instable au suivi de l'enfant diabétique, a été un élément important dans sa prise de décision. Quelques semaines après notre visite, nous avons finalement décidé de nous y installer en s'assurant que chacun de nous serait comblé tant au niveau personnel que professionnel. Aujourd'hui, Caroline est satisfaite puisque sa pratique correspond vraiment à ce pour quoi elle a été formée.

Rimouski nous offrait également tout ce que nous souhaitions: une ville dynamique tant au point de vue culturel que sportif. Et pour ce qui est de l'environnement, imaginez respirer l'air frais marin en faisant votre tournée médicale par une belle journée d'été ou contempler le fleuve et ses glaces en attendant l'ascenseur, de quoi faire rêver aux prochaines excursions en plein air!

Notre ville nous offre tous les avantages d'une grande ville sans les inconvénients qui lui sont habituellement associés. Nous sommes maintenant installés dans notre maison en plein cœur de la ville. Le centre hospitalier est à cinq minutes de notre résidence en automobile. Dîner à domicile est maintenant une option! La pratique en région nous offre vraiment la qualité de vie dont nous avons toujours rêvée; un équilibre parfait entre un milieu professionnel stimulant et un environnement paisible.

Une pratique variée et stimulante

L'avantage de Rimouski, c'est qu'en choisissant cette ville installée sur les berges du fleuve Saint-Laurent, nous n'avons pas pour autant sacrifié notre vie professionnelle au dépend de notre qualité de vie, au contraire! Je ne connais pas beaucoup d'endroit qui favorise ce type de pratique: une garde intéressante, de l'échographie cardiaque incluant le transœsophagien, le suivi cardiostimulateur, etc. Nous sommes trois cardiologues à faire l'implantation de cardiostimulateurs. Il y a également la possibilité d'effectuer de la consultation dans les centres de la région, ce qui représente un volet intéressant, voire divertissant.

Pour Caroline, le CHRR fournit toute l'infrastructure diagnostique (résonance magnétique, médecine nucléaire, etc.) et thérapeutique nécessaire à la prise en charge de la clientèle pédiatrique. «La diversité des pathologies cliniques nous oblige à maintenir nos connaissances à jour. Notre département est très dynamique et nous effectuons des clubs de lecture régulièrement, nous nous transmettons les nouveautés discutées lors de congrès et nous discutons de nos cas les plus complexes. Nous avons aussi accès par télémedecine, et ce, de façon hebdomadaire, aux réunions scientifiques du département de pédiatrie du CHUL. Nous accueillons également en stage des résidents de médecine familiale et de pédiatrie.»

Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à avoir choisi Rimouski! Au cours des deux dernières années, le CHRR a accueilli 15 nouveaux médecins spécialistes. Nous sommes maintenant près de 90 médecins spécialistes et plus de 60 omnipraticiens. C'est motivant pour les médecins en place et cela témoigne du dynamisme du CMDP qui a d'ailleurs mis sur pied un comité de recrutement. Nous travaillons très fort pour faire connaître notre milieu et pour inviter les résidents à venir nous rencontrer et, pourquoi pas, faire un stage chez nous! ☐



Lucette Bertrand

Coordinatrice des Technologies de l'information

SAVIEZ-VOUS QUE?



De l'information précieuse pour nous!

À plusieurs reprises, nous vous avons invité à nous transmettre votre adresse de courrier électronique en passant par le site internet de la Fédération. De la même façon, nous vous invitons à nous communiquer tout changement d'adresse de correspondance ou de lieu principal de pratique. Bien souvent, cette invitation vise particulièrement les nouveaux médecins spécialistes certifiés en cours d'année ou de retour d'une formation complémentaire à l'extérieur du Québec.

À quoi sert cette information? À établir une communication efficace et rapide avec chacun d'entre vous. Voici la démarche à suivre pour nous transmettre efficacement tout changement:

Rendez-vous à la page d'accueil de notre site internet [www.fmsq.org] et faites votre choix parmi:

- ☒ changement d'adresse ou de lieu de pratique
- ☒ adresse de messagerie électronique
- ☒ questionnaire des données socio-démographiques

Cliquez sur l'hyperlien approprié, remplissez le formulaire et envoyez-le-nous.

