

par Emmanuèle Garnier

Femmes et complications cardiovasculaires

cibler le syndrome métabolique plutôt que l'obésité



Dr Marc-André Lavoie

La nouvelle cible de la lutte contre les maladies cardiovasculaires chez la femme ? Le syndrome métabolique. C'est lui, et non l'obésité, qui est lié au risque d'apparition de problèmes cardiaques et vasculaires cérébraux, révèle l'étude WISE publiée dans *Circulation*¹. Le nouvel objectif proposé : réduire, à la fois chez les femmes de poids normal et chez les obèses, les facteurs

de risque associés au syndrome.

La Women's Ischemia Syndrome Evaluation, dirigée par le Dr Kevin Kip, de l'université de Pittsburgh, comprenait 780 femmes âgées en moyenne de 58 ans qui allaient passer une angiographie coronarienne pour des symptômes ressemblant à ceux d'une ischémie myocardique. Les participantes ont été classées selon leur indice de masse corporelle (IMC), la présence ou l'absence du syndrome métabolique et de diabète.

Chez quelles femmes le malaise s'est révélé être un problème coronarien ? Lesquelles ont échappé à ce diagnostic ? Les résultats de l'angiographie montrent que la présence d'une grave maladie coronarienne, caractérisée par au moins une sténose de plus de 50 % de diamètre, a été associée de manière significative à la présence du syndrome métabolique, mais pas à l'IMC.

Le poids et la présence du syndrome métabolique allaient-ils jouer un rôle dans les années suivantes ? Les chercheurs ont suivi les participantes pour surveiller l'apparition de complications cardiovasculaires graves en communiquant annuellement avec elles pendant une période dont la médiane est de 3,5 ans.

Il est apparu que le surplus de poids initial ou l'obésité du début n'accroissaient pas le risque de décès ou de problèmes cardiovasculaires graves au cours des trois années suivantes. Par contre, le « dysmétabolisme » définit par la présence du syndrome métabolique ou du diabète qu'il entraîne augmentait d'environ deux fois la probabilité de problèmes cardiovasculaires majeurs ou de mort en trois ans.

L'importance du diagnostic chez les femmes

Il existe un lien indéniable entre le syndrome métabolique et l'IMC. L'étude WISE l'a confirmé. Néanmoins, elle montre que les 52 participantes de poids normal, mais qui souffraient d'un dysmétabolisme, ont été particulièrement atteintes de problèmes cardiovasculaires graves. Et à l'opposé, les 197 femmes au métabolisme normal, mais atteintes d'un surplus de poids ou même d'obésité, ont présenté un risque de troubles cardiovasculaires relativement bas.

« Les résultats de l'étude WISE impliquent que les

14

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

| | |
|---|-----|
| Femmes et complications cardiovasculaires cibler le syndrome métabolique plutôt que l'obésité | 14 |
| Herpès génital le valacyclovir réduit de moitié le taux de transmission | 15 |
| Vaccin antivaricelleux efficace malgré les doutes soulevés | 22 |
| Mise en garde Permax et endormissement soudain | 25 |
| Bibliographie Mémoires d'un médecin de campagne | 177 |
| Au tableau d'honneur Nominations à l'Université de Sherbrooke | 180 |

1. Kip KE, Marroquin OC, Kelley DE et coll. Clinical importance of obesity versus the metabolic syndrome in cardiovascular risk in women: a report from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Circulation* 2004 ; 109 : 706-13.

E N C A D R É

Le syndrome métabolique est défini par la présence d'au moins trois des facteurs suivants :

- obésité abdominale ;
- hypertriglycéridémie ;
- faible taux de cholestérol HDL ;
- hypertension ;
- hyperglycémie à jeun.

cliniciens doivent maintenant utiliser les cinq critères du syndrome métabolique, estime le **D^r Marc-André Lavoie**, interniste spécialisé dans le métabolisme des lipides à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Lorsqu'on détecte un patient souffrant du syndrome métabolique, on repère une personne qui a une très forte probabilité de devenir diabétique et dont le risque de subir un accident vasculaire cérébral ou un accident coronarien dans les années à venir est deux fois plus important. »

