

way you can help out; if not, you can help initiate a campaign. An off-the-shelf resource kit that includes a planning guidebook, a video, and posters is available from the Canadian Bicycle Helmet Coalition (page 1179).

Legislating helmet use

Bicycle helmet promotion will move quickly in the next few years. The emphasis will soon shift from promotion to legislation mandating helmet use. Legislation is already slated for late 1995 in Ontario, and Dr Brian Morris in Barrie was instrumental in coordinating the physician lobby effort and in providing testimony. Similar efforts are needed across Canada.

By the year 2000, bicycle helmet use will probably be mandatory nation-wide. While the campaign will have achieved its end, I hope there will be spinoffs and momentum for additional safety projects both on and off the road. The helmet campaign has highlighted the importance of injury prevention. Long overshadowed by initiatives directed at other killers such as cancer and heart disease, injury is the number one cause of death among those younger than age 40. And as our pediatric colleagues need to be reminded, injury accounts for the bulk of childhood illness.

Small strategic interventions in the community, such as a stop sign, improved snow clearance at school bus stops, a crossing guard at rush hour, a fence, or protective covering on play structures, can have great impact. Opportunities abound, and as a physician in the community, you can make a difference. Carpe diem! ■

Dr Cushman is the Director of Public Health in Western Quebec and practises family medicine part time at Somerset West Community Health Centre in Ottawa.

Requests for reprints to: Dr Robert Cushman, Director de la Santé Publique, 104, rue Lois, Hull, QC J8Y3R7

References

1. Ontario Medical Association. *Bicycle accident fact sheet*. Toronto: Ontario Medical Association, 1989.
2. Friede AM, Azzara CV, Gallagher SS, Guyer B. The epidemiology of injuries to bicycle riders. *Pediatr Clin North Am* 1985;32:141-51.
3. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC. A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *N Engl J Med* 1989;320:1361-7.
4. DiGuseppi CG, Rivara FP, Koepsell TD, Polissar L. Bicycle helmet use by children: evaluation of a community-wide helmet campaign. *JAMA* 1989;262:2256-61.
5. Cushman R, Pless R, Hope D, Jenkins C. Trends in bicycle helmet use in Ottawa from 1988 to 1991. *Can Med Assoc J* 1992;146:1581-5.

...

Ethics and politics of dying

EUGENE BEREZA, MD CM, CCFP

Sue Rodriguez died on Saturday, February 12, 1994, an apparent suicide, allegedly assisted by a physician. The national spotlight has focused the public, the politicians, and the medical community on the need to discuss and come to terms with the issue of physician-assisted suicide and euthanasia.

What do family physicians think about these issues? Is physician-assisted suicide a good thing or a bad thing? Are we for or against euthanasia? Who should decide what is ethically permissible: the individual patient, the medical community, or Parliament? Should we even be involved in the debate? Will merely raising the issue automatically condone its legitimacy and inherently contribute to the



Potential positive effect on human cartilage¹

Surgam SR is the only NSAID that can suggest a positive *in vivo* effect on cartilage in OA patients in its product monograph²:

"In vivo data in osteoarthritis patients showed a significant reduction in stromelysin (proteoglycanase) activity further to pretreatment with tiaprofenic acid.

These results support tiaprofenic acid as an effective inhibitor of stromelysin and also suggest a positive effect on the joint cartilage under experimental conditions in patients receiving therapeutic doses. The clinical significance of these findings is under further investigation."

Surgam /Surgam SR product monograph, 1993

For prescribing information see page 1112

Surgam[®] SR
Sustained release capsules tiaprofenic acid 300 mg

Hoechst-Roussel Canada Inc.



ADSUR 01/94

© Registered trademark of Roussel UCLAF SA, France.