Pour ce qui est du questionnaire sur les données socio-démographiques, vous pouvez l'imprimer et nous le transmettre par télécopieur au (514) 350-5150. Si vous désirez communiquer avec nous par courriel, voici notre adresse: ti@fmsq.org



PROGRAMME D'AIDE
AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

POUR MÉDECINS ET RÉSIDENTS AUX PRISES AVEC UN PROBLÈME

- de santé mentale (épouement, trouble d'adaptation, dépression, anxiété, perte affective, etc.);
- d'abus ou de dépendance (alcool, médicaments, drogues, jeu);
- de stress;
- d'ordre personnel, de couple ou de famille;
- d'ordre sexuel dans la relation médecin-patient;
- de harcèlement ou de violence;
- d'ordre financier ou légal.

SAVIEZ-VOUS QUE LES MÉDECINS

- sont réticents à demander de l'aide?
- nient leur propre maladie?
- craignent que leur image soit altérée ou d'être mal jugés par leurs collègues?
- s'isolent plutôt que de demander de l'aide?

BESOIN D'AIDE?

Communiquez avec le Programme d'aide aux médecins du Québec.

Téléphone : 1 800 387-4166
(514) 397-0888 (Montréal)

Télécopieur : (514) 397-0654

Courriel : info@pamq.org

Site Internet : www.pamq.org

Service personnalisé et confidentiel.



Grâce à votre don, Centraide aide des gens qui aident des gens

Au terme de la levée de fonds de la campagne 2003, les Centraide du Québec remercient les membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec de leur grande générosité et de leur appui très solidaire dont bénéficieront un grand nombre d'organismes communautaires, qui fournissent de l'aide à plus d'un million de personnes dans le besoin.

Le total récolté par le biais de la FMSQ pour la région de Québec et l'Est de la province s'élève à 42 110 \$ provenant de 169 donateurs. Centraide du Grand Montréal a de son côté amassé 72 000 \$ auprès de 311 médecins spécialistes.

Centraide vous dit « merci » pour votre contribution et vous donne rendez-vous pour la prochaine campagne qui débutera en octobre.



Prescrire des médicaments sans diagnostic?

Les optométristes du Québec, par des pressions soutenues, ont réussi à convaincre le législateur qu'il était temps pour eux d'obtenir le droit d'utiliser les agents thérapeutiques et de les prescrire. Ainsi le 12 juillet 2000, la loi 87 modifiait la *Loi sur l'optométrie* leur permettant d'administrer et de prescrire un médicament pour des fins thérapeutiques.

C'est l'Ordre des optométristes qui fixe les normes de compétence pour la délivrance d'un permis, habilitant ainsi un optométriste à prescrire des médicaments. À la rigueur, tout ordre pourrait intervenir auprès du législateur afin d'obtenir des privilèges de prescription semblables.

Ainsi les optométristes (1200 nouveaux prescripteurs potentiels) peuvent initier un traitement dans quelques atteintes oculaires de faible morbidité et doivent obligatoirement référer à un médecin selon le type de problème oculaire et l'évolution de celui-ci.

Pendant près de trois ans, l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ), la Fédération des omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont participé à l'élaboration du règlement encadrant ce nouveau privilège conféré aux optométristes de prescrire sans toutefois poser de diagnostic, l'expertise que l'on reconnaît comme étant le noyau dur de la médecine.

L'AMOQ est à l'aise avec ce règlement, en vigueur depuis le 23 octobre 2003, mais elle considère que la liste des médicaments autorisés (Tableau 1) dépasse largement ce qu'il serait nécessaire pour initier un traitement dans des cas de faible morbidité. Le Québec est la 5^e province à permettre aux optométristes de prescrire. Si la liste des médicaments est variable d'une province à l'autre, le Québec est l'une des plus permissives.

