

INFLAMMATION CHRONIQUE ET MALADIE CARDIOVASCULAIRE

Un lien de plus en plus évident

PAR GUY SABOURIN

A la liste des risques connus qui prédisposent aux maladies cardiaques – hypercholestérolémie, hypertension, tabagisme, sédentarité – il faut en ajouter un autre : l'inflammation.

Pas l'inflammation temporaire et localisée de l'otite, de la bursite ou de la sinusite, mais plutôt l'inflammation systémique chronique principalement liée à certaines maladies comme le psoriasis, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, la maladie inflammatoire de l'intestin (maladie de Crohn) et la gingivite chronique.

« Le risque que les personnes atteintes de l'une de ces maladies inflammatoires fassent un infarctus est de cinq à dix fois supérieur, selon leur état, donc c'est quelque chose de substantiel, explique le cardiologue clinicien Jean-Claude Tardif, directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Toute forme d'inflammation circulante peut augmenter le risque de subir un problème cardiaque. »

Ainsi, les personnes souffrant de psoriasis grave ont un risque accru de 60 % de subir une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, apprenait-on récemment dans la revue *European Heart Journal*. Plus de 50 % de tous les décès prématurés chez les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde sont d'origine cardiovasculaire.

« Il y a vingt ans, nous pensions que seule l'athérosclérose expliquait la maladie cardiaque, poursuit le Dr Tardif. Depuis une quinzaine d'années, on a découvert que l'inflammation joue également un rôle important. Certaines molécules dans le processus de l'inflammation contribuent à l'apparition de l'athérosclérose et à son développement. Beaucoup de gens souffrant de maladies inflammatoires qui n'affectent pas directement le cœur sont pourtant plus à risque de faire un infarctus. »

Les mécanismes expliquant le lien entre inflammation et maladie cardiaque sont très complexes. De façon succincte, on peut dire que l'inflammation chronique met en cause différents types de molécules qui contribuent à l'adhésion des lipoprotéines aux parois des artères, donc à l'athérosclérose. L'inflammation fait également migrer dans les tissus des cellules qui restent habituellement dans le sang ; c'est de cette façon que des organes, dont le cœur, finissent aussi par être touchés par l'inflammation.

BON ET MAUVAIS CHOLESTÉROL

Les personnes atteintes de psoriasis ont davantage de « mauvais » cholestérol (LDL – lipoprotéines de basse densité) et leur « bon » cholestérol (HDL – lipoprotéines de haute densité) semble avoir

une capacité réduite de 25 % d'enlever les cellules qui adhèrent aux artères. En d'autres mots, la capacité « nettoyante » de leur HDL est entravée. Même si leur bilan lipidique est normal, ces particularités augmentent leur risque d'infarctus, apprenait-on aux réunions scientifiques 2011 de l'American Heart Association. C'est pourquoi le Dr Nehal Mehta, directeur de la Clinique sur le risque inflammatoire en cardiologie préventive à l'École de médecine Perelman de l'Université de Pennsylvanie, se demande si la fonction ne deviendrait pas plus importante que la concentration dans les états inflammatoires chroniques.



« Il plaît à l'esprit de penser qu'en contrôlant bien les maladies inflammatoires comme le psoriasis ou la polyarthrite rhumatoïde, on réduit le risque cardiaque. Mais ce n'est pas encore prouvé. Ce sera la prochaine frontière de nos études. »

Dr Jean-Claude Tardif, cardiologue

Selon lui, les nouveaux médicaments injectables de type biologique (Remicade, Humira, Enbrel, anti interleukine 1, etc.) changent le cours des maladies inflammatoires en réduisant plus efficacement les symptômes. « La prochaine étape consiste à prouver que ces médicaments ne réduisent pas juste l'arthrite ou le psoriasis, mais aussi le risque cardiovasculaire », ajoute le cardiologue.