ÉDITORIAUX

Promouvoir le port du casque de cyclisme

Prototype d'activisme médical pour la prévention des blessures

ROBERT CUSHMAN, MD, CCMF

Le port du casque de cyclisme est de plus en plus populaire, et avec raison. Plus de 100 Canadiens, dont la moitié sont des enfants de moins de 15 ans, meurent chaque année des suites d'un accident de bicyclette.¹

Considérant que 75% des décès sont attribuables aux traumatismes crâniens et que le port d'un casque pourrait prévenir jusqu'à 85% de ces décès, il serait donc possible d'épargner 65 vies par année au Canada.^{2,3} Le port du casque comporte également d'autres avantages dont celui de réduire le nombre de cas d'invalidité permanente et le nombre d'hospitalisations et de consultations dans les salles d'urgence.

Le défi, néanmoins, est de convaincre les cyclistes de porter un casque. Malgré certains progrès au Canada, moins de 15% de la population porterait le casque protecteur, et il existe une grande variation d'une région à l'autre. Les innovations doivent s'accompagner d'un changement au niveau des connaissances, des attitudes et du comportement. Des efforts ont été déployés au cours des dernières années afin



de sensibiliser la population aux avantages de porter un casque protecteur. Nos connaissances sur le sujet étaient auparavant plutôt déficientes, mais nous en savons maintenant beaucoup plus.

Il reste cependant beaucoup à faire pour changer l'attitude des cyclistes, particulièrement auprès de ceux qui pensent que les blessures ne peuvent "qu'arriver aux autres". Les accidents de bicyclette ne guettent pas seulement les cyclistes malhabiles ou ceux qui parcourent de longues distances. Ils sont plutôt chose courante, surtout pendant l'enfance, et ils se produisent près du domicile.

Les autres obstacles au port du casque de cyclisme sont l'influence des pairs, la conception même des casques et leur prix. Dans ce domaine, il s'est fait énormément de progrès. Il est maintenant possible de se procurer un casque pour moins de 20 \$, même si cette dépense est considérée élevée pour les familles à faible revenu. Les casques sont maintenant plus légers, plus attrayants et mieux ajustés. Ils font maintenant partie de l'accoutrement du cycliste et l'influence des pairs pourra fort bien aller dans le sens du renforcement positif.

Quel groupe les médecins doivent-ils viser?

Cette édition du *Médecin de famille canadien* contient trois articles de recherche qui font la démonstration de plusieurs interventions impliquant les médecins dans différentes communautés (pages 1116, 1126 et 1132). Il en ressort que le travail a été effectué en dehors du cabinet de consultation et, pour obtenir de meilleurs résultats, avec des partenaires de la communauté: éducateurs, corps policier, associations de cyclisme, groupes de services et marchands de bicyclettes. Tout médecin de famille intéressé à promouvoir le port du casque devrait cibler l'école primaire de sa localité plutôt que la population qui fréquente son bureau.

La recherche confirme l'évidence à savoir que les projets multidisciplinaires comportant une variété d'interventions sont les plus efficaces.^{4,5} Le facteur clé consiste à mobiliser la communauté. Les interventions suivantes figurent au nombre de celles qui sont décrites dans les trois articles de recherche: couverture par les médias, coupons promotionnels, affiches, compétitions, courses, événements rassemblant les amateurs, achats en grandes quantités et même les conseils de médecins sur les pistes cyclables. L'article de Rourke, qui vit dans la petite localité de Goderich, Ont, décrit l'influence d'un événement dramatique. Le taux du port du casque y est passé de moins de 1% à plus de 12% en 9 mois. Malheureusement, il y eut un

accident fatal par la suite, ce qui a fait passer le taux de port du casque à plus de 50% dans cette localité.

Les médecins peuvent influencer le port du casque. Nous ne devrions pas sous-estimer notre capacité et notre crédibilité lorsque vient le temps de rendre publiques les questions de sécurité. Nous pouvons présenter les données épidémiologiques, faire le récit d'expériences cliniques et identifier les patients qui accepteraient de partager leurs expériences personnelles afin de sensibiliser et de motiver les autres.