Chez les femmes, le diagnostic du syndrome métabolique est particulièrement important. « Pour des raisons qui ne sont pas très claires, les femmes semblent plus susceptibles de passer rapidement du syndrome métabolique au diabète et de présenter rapidement par la suite des complications vasculaires. »

La graisse abdominale

Pourquoi le syndrome métabolique et non l'obésité favoriserait l'apparition de problèmes cardiovasculaires ? La réponse tient à la présence de graisse abdominale. « La mesure de l'IMC, qui sert à définir l'excès pondéral et l'obésité, ne quantifie pas l'importance de la graisse sous-cutanée par rapport à celle des viscères chez une personne donnée. La superficie de graisse viscérale, qui est associée à un état de résistance à l'insuline, semble être un lien important entre plusieurs composantes du syndrome métabolique comme la dyslipidémie et l'hypertension », expliquent les auteurs de l'étude.

Ainsi, toutes les personnes corpulentes ne sont pas égales devant les troubles cardiovasculaires. « La plasticité de notre tissu adipeux est génétiquement déterminée. Certains peuvent avoir un IMC de 31, mais ne pas présenter de syndrome métabolique parce qu'ils sont capables de garder le surplus de graisse dans les adipocytes, indique le **D^r Lavoie**. À l'opposé,

une autre personne peut avoir un IMC de seulement 28, mais ne plus parvenir à accumuler l'excédent de graisses qui sera alors dévié vers les muscles, le foie, le pancréas et les vaisseaux sanguins. »

Le remède au syndrome métabolique est complexe, car il touche à des problèmes de société. « Le syndrome métabolique constitue un défi pour la profession médicale. Il ne faut pas attendre d'avoir une foule de médicaments pour le traiter. On doit mettre en place des mesures permettant la modification du mode de vie pour juguler cette épidémie. On doit étudier comment établir des partenariats avec le monde scolaire, l'industrie agroalimentaire, le monde de l'exercice pour pouvoir lutter de façon globale contre ce problème. Si l'on rate ce défi, environ 20 % de la population adulte en Amérique du Nord sera diabétique en 2020. » ❧

Herpès génital

le valacyclovir réduit de moitié le taux de transmission

15

La prise quotidienne de valacyclovir (Valtrex®) peut réduire de moitié la transmission de l'herpès génital de type 2 chez les couples hétérosexuels à qui l'on conseille d'utiliser des condoms, révèlent les données d'une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*¹.

Mais, en réalité, l'efficacité de l'antiviral pourrait être encore meilleure. Chez 67 % des couples de l'étude, le partenaire infecté était la femme. « On sait que le taux de transmission de l'herpès de la femme à l'homme est de moins de 5 % sur une base annualisée. Les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'attraper l'herpès que les hommes. L'étude était donc menée sur les sujets qui risquaient le moins de contaminer leur partenaire », critique le **D^r Marc Steben**, médecin-conseil à l'Institut national de Santé publique du Québec.

L'essai clinique, financé par GlaxoSmithKline, a été réalisé par le **D^r Lawrence Corey**, de l'université de Washington, à Seattle. Le chercheur et ses collaborateurs ont recruté dans plusieurs pays 1484 couples

1. Corey L, Wald A, Patel R et coll. Once-daily Valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 11-20.

hétérosexuels et monogames dont l'un des membres souffrait d'un herpès de type 2 symptomatique et dont l'autre en était exempt. Le partenaire infecté, qui était randomisé, devait prendre quotidiennement soit 500 mg de valacyclovir soit un placebo. Le partenaire non atteint était parallèlement suivi tous les mois pour surveiller l'apparition éventuelle des signes cliniques ou des symptômes de l'infection virale. À chaque visite, les couples recevaient des conseils sur les relations sexuelles protégées et obtenaient gratuitement des préservatifs.

Résultats ? Au bout de huit mois, 41 des partenaires non infectés ont attrapé l'herpès de type 2 : 27 dans le groupe témoin (3,6 %) et 14 dans le groupe sous valacyclovir (1,9 %). L'antiviral a ainsi réduit le taux de transmission de 48 %. Parmi les 41 nouvelles infections, 21 était par ailleurs seulement une séroconversion et 20 étaient des cas d'herpès génital symptomatique.