Il insiste : avant même de parler de médicaments, il faut mettre l'accent sur le mode de vie. Bien s'alimenter, conserver un poids santé, enrichir sa diète de fruits et de légumes, de poisson et d'huile d'olive, de légumineuses et de céréales complètes par exemple, et faire de l'activité physique régulièrement restent des actions extrêmement importantes pour réduire son risque cardiovasculaire. « Que l'on souffre de maladie inflammatoire ou pas », conclut le Dr Tardif. ■

Sources

Entrevue téléphonique avec le Dr Jean-Claude Tardif, 66
7 mars 2012.

Mehta, N.N., R.S. Azfar, D.B. Shin, A.L. Neiman, A.B. Troxel et J.M. Gelfand. « Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database », *European Heart Journal*, vol. 31, n° 8, avr. 2010, p. 1000-1006. [En ligne : <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/31/8/1000.abstract>] (Page consultée le 9 mars 2012.)

Penn Medicine–News Release. « Psoriasis is associated with impaired HDL function, Penn Study finds–New research may provide clues into the molecular links of psoriasis and heart disease », 16 nov. 2011. [En ligne : www.uphs.upenn.edu/news/News_Releases/2011/11/psoriasis-hdl/] (Page consultée le 12 mars 2012.)

Symons, D.P. et S.E. Gabriel. « Epidemiology of CVD in rheumatic disease, with a focus on RA and SLE », *Nature Reviews. Rheumatology*, vol. 7, n° 7, 31 mai 2011, p. 399-408.

DE L'IGNORANCE AUTOUR DES « CRISES PULMONAIRES »



Rapport *Remonter à la surface – Rompre le silence*



Les personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), une affection grave et évolutive, ignorent encore souvent les signes d'aggravation de leur maladie que l'on appelle « crise pulmonaire », « exacerbation » ou, terme plus fréquemment employé par les patients, « poussée active ». Ainsi, elles attendent à la dernière minute pour voir un médecin à l'urgence. En agissant de la sorte, elles mettent leur vie en péril et nuisent au traitement optimal de leur maladie.

C'est ce qui ressort d'un important rapport intitulé *Remonter à la surface – Rompre le silence*, publié récemment par le Regroupement canadien des médecins de famille en santé respiratoire, en collaboration avec COPD Canada (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), un organisme à but non lucra-



Les médecins sous-estiment aussi la gravité des crises pulmonaires par rapport aux autres maladies. Constatations très alarmantes puisque les personnes hospitalisées pour une poussée active ou une crise cardiaque risquent tout autant de mourir dans les douze mois qui suivent leur hospitalisation, soit environ un patient sur quatre.

PRÉVENIR

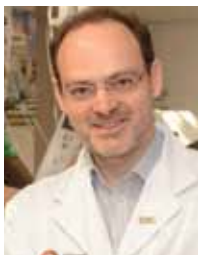
Pour toutes ces raisons, médecins et patients ont besoin d'être alertés, croit le Dr François Maltais, pneumologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et chercheur en MPOC au Québec. « Si nous parvenons à améliorer la déclaration et le traitement précoce des crises

pulmonaires, nous pourrions en réduire la durée et la gravité et prendre des mesures pour les prévenir », soutient-il.

Parmi ces mesures, il y a celle de déclarer à son médecin toutes les crises pulmonaires, même légères. Les patients et médecins doivent avoir un langage commun pour comprendre et décrire les crises, par exemple en définissant clairement que si les « jours où ça ne va pas bien » ou les « congés de maladie » durent plus de 48 heures, il s'agit d'une crise.

Les patients doivent aussi se faire vacciner contre la grippe et la pneumonie, se laver les mains, minimiser les contacts avec les personnes ayant un rhume ou une grippe et prendre leur médicament. Le médecin devrait remettre à chaque patient un plan d'action pour l'aider à reconnaître les symptômes de la crise pulmonaire et lui permettre d'agir en conséquence.

Le médecin doit insister auprès de ses patients : ils ne doivent pas tarder à obtenir de l'aide médicale quand ils souffrent d'une crise pulmonaire. Enfin, il faut une discussion constructive et ouverte autour de la délicate question du tabac, un facteur aggravant majeur de la maladie. **G.S.**



« Si nous parvenons à améliorer la déclaration et le traitement précoce des crises pulmonaires, nous pourrions en réduire la durée et la gravité. »

Dr François Maltais, pneumologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

tif, dont la mission est d'informer et d'accompagner les patients atteints de MPOC et leur famille.