Extrait du règlement :

1. *Tout optométriste peut, dans des cas présentant des conditions de faible morbidité de l'œil ou de ses annexes et qui ne nécessitent pas d'intervention invasive, administrer et prescrire pour des fins thérapeutiques les médicaments [...] suivant les conditions et modalités déterminées au présent règlement.*
2. *L'optométriste doit diriger le patient vers un médecin [...] lorsque les signes et symptômes suggèrent une condition qui n'est pas de faible morbidité ou qui nécessite une prise en charge par un médecin.*
3. *L'optométriste [...] doit diriger le patient vers un médecin s'il n'y a pas d'amélioration claire et certaine du cas dans un délai de 72 heures du début du traitement, dans les cas suivants :*

- *ulcère infectieux de moins de 1 millimètre;*
- *présence de dendrites épithéliales sans atteinte stromale [...], ni inflammation de la chambre antérieure;*
- *infiltrats cornéens de moins de 1 millimètre sans déficit épithélial;*
- *inflammation sectorielle de l'épislère sans ischémie ou fonte.*

Dans ces cas, il doit également diriger le patient vers un médecin s'il n'y a pas de résolution du cas [...] au plus tard dans un délai de sept jours du traitement.

4. *L'optométriste qui a recours à des médicaments dans le cas d'inflammation de la chambre antérieure sans hypopion, vitrite ou lésion de la cornée doit diriger le patient vers un médecin dans un délai de 72 heures du début du traitement.*

Dans le cas du glaucome, le règlement est très clair. L'optométriste ne traite pas le glaucome.

5. *[...] Tout optométriste [...] peut, dans le cas de glaucome renouveler ou modifier une ordonnance de médicaments antiglaucmateux. Toutefois, il doit [...] obtenir l'accord verbal ou écrit du médecin qui est le prescripteur initial [...]. Il doit de plus indiquer sur l'ordonnance le nom et le numéro du permis du médecin dont il a ainsi obtenu l'accord.*

Le but ici étant de dépanner le patient dont la prescription est expirée, comme le fait souvent le pharmacien.

L'optométriste, le médecin généraliste et le médecin ophtalmologiste sont complémentaires : ils ont chacun un champ d'expertise bien précis en fonction de leur formation. Il faut éviter qu'il y ait substitution ou développement d'un système parallèle qui ne serait sûrement pas une économie pour la société québécoise et pourrait altérer la qualité des soins aux patients. ☐

Tableau 1

Les médicaments sans spécifications sont destinés à une administration par voie topique :

Mydriatiques. Anesthésiques locaux. Anti-allergiques – Antihistaminiques. Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Corticostéroïdes. Antibiotiques – Antiviraux. Hyperosmotiques. Agents vasoconstricteurs.





Un forfait privilège
Spécialement conçu pour vous !

*RBC Banque Royale continue
d'apporter son support aux
membres de la FMSQ*

MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Programme de services bancaires collectifs de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Commodité et économies

- Service V.I.P. Royal à tarif réduit (seulement 100 \$ par année)*
- Choix de 4 cartes Visa de prestige, sans frais
- Carte Visa de cotitulaire pour conjoint, sans frais
- Chèques personnalisés, sans frais
- Marge de crédit au taux préférentiel
- Taux privilégiés sur prêts hypothécaires

* Frais annuels de 360 \$ pour les non-membres

Horaire chargé ? On se déplace !

- Nos conseillers en prêts hypothécaires vous rencontrent à l'heure et à l'endroit de votre choix.

Services pour votre cabinet

- Compte d'entreprise, 3 mois sans frais
- Taux privilégiés sur prêts

Services à l'étranger

- Présence partout dans le monde
- Aux États-Unis : services bancaires complets à RBC Centura et à RBC Mortgage

Pour profiter des avantages du programme dès maintenant,
passez à la succursale RBC Banque Royale la plus proche
ou composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683).

™ Marque de commerce de la Banque Royale du Canada. RBC Groupe Financier
est une marque de commerce de la Banque Royale du Canada.