500 mg ou 1 g par jour ?

Comment le valacyclovir réduit-il le risque de contamination ? Une sous-étude faite sur 89 des couples a montré que le médicament diminuait l'excrétion asymptomatique du virus. L'ADN du virus de l'herpès a été détecté pendant 2,9 % des jours dans les sécrétions génitales des sujets traités par le valacyclovir et pendant 10,8 % du temps dans celles des patients qui prenaient le placebo.

L'agent antiviral a également permis de prolonger la période sans poussée d'herpès génital. Ainsi, des symptômes ont resurgi chez seulement 38,8 % des patients du groupe traité par le valacyclovir, contre 77,3 % des sujets du groupe témoin.

Au Canada, la réduction du risque de transmission de l'herpès génital est maintenant une nouvelle indication du valacyclovir. Mais le patient doit-il vraiment prendre 500 mg par jour comme dans l'étude ? Le D^r Steben, expert dans le domaine, prescrit de façon empirique, à l'occasion, 1 g par jour à ses patients en plus des préservatifs. Il a recours à cette dose surtout pour empêcher une femme enceinte d'être infectée par son partenaire. « Les études préliminaires qui ont précédé l'essai clinique du D^r Corey ont toutes porté sur la dose de 1 g par jour. Elle réduisait davantage l'excrétion asymptomatique du virus et le nombre de récurrences que la dose quotidienne de 500 mg. Il est à souhaiter que l'étude soit refaite avec des doses supérieures pour réduire l'excrétion virale au minimum. »

Les condoms peu utilisés

Au-delà de la prise de valacyclovir, d'autres facteurs entraînent en jeu dans la transmission de l'herpès de type 2. Les données sur le condom sont particulièrement intéressantes. Malgré les conseils, 37 % des couples ont affirmé ne pas avoir utilisé de préservatifs. Seulement 20 % déclarent en avoir employé dans plus de 90 % des relations sexuelles.



D^r Marc Steben

Chez les couples qui ne se protégeaient pas, le valacyclovir semble avoir quand même réduit le taux de contamination. Le risque de transmission n'était que de 1,5 % lorsque le partenaire infecté prenait l'antiviral, mais grimpeait à 4,4 % quand il recevait le placebo (*Voir le tableau, à la page 21*). « Le recours aux condoms, qui sont partiellement efficaces pour réduire la transmission du virus de l'herpès de type 2, doit continuer à être recommandé, tout comme l'abstinence pendant les éclosions », conseillent les auteurs de l'étude.

Le sexe du partenaire non infecté était également important. Plus de femmes que d'hommes ont attrapé l'herpès de type 2. Dans le groupe témoin, 7,4 % des partenaires féminines ont été contaminées par rapport à 1,8 % des partenaires masculins. La prise du valacyclovir a permis de réduire le taux de transmission à 3,3 % chez les premières et à 1,2 % chez les seconds.

Pas d'effets secondaires

L'antiviral n'a pas semblé avoir d'effets secondaires. « Le Valtex est l'un des rares médicaments du Compendium des produits et des spécialités pharmaceutiques à être associé à plus d'effets secondaires dans le groupe témoin que dans le groupe sous médicament, explique le D^r Steben. On dispose même d'études sérieuses qui montrent son innocuité pendant la grossesse et son efficacité pour réduire

(Suite à la page 21) ►►►

T A B L E A U

Taux de transmission de l'infection par le virus de l'herpès simplex 2 (HSV) aux partenaires exposés, selon la catégorie de risques