Les symptômes d'aggravation de la MPOC sont davantage la toux, la dyspnée, l'expectoration et l'essoufflement. Ils peuvent se produire quand la personne a été exposée à un rhume, à une grippe, à une pneumonie ou à l'air pollué. Première cause d'hospitalisation parmi toutes les maladies chroniques, la crise pulmonaire accélère le déclin du patient.

SOUS-ESTIMATION

Les patients pensent qu'une crise pulmonaire est moins grave qu'une crise cardiaque, révèle ce rapport. Durant une crise, les patients n'essaieront pas de voir leur médecin traitant, ils attendront plutôt à la dernière minute pour se présenter à l'urgence.

Sources

Regroupement canadien des médecins de famille en santé respiratoire et COPD-Canada. *Remonter à la surface – Rompre le silence : Incidence de l'insuffisance de notification des « crises pulmonaires » au Canada sur les résultats pour les patients souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*, 2012, 18 p. [En ligne : [www.fpagc.com/pdf/Remonter_a_la_surface-Rompre_le_silence_2012%20\(2\).pdf](http://www.fpagc.com/pdf/Remonter_a_la_surface-Rompre_le_silence_2012%20(2).pdf)] (Page consultée le 23 avril 2012.)

Société canadienne de thoracologie. *Lignes directrices canadiennes en santé respiratoire, Plan d'action*, Québec, 2008, 6 p. [En ligne : www.copdactionplan.com/1408_THOR_ActionPlan_fre-v2.pdf] (Page consultée le 23 avril 2012.)

L'Oncotype DX CANCER DU SEIN

TRAITER AVEC OU SANS CHIMIO ? UN TEST POUR MIEUX EN DÉCIDER

PAR MARIE-MICHÈLE MANTHA

Actuellement, les gouvernements et les compagnies pharmaceutiques investissent massivement dans la médecine personnalisée, c'est-à-dire adaptée à chaque patient selon son profil génétique. L'objectif : donner le bon traitement au bon patient. Et possiblement, réduire les coûts de santé. L'un des derniers-nés de cette stratégie est un test génomique appelé Oncotype DX®. Depuis 2010, au Québec, environ 700 femmes atteintes d'un cancer du sein l'ont passé. Grâce à ce test, plusieurs d'entre elles ont évité la chimiothérapie et ses lourds effets secondaires.

Pourquoi ? Les caractéristiques génétiques de leur tumeur prédisaient une très faible possibilité de récurrence.

En somme, ce test génomique permettrait d'épargner la chimiothérapie à environ 30 % des femmes testées, disent les études¹. Il s'adresse aux femmes ayant une forme particulière de cancer du sein : un cancer invasif à un stade précoce (I ou II), hormonodépendant et sans atteinte des ganglions lymphatiques. Autour de 60 % des Québécoises diagnostiquées répondent à ces critères. Parmi ce groupe, le



© Hemera / Thinkstock

tests sophistiqués et en ce sens, l'Oncotype DX n'est ni le premier, ni le dernier. »

EN BREF

Les échantillons de tumeurs sont envoyés en Californie au laboratoire de Genomic Health qui en fait l'analyse pour environ 4 000 \$ US. Au total, 21 gènes de la tumeur sont analysés ; la plupart jouent un rôle dans la vitesse de multiplication des cellules. Le résultat parvient au médecin sous la forme d'un score de récurrence entre 0 et 100 (voir encadré).