Ceux qui veulent s'impliquer devrait cibler une population « captive » et à risque. Les écoles primaires sont le milieu idéal. Les écoles tiennent souvent une activité sociale au printemps, et la sécurité à bicyclette est un thème qu'il est facile d'incorporer au programme. Identifiez des partenaires. Connaissez-vous l'infirmière de l'école, son directeur ou des membres de l'Association parents-enseignants? Dans le cas contraire, présentez-vous spontanément. Si une campagne est déjà prévue, vous pouvez y participer; sinon, vous pouvez aider à initier une telle campagne. Vous pouvez vous procurer auprès de la Coalition canadienne pour le casque de cyclisme (page 1179) une trousse comprenant un guide de planification, une vidéocassette et des affiches.

Législation sur le port du casque

La promotion du casque de cyclisme s'amplifiera au cours des prochaines années et on mettra dorénavant l'accent sur une législation visant le port obligatoire. Elle est d'ailleurs déjà prévue pour la fin de l'année 1995 en Ontario, et le Dr Brian Morris de Barrie a joué un rôle clé dans la coordination du

lobbying des médecins et par ses témoignages. Nous avons besoin d'efforts semblables dans les autres régions du Canada.

En l'an 2000, le port du casque de cyclisme sera probablement obligatoire partout au pays. Même si la campagne aura réalisé son objectif, j'espère qu'elle inspirera d'autres projets visant la sécurité sur la route et en dehors de la route. La campagne du casque de cyclisme a fait ressortir l'importance de prévenir les blessures. Longtemps laissées dans l'ombre à cause des initiatives visant les autres principales causes de décès, telles le cancer et les maladies du coeur, les blessures sont la principale cause de décès chez les moins de 40 ans. Il faudrait d'ailleurs rappeler à nos collègues pédiatres que les blessures sont responsables de la plupart des affections de l'enfance.

Des interventions stratégiques même modestes, telles les signes d'arrêt, l'amélioration du déblaiement de la neige aux arrêts d'autobus scolaires, un responsable aux intersections aux heures de pointe, une clotûre, un recouvrement protecteur sur les structures de jeu, peuvent avoir des répercussions positives énormes. Les occasions sont nombreuses et, comme médecin de votre localité, vous pouvez être influent. Carpe diem! ■

Dr Cushman est Directeur de la Santé publique pour l'ouest du Québec et exerce la médecine familiale à temps partiel au Somerset West Community Health Centre à Ottawa.

Veillez adresser vos demandes de tirés à part à: Dr Robert Cushman, directeur de la Santé publique, 104 rue Lois, Hull, Qué. J8Y3R7

Références

1. Association médicale de l'Ontario. *Bicycle accident fact sheet*. Toronto: Ontario Medical Association, 1989.

2. Fricde AM, Azzara CV, Gallagher SS, Guyer B. The epidemiology of injuries to bicycle riders. *Pediatr Clin North Am* 1985;32:141-51.
3. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC. A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *N Engl J Med* 1989;320:1361-7.
4. DiGuseppi CG, Rivara FP, Koepsell TD, Polissar L. Bicycle helmet use by children: evaluation of a community-wide helmet campaign. *JAMA* 1989;262:2256-61.
5. Cushman R, Pless R, Hope D, Jenkins C. Trends in bicycle helmet use in Ottawa from 1988 to 1991. *J Assoc Méd Can* 1992;146:1581-5.

•••

L'éthique et la politique face à la mort

EUGENE BEREZA, MD, CM, CCMF

Sue Rodriguez est décédée le samedi 12 février 1994, apparemment d'un suicide et, présumément, avec l'assistance d'un médecin. La couverture nationale de cette nouvelle a attiré l'attention de la population, des politiciens et de la communauté médicale sur la nécessité de discuter et d'en arriver à un accord concernant le suicide médicamenteux assisté et l'euthanasie.

Que pensent les médecins de famille de toutes ces questions? Le suicide médicalement assisté est-il une bonne chose ou une perversité? Sommes-nous pour ou contre l'euthanasie? Qui doit décider ce qui est permmissible du point de vue éthique: l'individu, la communauté médicale ou le parlement? À la limite, devons-nous nous impliquer dans le débat? Le seul fait de soulever ces questions condamne-t-il leur légitimité et contribue-t-il fondamentalement à la perception de leur inévitabilité? La politique du