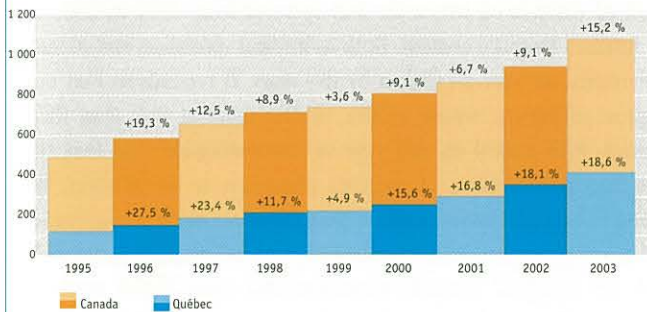
RBC
Groupe
Financier

www.rbcbanqueroyale.com

Le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention

- Mars a officiellement été désigné le mois des troubles d'apprentissage. Le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) continue d'être la difficulté d'apprentissage la plus publicisée au Québec. Plus tôt cette année, le Régime public d'assurance médicaments du Québec a révélé que le nombre de bénéficiaires qui consomment du Ritalin a augmenté de 33 % entre 2000 et 2003. Cette augmentation force encore une fois les enseignants et les médecins à déterminer si ce médicament est prescrit de façon adéquate.
- *Coup d'œil* examine les tendances québécoises relatives à la prescription de la molécule la plus couramment utilisée pour traiter le THADA : le méthylphénidate (c.-à-d. le Ritalin). Les ordonnances de méthylphénidate au Québec ont augmenté de près de 61 % entre 2000 et 2003, comparativement à 32 % au Canada. (IMS Health assure le suivi de toutes les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail, peu importe si elles sont payées par le secteur privé ou public.)

Méthylphénidate : Nombre estimatif d'ordonnances exécutées au Québec et au Canada (en milliers)



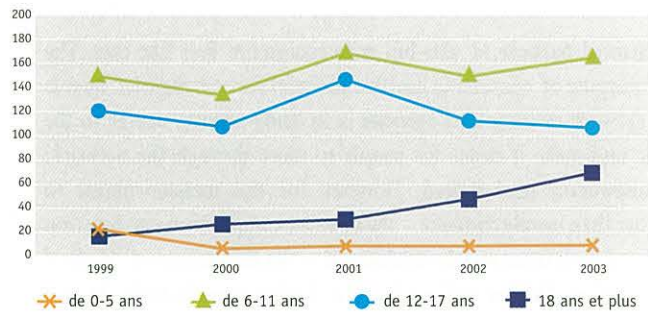
- Au cours de chacune des quatre dernières années, les ordonnances de méthylphénidate au Québec ont grimpé de plus de 10 %. Cette tendance contraste avec les courbes d'ordonnance que l'on observe au Canada. En Ontario, les ordonnances de méthylphénidate ont augmenté de 10,3 % en 2003, tandis que pendant ce temps au Québec, elles ont grimpé de 18,6 % l'année dernière.

Répartition des visites relatives au THADA au Québec – 2003

Visites effectuées chez des médecins exerçant en cabinet

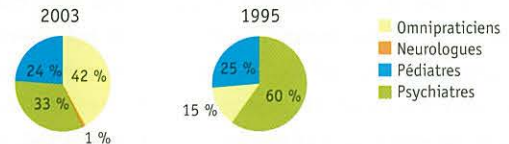
Âge	Hommes	Femmes
Tous les groupes d'âge	64 %	36 %
De 0 à 11 ans	57 %	39 %
De 12 à 17 ans	32 %	26 %
18 ans et plus	11 %	35 %

THADA : Nombre estimatif de visites effectuées au Québec, par groupe d'âge (en milliers)



- Au Québec, 64 % des visites effectuées chez des médecins exerçant en cabinet en 2003 concernaient des garçons. La plupart des patients traités par ces médecins étaient âgés de 11 ans ou moins, tant chez les garçons que chez les filles. Fait intéressant : le THADA connaît une croissance chez les adultes de 18 ans et plus, et il est plus susceptible d'être diagnostiqué chez les femmes adultes que chez les hommes.

THADA : Visites effectuées au Québec selon la spécialité du médecin consulté



- En 2003, la plupart des diagnostics de THADA étaient rendus par des omnipraticiens (42 %), 33 % par des psychiatres et 24 % par des pédiatres. En 1995, les psychiatres posaient 60 % des diagnostics, les pédiatres 25 % et les omnipraticiens, 15 %.