« Ce test est un outil tout à fait valable pour soupeser les avantages de la chimiothérapie. »

Dr Alain Bestawros, directeur du programme d'oncologie médicale au CHUM

risque de récurrence du cancer sous forme de métastase après l'ablation de la tumeur par chirurgie est d'en moyenne de 10 % sur dix ans. Jusqu'à présent, pour réduire ce risque, presque toutes les femmes ayant cette forme de cancer du sein recevaient un traitement adjuvant comprenant la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

Pour le Dr Alain Bestawros, directeur du programme d'oncologie médicale au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), ce test est un outil tout à fait valable pour soupeser les avantages de la chimiothérapie. Un outil de plus qui ne remplace pas le jugement clinique et les critères classiques, précise-t-il, comme l'âge de la patiente et la taille de la tumeur. « En oncologie, on a toujours cherché à peaufiner les critères pour distinguer les femmes qui ne bénéficient pas de la chimio de celles qui en bénéficient vraiment, explique-t-il. La médecine se tourne de plus en plus vers des

PAS POUR TOUTES

Ce test ne convient toutefois pas à toutes les femmes éligibles, estime le Dr Bestawros. « Il faut penser à ce que l'on fera du résultat, dit-il. Si je propose le test à une jeune femme à haut risque de récurrence selon les critères classiques et qu'elle obtient un score de 15, aurai-je le courage de ne pas lui offrir de chimio ? » En outre, il est déconseillé de l'offrir à une patiente âgée pour qui la chimiothérapie n'est pas recommandée de toute façon. Il y a aussi le cas (plus rare) de la patiente craignant beaucoup la rechute et réclamant la chimiothérapie coûte que coûte. Autrement dit, l'analyse génomique devrait être utilisée seulement dans les cas où elle peut influencer le traitement.

UNE ÉTUDE EN COURS

Au Québec, le régime public d'assurance maladie couvre les frais de l'Oncotype DX depuis 2010. Il est habituellement prescrit par un oncologue ou un chirurgien, dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID). L'Ontario et la Colombie-Britannique le couvrent aussi.

Étant donné la nouveauté de ce test et les questions d'ordre éthique et politique qu'il soulève, certains médecins ne se sentent pas à l'aise de le proposer. On ignore encore s'il représente une économie

L'ONCOTYPE DX EN QUELQUES POINTS

Analyse : 21 gènes de la tumeur

Résultat : score de récurrence entre 0 et 100

- > De 0 à 18 : risque de récurrence faible (7 % sur 10 ans). La patiente pourra se passer de chimiothérapie.
- > 31 ou plus : risque de récurrence élevé (30 %). La chimio sera prescrite.
- > Dans la zone intermédiaire : la décision est discutable.

pour les gouvernements, même si chaque traitement de chimiothérapie vaut plusieurs milliers de dollars.

En France² et en Angleterre³, les autorités sanitaires attendent notamment les résultats de la plus vaste étude prospective indépendante avant de se prononcer. L'étude, connue sous le nom de TAILORx⁴, est dirigée par les National Institutes of Health des États-Unis et porte sur 11 000 patientes. Les résultats sont attendus en 2014.

Sources

1. Genomic Health. « What is the Oncotype DX® assay? ». [En ligne : www.oncotypedx.com/en-US/Breast/HealthcareProfessional/Overview.aspx]
2. Institut National du Cancer (INCa). *Rapport 2009 sur l'état des connaissances relatives aux biomarqueurs tissulaires uPA-PAI-1, Oncotype DX™ et Mammaprint® dans la prise en charge du cancer du sein*, INCa, Boulogne-Billancourt (France), novembre 2009, 114 p. [En ligne : www.e-cancer.fr]
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). « Gene expression profiling and expanded immunohistochemistry tests to guide selection of chemotherapy regimes in breast cancer management : MammaPrint, Oncotype DX, IHC4 and Mammostrat: diagnostics consultation document », NICE, Angleterre, 24 février 2012. [En ligne : <http://guidance.nice.org.uk/DT/4/Consultation/DraftGuidance>]
4. National Cancer Institute (NIH). « Trial Assigning Individualized Options for Treatment Rx(TAILORx), 2006-2014 », NIH. [En ligne : www.cancer.gov/clinicaltrials/noteworthy-trials/tailorx]

DESCRIPTION DU TEST BIOLOGIQUE - CANCER DU SEIN

Le test Oncotype DX pour le cancer du sein utilise la technique RT-PCR pour déterminer l'expression de 21 gènes dans le tissu tumoral. Le Score de récurrence est calculé à partir des résultats de l'expression génétique. Il s'échelonne de 0 à 100.