| Variable | | Valacyclovir (n=743) | Placebo (n=741) |
|---|------------------|-------------------------|--------------------|
| Nombre de patients qui ont été infectés par le HSV-1/ nombre total (%) | | | |
| | Total | 14/743 (1,9) | 27/741 (3,6) |
| Sexe du partenaire exposé | | | |
| | Femme | 8/244 (3,3) | 18/244 (7,4) |
| | Homme | 6/499 (1,2) | 9/497 (1,8) |
| Présence du HSV-1 chez le partenaire exposé | | | |
| | Positif | 10/517 (1,9) | 19/514 (3,7) |
| | Négatif | 4/226 (1,8) | 8/227 (3,5) |
| Durée de l'infection génitale à HSV-2 chez le partenaire infecté* | | | |
| | < 2 ans | 4/127 (3,1) | 8/137 (5,8) |
| | ≥ 2 ans | 10/613 (1,6) | 19/602 (3,2) |
| Durée de la relation* | | | |
| | < 2,5 ans | 10/401 (2,5) | 21/409 (5,1) |
| | ≥ 2,5 ans | 4/336 (1,2) | 6/326 (1,8) |
| Fréquence du port du condom* | | | |
| | Jamais | 4/274 (1,5) | 11/250 (4,4) |
| | Parfois | 7/288 (2,4) | 12/313 (3,8) |
| | Presque toujours | 3/141 (2,1) | 4/140 (2,9) |
| Nombre de contacts sexuels par mois* | | | |
| | ≤ 5 | 1/225 (0,4) | 6/257 (2,3) |
| | > 5 à 10 | 6/310 (1,9) | 8/261 (3,1) |
| | > 10 | 7/176 (4,0) | 13/191 (6,8) |

* Les pourcentages sont basés sur le nombre de couples pour lesquels les données étaient disponibles.

† Les catégories représentent l'utilisation mensuelle combinée indiquée par les sujets pendant les huit mois de l'étude : « parfois » signifie de 1 % à 90 % du temps ; et « presque toujours », plus de 90 % du temps.

Corey L, Wald A, Patel R et coll. Once-daily Valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 17. Copyright© 2004 Massachusetts Medical Society (MMS). Tous droits réservés. Traduit avec l'autorisation de la MMS, 2004.

◀◀◀ (Suite de la page 16)

le recours à la césarienne. »

Le valacyclovir est dorénavant l'une des armes de l'arsenal de la lutte contre la transmission de l'herpès. « Le fait qu'une personne révèle à son nouveau partenaire qu'elle est atteinte de cette maladie diminue le taux de contamination d'au moins 50 %. Le condom réduit aussi le risque, même s'il ne protège pas parfaitement.

Et maintenant, l'étude du D^r Corey montre que la prise de Valtrex associée à l'usage de condoms peut freiner la transmission de l'herpès. »

Le traitement par le valacyclovir coûte quelque 1200 \$ par année. Doit-il être pris à vie ? Il faut le prescrire selon l'évolution des besoins du patient, qui doivent être évalués tous les ans, recommande le D^r Steben. ☞

Vaccin antivarielleux efficace malgré les doutes soulevés

Le vaccin contre la varicelle protégerait-il moins après un an ? C'est ce que soutiennent des chercheurs américains dont les données montrent que l'efficacité du produit, qui est de 97 % la première année, n'est plus que de 84 % entre la deuxième et la huitième année¹. La situation ne serait cependant pas aussi inquiétante que le laissent paraître ces résultats publiés dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA).

Ce qui surprend le **D^r Gaston De Serres**, médecin épidémiologiste à l'Institut national de Santé publique du Québec, c'est davantage le taux d'efficacité du vaccin la première année que celui des années suivantes. « Dans d'autres études, les résultats de la première année étaient beaucoup moins élevés. Dans celle-ci,

le nombre de sujets malades au cours des 12 premiers mois était très limité, ce qui donne au vaccin une très grande efficacité. Si seulement un ou deux cas additionnels étaient survenus la première année, la différence par rapport au taux d'efficacité des autres années aurait été beaucoup moins grande. »

L'étude publiée dans le *JAMA* a été réalisée dans le sud du Connecticut par la **D^{re} Marietta Vázquez** et ses collègues de l'université Yale. Les chercheurs ont étudié 339 enfants de 13 mois ou plus atteints de varicelle, chez qui la présence de l'ADN du virus varicelle-zona a été confirmée par un test d'amplification en chaîne par polymérase. Pour chaque cas, deux patients témoins du même âge ont été



D^r Gaston De Serres

sélectionnés.