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

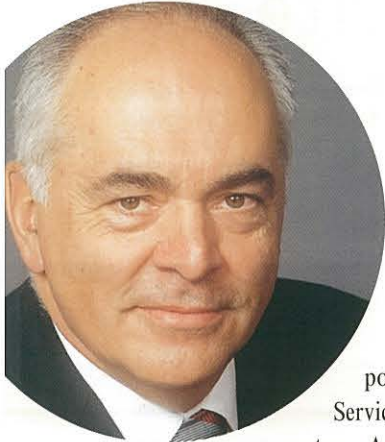
Une importante source d'information et d'analyse pour les secteurs de la santé au Canada





Dr. Yves Dugré

A WORD FROM THE PRESIDENT



Change for the Sake of Change ... or Change for the Better?

There seems to be a firmly-established tradition in Quebec, and that is for every holder of the position of Minister of Health and Social Services to announce his reforms to the health system. And it's happening again: changes have been announced in Bill 25, An Act respecting local health and social services network development agencies, assented to last December.

The avowed purpose of this bill is to reorganize first line care. The main purpose of converting health and social services regional boards into network development agencies is to bring services nearer to the public and make it easier for people to move through the network: a praiseworthy goal indeed. However, for this metamorphosis to be other than merely cosmetic – the number, composition and function of board structures remain unchanged – the Federation of Medical Specialists of Quebec will make sure, during consultations on this subject, that access to services is improved and that the changes made are not solely for the purpose of controlling costs.

Specialized medicine is concerned by the interface with first line caregivers, but also and perhaps even more by the eventual implementation of integrated university health networks (*réseaux universitaires intégrés de santé – RUIS*). The Federation has already expressed its support for the improved structuring of services between local hospitals, regional service centres, teaching hospitals and the *RUIS*. Integration of services in order to avoid duplication when manpower is short is one of our priorities, as can be seen from our work on specialist medical manpower. The *RUIS* should not however become a panacea for the lack of medical specialists in some establishments. Agreements negotiated with physicians (not only establishments) must maintain the support urban centres offer the regions and, equally, the networks must not have a negative impact on the recruitment necessary for intermediate and outlying regions.

Another responsibility for the *RUIS* is to promote the implementation of practice plans in the teaching area. The counterpart to the increase in admissions to medical studies may well be some \$40M in unpaid doctoral and postdoctoral teaching activities. It is clear that any desire to proceed with introducing a career plan will require an investment in teaching, research and medico-administrative activities. A committee of members of the Federation's Board of Directors is now defining the negotiation framework should the government

pursue its intention to institute such plans. We are currently visiting the various hospitals in order to discuss this subject with medical specialists.

Another change in structure is announced by Bill 38, An Act respecting the Commissioner of Health and Wellness (*no official English translation yet available*). The Federation considers that the Commissioner should report to the National Assembly, so that the highest degree of political independence possible is preserved and an attempt made to eliminate politics from health care. This Bill abolishes the *Conseil médical du Québec*, most of whose members are physicians and which came into being after major battles in the aftermath of Bill 120. The brief that we will be submitting to the Parliamentary Commission will clearly state our opposition to this loss of influence by physicians in entities that directly provide advice to the Minister of Health and Social Services.

Finally, a word about the unfortunate circumstances surrounding surgeon Dr. Maria Di Lorenzo and the major media crisis that the recall of patients on whom she had operated from 1991 to 2003 at St. Justine's Hospital created. Both as medical specialists and private individuals, we were all shaken by this news. It reminds us that our surgeon colleagues, among others, are far more at risk than their patients with regard to this type of contamination and that the egregious denunciation of infected physicians is no solution. We intend to take part in the work of the *Collège des médecins du Québec* and provide ourselves with rules that are clear and ethically compatible with the rights of patients, physicians and other health workers. Infections that can be transmitted via serum and blood fluids form part of hospital risk management, and will be one of the topics targeted by the Board of Directors in order to improve conditions of practice, as stipulated in *Letter of Agreement 143*.

As you can see, several new areas of work are getting under way and your Federation will make its presence known in every case. To read our briefs presented to the various parliamentary commissions, please visit our internet site [www.fmsq.org] on a regular basis.