RÉSULTATS

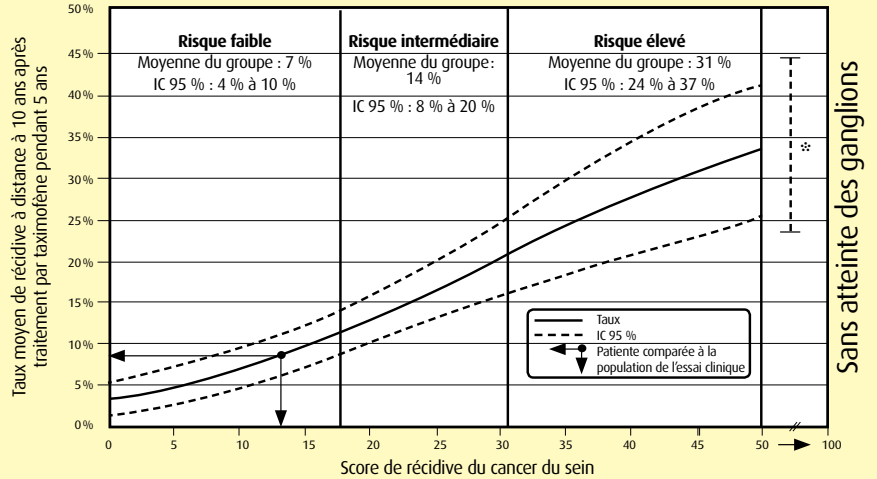
Le Score de récurrence de cancer du sein est égal à 13. Les résultats résumés dans diverses parties du rapport portant sur l'étude clinique s'appliquent aux populations étudiées dans chaque partie. On ignore si les résultats sont applicables aux patientes ne répondant pas aux critères d'évaluation définis.

ÉTUDE CLINIQUE : PRONOSTIC POUR LES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN, SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE, RÉCEPTEURS AUX ŒSTROGÈNES POSITIFS

L'étude clinique comprenait des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade 1 ou 2, récepteurs aux œstrogènes (ER) positifs, sans atteinte ganglionnaire, traitées par tamoxifène pendant cinq ans. Les patientes dont le score était de 13 ont eu un taux moyen de récurrence à distance de 9 % (IC 95 % : 6 %-11 %).

Les résultats suivants proviennent d'une étude clinique de validation sur 668 patientes ayant participé à l'étude NSABP B-14 (Paik S., S. Shak, G. Tang, C. Kim, J. Baker, M. Cronin *et al.* « A multigene assay to predict recurrence of tamoxifen-treated, node-negative breast cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 351, n°27, 2004, p. 2817-2826).

Score de récurrence vs pronostic de récurrence à distance du cancer du sein sans atteinte ganglionnaire, récepteurs aux œstrogènes positifs.



* Pour les scores de récurrence > 50, le taux moyen du groupe de récurrence à distance et de l'IC 95 % sont montrés.

ACCOUCHEMENTS

Le travail dure plus longtemps qu'il y a 50 ans

« Il est temps de redéfinir ce qu'est un accouchement normal », affirme la D^{re} Katherine Laughon, des organismes américains National Institutes of Health (NIH).

Pour mettre au monde leur premier enfant, les femmes passeraient maintenant au moins deux heures de plus en travail que celles des années 1960. Cette découverte venue d'une étude des NIH soulève bien des questions. Les mères sont-elles si différentes ? L'explosion des interventions obstétricales est-elle en cause ? Faut-il revoir les façons de faire ?

PLUS LONG

Interpréter la prolongation de la durée de l'effort en salle d'accouchement représente un beau défi. « Certaines raisons sont connues, par exemple les parturientes d'aujourd'hui sont plus âgées, leur indice de masse corporelle est plus élevé et leur bébé est plus gros », affirme en entrevue la D^{re} Laughon, médecin et auteure principale de l'étude. Toutefois, l'analyse statistique de ces facteurs montre qu'ils sont loin de tout expliquer.