Au cours des huit ans de l'étude, l'efficacité globale du vaccin a atteint 87 %. Elle s'est hissée à 97 % la première année, mais est descendue par la suite et variait entre 81 % et 86 % (voir le tableau). L'écart entre ces deux plateaux est significatif. « Ce qui m'inquiéterait beaucoup ce serait de voir, année après année, que l'efficacité tend clairement à diminuer, ce qui n'est pas le cas », précise le **D^r De Serres**, également professeur d'épidémiologie à l'Université Laval.

Le vaccin, comme dans presque toutes les études, a eu un grand effet protecteur contre les formes moyennes ou graves de la varicelle. Son

1. Vázquez M, LaRussa PS, Gershon AA et coll. Effectiveness over time of varicella vaccine. *JAMA* 2004 ; 291 : 851-55.

T A B L E A U I

Efficacité du vaccin contre la varicelle en fonction du nombre d'années depuis la vaccination

| Nombre d'années depuis la vaccination | Nombre d'enfants vaccinés | | Efficacité, % (IC 95 %) | p |
|---------------------------------------|---------------------------|---------|-------------------------|---------|
| | Cas | Témoins | | |
| 1 [†] | 4 | 84 | 97 (91-99) | < 0,001 |
| 2 | 22 | 108 | 86 (76-92) | < 0,001 |
| 3 | 26 | 92 | 83 (69-90) | < 0,001 |
| 4 | 24 | 68 | 81 (62-90) | < 0,001 |
| 5 | 24 | 65 | 84 (67-93) | < 0,001 |
| 6 | 13 | 33 | 82 (54-93) | < 0,001 |
| 7-8 | 9 | 20 | 81 (40-94) | 0,005 |
| 2-8 [†] | 118 | 386 | 84 (76-89) | < 0,001 |

Abréviation : IC, intervalle de confiance

*Les résultats sont corrigés en fonction du sexe, de la race, de la fréquentation d'une garderie, de la présence d'asthme, de la prise de stéroïdes et du fait d'avoir reçu le vaccin contre la varicelle dans les 28 jours suivant l'administration du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Les valeurs p du tableau indiquent si les estimations corrigées de l'efficacité du vaccin sont significativement différentes de 0 % sur le plan statistique.

[†] Différence de l'efficacité globale entre l'année 1 et les années 2 à 8 (97 % contre 84 % ; p = 0,003) *JAMA* 2004 ; 291 : 854.

efficacité atteignait dans ces cas 98 %. Ainsi, chez les 122 enfants vaccinés, 87 % ont eu une varicelle légère, alors que chez les 217 qui ne l'étaient pas seulement 45 % ont eu une forme bénigne. Ces données constituent l'essentiel pour le D^r De Serres.

Au Canada, il existe deux vaccins antivarielleux qui sont considérés comme équivalents : Varivax[®] II, vendu par Merck Frosst Canada, et Varilrix[®], fabriqué par GlaxoSmithKline. Ces produits, que les parents doivent payer au Québec, sont recommandés chez les enfants de 12 mois ou plus qui n'ont pas eu la varicelle.

Vacciner dès l'âge de 12 ou de 15 mois ?

L'étude de la D^{re} Vázquez dévoile une donnée qui peut laisser perplexe : l'efficacité du vaccin n'atteint que 73 % la première année chez les enfants qui l'ont reçu avant 15 mois. Chez les plus âgés, son taux de protection est de 99 % pendant les 12 premiers mois. Toutefois, par la suite, l'efficacité globale de l'immunisation n'est pas statistiquement différente chez les enfants vaccinés avant l'âge de 15 mois ou après.