Until June! ☺

NORVASC*

(bésylate d'amlopipine)

Renseignements thérapeutiques

NORVASC*
(bésylate d'amlopipine)
comprimés à 2,5, à 5 et à 10 mg
antihypertenseur et antiangineux

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

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

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

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

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

CONTRE-INDICATIONS

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

MISE EN GARDE

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

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

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

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

PRECAUTIONS

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

Hypotension – À l'occasion, **NORVASC** (bésylate d'amlopipine) peut provoquer une crise hypotensive symptomatique. On recommande donc de surveiller de près la tension artérielle, particulièrement chez les patients qui ont des antécédents d'insuffisance vasculaire cérébrale et chez ceux qui prennent des médicaments dont on connaît l'effet hypotenseur. **Œdème périphérique** – À l'issue des essais cliniques, l'effet indésirable le plus courant a été un œdème périphérique léger ou modéré (voir la rubrique **LES EFFETS INDÉSIRABLES**). La fréquence de l'œdème périphérique s'est révélée proportionnelle à la dose; elle variait de 3 à 10,8 % dans la gamme posologique de 5 à 10 mg. On doit prendre soin de distinguer l'œdème périphérique des effets de l'aggravation d'un dysfonctionnement du ventricule gauche. **Administration en cas de grossesse** – Même si l'amlopipine n'a pas eu d'effet tératogène chez le rat ni chez le lapin, certains agents du groupe des dihydropyridines se sont révélés tératogènes chez l'animal. Chez le rat, on a observé que l'amlopipine prolonge la durée de la gestation et de la mise bas. On ne dispose d'aucune donnée clinique sur l'administration de **NORVASC** à des femmes enceintes. Donc, en cas de grossesse, on devrait administrer **NORVASC** seulement lorsque les bénéfices escomptés l'emportent sur les risques encourus par la mère et le fœtus.

Administration à la mère-nourrice – On ne sait pas si l'amlopipine est excrétée dans le lait maternel chez l'humain. Etant donné que l'innocuité de l'amlopipine chez le nouveau-né n'a pas été établie, on déconseille d'administrer **NORVASC** aux mères qui allaitent. **Administration à l'enfant** – L'administration de **NORVASC** chez l'enfant n'est pas recommandée, car on n'a pas encore établi son innocuité ni son efficacité dans ce groupe d'âge. **Administration à la personne âgée** – Chez les patients âgés (≥ 65 ans), la clairance de l'amlopipine diminue, ce qui entraîne une hausse de l'ASC. Dans les essais cliniques, la fréquence des effets indésirables observés chez les patients âgés s'est révélée supérieure de 6 % environ à celle des patients plus jeunes (< 65 ans). Ces effets incluaient de l'œdème, des crampes musculaires et des étourdissements. On devrait donc faire preuve de prudence quand on administre **NORVASC** à des patients âgés. On recommande de régler la posologie en conséquence (voir la rubrique **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

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

Interactions médicamenteuses – Comme pour tout autre médicament, on doit faire preuve de prudence quand on traite des patients qui prennent déjà plusieurs autres médicaments. Les inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines subissent une biotransformation sous la médiation du cytochrome P450, principalement par l'intermédiaire de l'isozyme CYP 3A4. L'administration d'amlopipine en concomitance avec d'autres médicaments qui empruntent la même voie de biotransformation a pour effet de modifier la biodisponibilité de l'amlopipine ou des autres médicaments. Quand on amorce ou que l'on interrompt l'administration concomitante d'amlopipine, il peut être nécessaire d'ajuster la posologie des médicaments métabolisés de la même manière, notamment ceux dont l'indice thérapeutique est faible, afin de maintenir une concentration thérapeutique optimale dans le sang; cela est particulièrement important dans les cas d'atteinte rénale ou hépatique. Parmi les médicaments qui se sont révélés des inhibiteurs du cytochrome P450, on trouve les antifongiques azolés, la cimétidine, la cyclosporine, l'érythromycine, la quinidine, la terfénadine et la warfarine. Parmi les médicaments qui se sont révélés des inducteurs du cytochrome P450, on trouve le phénobarbital, la phénytoïne et la rifampicine. Parmi les médicaments biotransformés par la voie du cytochrome P450, citons les benzodiazépines, le flécaïnide, l'imipramine, la propafénone et la théophylline. L'amlopipine se caractérise par un faible taux d'élimination hépatique (faible effet de premier passage) et, de ce fait, par une forte biodisponibilité; on peut donc s'attendre à ce que le risque d'un effet d'importance clinique attribuable à une hausse de sa concentration plasmatique soit assez faible, quand on l'administre en concomitance avec des médicaments qui, à l'égard du cytochrome P450, lui font compétition ou exercent un effet inhibiteur.