La prolongation du travail serait essentiellement attribuable à l'évolution des interventions médicales, concluent plutôt les chercheurs. Selon leurs observations, les femmes sont douze fois plus nombreuses à recevoir la péridurale qu'auparavant. D'après la D^{re} Laughon, d'autres recherches ont déjà montré que cette seule intervention prolonge le travail de 40 à 90 minutes. Cet élément pourrait faire partie de l'explication.

Si un accouchement normal dure plus longtemps, les professionnels de la santé devront peut-être revoir leurs pratiques. « Dans

L'étude et ses limites

Le premier groupe de femmes a été mis sur pied en 1959, l'autre en 2002. Chaque groupe a été suivi sur une période de six ans. Le premier comprend près de 40 000 naissances et le second, près de 100 000. Tous les accouchements ont eu lieu à terme et ont démarré de façon spontanée. Des lacunes ? Avec ce genre d'analyse rétrospective, on obtient des données moins fiables. À l'origine, ces groupes ont été conçus à des fins très différentes, sans imaginer qu'ils allaient un jour être comparés. De plus, des données sont manquantes. Ainsi, on en sait peu sur l'état de santé des mères sélectionnées et sur celui de leur bébé.



© istockphoto / Thinkstock

certain cas, les médecins diagnostiquent peut-être trop rapidement qu'un travail se prolonge anormalement, car ils se basent sur des définitions désuètes de ce qu'est un accouchement normal, avance la D^{re} Laughon. Ainsi, il se peut qu'ils interviennent trop tôt en administrant de l'ocytocine ou en pratiquant une césarienne chez une femme dont l'accouchement progresse plus lentement. »

RÉSERVES

L'obstétricien Jean-Marie Moutquin, scientifique principal pour le soutien à la pratique clinique à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS), émet des réserves sur cette étude. Étant donné ses failles méthodologiques, on ne peut se fier entièrement aux résultats chiffrés. Tout de même, il le confirme : plusieurs études scientifiques montrent que la péridurale allonge le temps de travail. L'âge de la mère et son poids ont le même effet.

L'univers de l'obstétrique a bien changé en 50 ans. La société aussi. Les femmes ont davantage leur mot à dire sur les interventions qu'on leur propose. La peur d'accoucher est beaucoup plus répandue. Aussi, l'accès aux soins n'est plus le même, rappelle le Dr Moutquin. Durant les années 1960, la péridurale était rarement offerte. L'anesthésie générale et les forceps étaient la norme.



« *Ce qui entraîne le plus d'actes médicaux, c'est le fait d'admettre trop tôt à l'hôpital une femme enceinte en contractions. Le travail risque alors de ralentir.* »

Dr Jean-Marie Moutquin, scientifique principal pour le soutien à la pratique clinique, INESSS.

À VENIR

Au Québec, la préoccupation de l'heure ne concerne pas tant la durée du travail que le recours excessif aux interventions obstétricales. En effet, près d'un bébé sur quatre naît par césarienne. L'un des objectifs de la dernière politique de périnatalité consiste d'ailleurs à réduire les interventions non nécessaires, dont les césariennes et les administrations d'ocytocine. Avec des partenaires du réseau de la santé et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, une équipe de l'INESSS a proposé une série de mesures au gouvernement pour faire en sorte que médecins, infirmières et autres intervenants ciblent mieux leurs actions auprès des femmes.

« Ce qui entraîne le plus d'actes médicaux, c'est le fait d'admettre trop tôt à l'hôpital une femme enceinte en contractions, soutient le Dr Moutquin. Le travail risque alors de ralentir. Plusieurs pratiques, comme l'accélération du travail par l'ocytocine et l'analgésie par péridurale, découlent de cette erreur. » Un juste diagnostic de travail actif est donc primordial. Parmi les autres avenues explorées, il y a le souci particulier accordé à l'accompagnement des femmes en travail. C'est prouvé : celles qui profitent d'un soutien continu

COMPARAISON DES NAISSANCES SOUS-GROUPE DES PREMIERS ACCOUCHEMENTS

	Cohorte 1959-1965 N = 14 791	Cohorte 2002-2008 N = 43 576
Âge de la mère (années)	20,4 ± 4,0	24,4 ± 5,7
Indice de masse corporelle de la mère à l'accouchement (kg/m ²)	25,5 ± 3,4	29,6 ± 4,9
Péridurale (%)	5	60
Ocytocine (%)	16	37
Durée de la dilatation, 4 cm à complet (heure médiane)	3,9	6,5
Forceps (%)	66	3
Épisiotomie (%)	92	27
Césarienne (%)	3	16
Poids du bébé (gr)	3 077	3 190

de la part du personnel infirmier ou d'autres intervenants dûment formés ont de 15 à 20 % moins de césariennes.