Cimétidine, warfarine, cyclosporine et digoxine : Les études sur les interactions pharmacocinétiques avec l'amlopipine menées chez des volontaires sains ont révélé les faits suivants :
• La **cimétidine** n'a pas altéré la pharmacocinétique de l'amlopipine.
• L'amlopipine n'a pas modifié l'effet de la **warfarine** sur le temps de prothrombine.
• L'amlopipine n'a pas modifié de façon notable la pharmacocinétique de la **cyclosporine**.
• L'amlopipine n'a pas modifié la concentration sérique de la **digoxine** ni sa clairance rénale.

Antiacides : Chez 24 sujets, l'administration concomitante de Maalox^{MD} (hydroxyde de magnésium et hydroxyde d'aluminium) n'a pas eu d'effet sur le devenir d'une dose unique de 5 mg d'amlopipine.

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

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

Études particulières : Effet de **NORVASC** sur d'autres agents
Atorvastatine : Chez des volontaires sains, l'administration en concomitance de doses multiples de 10 mg de **NORVASC** et d'atorvastatine à 80 mg n'a aucun effet notable sur l'ASC, la C_{max} ni le t_{max} de l'atorvastatine.

LES EFFETS INDÉSIRABLES

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

Hypertension – Dans les essais cliniques comparatifs où l'on a administré **NORVASC** à 805 hypertendus, on a rapporté des effets indésirables chez 29,9 % des patients. Ces effets ont nécessité l'arrêt du traitement chez 1,9 % des patients. Les effets les plus fréquents ont été l'œdème (8,9 %) et la céphalée (8,3 %). On a rapporté les effets indésirables suivants à une fréquence ≥ 0,5 % à l'issue du programme d'essais cliniques comparatifs (n = 805) : **Appareil cardiovasculaire** : œdème (8,9 %), palpitations (2 %), tachycardie (0,7 %), étourdissements orthostatiques (0,5 %). **Peau et phanères** : prurit (0,7 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (0,5 %). **Système nerveux central et périphérique** : céphalées (8,3 %), étourdissements (3 %), paresthésies (0,5 %). **Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (3,1 %), diarrhée (0,9 %), sécheresse de la bouche (0,7 %). **Fonctions psychiques** : somnolence (1,4 %). **Appareil digestif** : nausées (2,4 %), douleur abdominale (1,1 %), dyspepsie (0,6 %), constipation (0,5 %). **D'ordre général** : fatigue (4,1 %), douleur (0,5 %). **Angine de poitrine** – Dans les essais cliniques comparatifs où l'on a administré **NORVASC** à 909 angineux, on a rapporté des effets indésirables chez 30,5 % des patients. Ces effets ont nécessité l'arrêt du traitement chez 0,6 % des patients. Les effets les plus fréquents ont été l'œdème (9,9 %) et la céphalée (7,8 %). On a rapporté les effets indésirables suivants à une fréquence ≥ 0,5 % à l'issue du programme d'essais cliniques comparatifs (n = 909) : **Appareil cardiovasculaire** : œdème (9,9 %), palpitations (2 %), étourdissements orthostatiques (0,6 %). **Peau et phanères** : éruption cutanée (1 %), prurit (0,8 %). **Appareil locomoteur** : crampes musculaires (1 %). **Système nerveux central et périphérique** : céphalées (7,8 %), étourdissements (4,5 %), paresthésies (1 %), hypoesthésie (0,9 %). **Système nerveux autonome** : bouffées vasomotrices (1,9 %). **Fonctions psychiques** : somnolence (1,2 %), insomnie (0,9 %), nervosité (0,7 %). **Appareil digestif** : nausées (4,2 %), douleur abdominale (2,2 %), dyspepsie (1,4 %), diarrhée (1,1 %), flatulence (1 %), constipation (0,9 %). **Appareil respiratoire** : dyspnée (1,1 %). **Organes sensoriels** : troubles de la vision (1,3 %), acouphènes (0,6 %). **D'ordre général** : fatigue (4,8 %), douleur (1 %), asthénie (1 %).

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

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

Système nerveux central et périphérique : hypoesthésie, neuropathie périphérique, tremblements et vertige. **Appareil digestif** : anorexie, constipation, dysphagie, vomissements et hyperplasie gingivale. **D'ordre général** : réaction allergique, asthénie, lombalgie, bouffées vasomotrices, malaise, frissons et gain de poids. **Appareil locomoteur** : arthralgie, arthrose, myalgie. **Fonctions psychiques** : troubles sexuels (homme et femme), insomnie, nervosité, dépression, rêves étranges, anxiété et dépersonnalisation. **Appareil respiratoire** : épistaxis. **Peau et phanères** : prurit, éruption érythémateuse, éruption maculopapuleuse et érythème polymorphe. **Organes sensoriels** : conjonctivite, diplopie, douleur oculaire et acouphènes. **Appareil urinaire** : polyurie, troubles de la miction et nycturie. **Système nerveux autonome** : sécheresse de la bouche et diarrhée. **Métabolisme et nutrition** : hyperglycémie, soif. **Hématopoïèse** : leucopénie, purpura et thrombopénie.

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

Les effets suivants ont été observés chez ≤ 0,1 % des patients : insuffisance cardiaque, dyschromie cutanée, urticaire, sécheresse de la peau, syndrome de Stevens-Johnson, alopecie, fascioscissures, ataxie, hypertonie, migraine, apathie, amnésie, gastrite, pancréatite, augmentation de l'appétit, toux, rhinite, parosmies, dysgueusie et xérophtalmie. On a rapporté des cas isolés d'œdème de Quincke; or, ce type d'œdème peut s'associer à des difficultés respiratoires. Après la mise en marché de l'amlopipine, on a rapporté chez des patients ayant reçu cet anti-calcique des cas d'ictère et d'élévation du taux des enzymes hépatiques (évoquant surtout une cholestase ou une hépatite) dont certains étaient assez graves pour justifier l'hospitalisation.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

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

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

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie doit être réglée en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement. Pour l'hypertension et l'angine de poitrine, la dose initiale recommandée de **NORVASC** (bésylate d'amlopipine) est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter la dose après 1 ou 2 semaines jusqu'à la dose maximale de 10 mg, 1 fois par jour. **Administration chez les patients âgés et dans les cas de dysfonction rénale** – La dose initiale recommandée chez les patients de plus de 65 ans et chez ceux qui souffrent d'une dysfonction rénale est de 5 mg, une fois par jour. Au besoin, on peut augmenter progressivement la dose tout en surveillant de près l'état du malade (voir la rubrique **PRECAUTIONS**). **Administration dans les cas de dysfonction hépatique** – On n'a pas établi la posologie du médicament chez les patients atteints d'une dysfonction hépatique. Quand on administre **NORVASC** à ces patients, on doit régler soigneusement la posologie en augmentant graduellement la dose en fonction de la tolérance du patient et de sa réponse au traitement. On devrait songer à la possibilité d'amorcer le traitement avec une dose de 2,5 mg, 1 fois par jour (voir la rubrique **MISE EN GARDE**).

PRESENTATION

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

MODE D'ENTREPOSAGE

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

REFERENCES

1. Monographie de **NORVASC***, Pfizer Canada Inc., avril 2000.
2. Cross BW *et al.* A multicentre study of the safety and efficacy of amlodipine in mild to moderate hypertension. *BJCP* September/October 1993;47(5).
3. The Canadian Hypertension Recommendations Working Group. The 2001 Canadian Hypertension Recommendations. *Perspectives in Cardiol* 2002;2:38-46.
4. Knight CJ *et al.* Amlodipine vs. diltiazem as additional antianginal treatment to atenolol. *Am J Cardiol* 1998;81:133-6.

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

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

DÈS AUJOURD'HUI. POUR DEMAIN.



**Leur objectif : profiter de la vie.
Le vôtre : les cibles tensionnelles[†].**

TAS < 140
TAD < 90

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

L'œdème et les céphalées (8,9 % et 8,3 % chez les hypertendus; 9,9 % et 7,8 % chez les angineux) sont les effets indésirables les plus fréquents[†].

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

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

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

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

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



Notre passion, la vie

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

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