Sommes-nous à la veille de démedicaliser les accouchements normaux ? Chose certaine, les questions sont posées. Pour en savoir plus sur les mesures¹ remises en juillet dernier au ministère de la Santé, il faudra patienter jusqu'à l'automne. ■ **M.-M.M.**

1. Rossignol, M., F. Boughrassa et J.M. Moutquin. *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, 2012.

Sources

Entretiens avec Louise Gareau, infirmière à la retraite, 29 mai 2012 et le Dr Richard Brown, obstétricien au Centre universitaire de santé McGill, 8 juin 2012.

Entrevue avec Dr Jean-Marie Moutquin, 11 juin 2012.

Laughon, S.K., D.W. Branch, J. Beaver et J. Zhang. « Changes in labor patterns over 50 years », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 206, n° 5, mai 2012, p. 419.e1-9.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, MSSS, 2008, 164 p. [En ligne <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/a19eef5afd067bd18525746000485817?OpenDocument>]

Rivard, A. « L'enfantement dans un Québec moderne : générations, mémoires, histoire » (thèse de doctorat), Québec, Université Laval, 2010, 379 p.

URGENCE

Plus on attend, plus c'est risqué

Attendre de longues heures à l'urgence constitue un risque pour la santé. C'est ce que démontre une étude ontarienne publiée dans le *British Medical Journal*. Plus l'attente est longue, plus le risque augmente.

« Que vous soyez assis dans la salle d'attente ou couché sur une civière en attente d'hospitalisation, il y a un risque », précise le Dr Bernard Mathieu, président de l'Association des médecins d'urgence du Québec.



« Chez les personnes âgées privées de mouvement, la perte de masse musculaire et osseuse survient en 24 heures sur une civière. »

Dr Bernard Mathieu, président de l'Association des médecins d'urgence du Québec

« Le risque propre à la salle d'attente vient du fait qu'aucune intervention n'a encore été faite, précise le médecin. L'état du patient peut empirer. Le risque sur une civière découle du fait que même si l'on a commencé les soins, ils sont difficiles à recevoir dans une urgence bondée où le personnel soignant est débordé. Chez les personnes âgées privées de mouvement, la perte de masse musculaire et osseuse survient en 24 heures sur une civière. »

Il vaudrait mieux monter les patients à l'étage dès leur admission, les unités étant plus proactives pour donner les soins. Pour faire de la place, il faudrait accélérer le départ de ceux en attente d'un congé. « Cette pratique est sécuritaire et c'est documenté », commente le Dr Mathieu.

Même les personnes avec un problème mineur (P5 au tri) subissent les effets de l'attente.

QUITTER L'URGENCE SANS AVOIR ÉTÉ VU N'EST PAS NÉFASTE

« Les taux absolus de mort et d'admission étaient plus élevés chez les patients plus malades, et moindres chez les patients ayant quitté l'urgence sans avoir été vus que chez ceux qui ont été vus et qu'on a retournés chez eux, écrivent les auteurs de l'article. Contrairement à la croyance populaire, quitter l'urgence sans avoir été vu n'est pas associé à un risque d'événement néfaste à court terme. »

Ces observations ont été tirées d'une étude de cohortes dans la gigantesque base de données ontarienne sur près de 14 millions de patients, entre les années 2003 et 2007. **G.S.**

Sources

Entrevue téléphonique avec le Dr Bernard Mathieu le 14 mars 2012.

Guttmann, A., M. Schull, M. Vermeulen et A. Stukel. « Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada ». *British Medical Journal*, 1^{er} juin 2011. [En ligne : www.bmj.com/content/342/bmj.d2983] (Page consultée le 15 mars 2012.)