« Plusieurs autres études semblent indiquer qu'une vaccination un peu plus tardive protège davantage. Cependant, ce qu'on désire éviter c'est que l'enfant attrape la varicelle avant d'avoir reçu le vaccin », précise le D^r De Serres. On pourrait objecter qu'entre 12 mois et 15 mois, le délai n'est pas très grand. « La période de vulnérabilité peut être de beaucoup plus que trois mois. Les parents peuvent ne prendre rendez-vous que lorsque l'enfant a 17 ou 20 mois. De plus, s'il va à la garderie, où il y a des éclosions de varicelle presque tous les ans, ses chances d'échapper à la maladie

pendant les 12 premiers mois de fréquentation sont relativement faibles. »

Les données de l'étude de la D^{re} Vázquez ne sont par ailleurs pas concluantes. L'intervalle de confiance pour les enfants de moins de 15 mois allait de - 43 % à 95 % pour la première année. « Cela signifie que l'estimation est plus précise. De plus, ces données sont basées sur très peu d'individus. Pendant la première

année, il n'y a eu que quatre enfants vaccinés atteints de la varicelle. »

L'éclosion dans une garderie du New Hampshire

Il y a deux ans, une autre étude avait suscité davantage d'inquiétudes. Elle s'était penchée sur une éclosion de varicelle survenue dans une garderie du New Hampshire. Un petit garçon de quatre ans, vacciné, qui avait attrapé la varicelle a contaminé 15 autres enfants dont 11 avaient déjà été immunisés. À la lumière de ces données, l'efficacité du vaccin ne semblait être que de 44 % contre la maladie, peu importe son intensité, et atteindre 86 % contre les formes modérées ou graves. Les chercheurs avaient alors avancé l'hypothèse qu'une vaccination qui remontait à trois ans ou plus pouvait être un facteur de risque chez les sujets. Une hypothèse qui impliquait une diminution de l'efficacité du vaccin.

Il faut se méfier des études sur les éclosions, avertit le Dr De Serres. « Quand on étudie une épidémie, on sélectionne le scénario le plus pessimiste. Il y a toujours des enfants qui répondent bien au vaccin et d'autres chez qui il est moins efficace. Et c'est dans les endroits où les enfants sont le moins protégés que l'on risque d'avoir les plus importantes éclosions. Cela conduit à conclure que le vaccin fonctionne moins bien, mais il y a un biais. »

Selon les études d'efficacité effectuées avant l'homologation du vaccin antivarielleux, on peut s'attendre à un taux annuel de varicelle de 3 % à 4 % après l'immunisation. « L'étude du *JAMA* montre que le vaccin reste très efficace pendant au moins huit ans. Ces données s'ajoutent à celles du Japon, – où l'on utilise ce vaccin depuis presque 20 ans –, qui montrent que l'effet protecteur persiste. » ❧

Mise en garde

Permax et endormissement soudain

Des patients prenant du Permax® (mésylate de pergolide) dans le traitement de la maladie de Parkinson se sont endormis subitement pendant

qu'ils effectuaient des activités quotidiennes. Ce problème avait déjà été signalé pour plusieurs autres agents dopaminergiques. Comme les fabricants de ces derniers, la société Shire BioChem recommande d'aviser les patients sous traitement des risques que représentent la manipulation des machines dangereuses et la conduite d'un véhicule.

Selon les rapports, certains patients traités par le Permax se sont endormis soudainement au volant de leur voiture et certains ont eu un accident. Plusieurs de ces personnes avaient déjà ressenti de la somnolence pendant leur traitement, mais d'autres n'ont eu aucun signe avant-coureur et étaient alertes immédiatement avant de sombrer dans le sommeil.

Le Permax est vendu au Canada depuis 1991. La somnolence fait partie de la liste des effets secondaires possibles. Cependant, des cas d'endormissement brusque au milieu d'une activité ont rarement été signalés.

On ignore actuellement la cause précise de l'apparition soudaine du sommeil chez les personnes traitées par le Permax. On sait que les agents dopaminergiques peuvent causer de la somnolence, mais aussi que les habitudes de sommeil de nombreux patients atteints de la maladie de Parkinson se modifient et qu'ils peuvent connaître une grande somnolence diurne et s'endormir spontanément. « En raison du peu de renseignements dont nous disposons, il est impossible de déterminer si cette manifestation indésirable est associée précisément à Permax (mésylate de pergolide), à tous les agents dopaminergiques ou à la maladie de Parkinson en tant que telle », explique Shire BioChem.

Le fabricant du Permax demande aux médecins d'aviser les personnes à qui ils prescrivent le produit des cas d'endormissement soudain, mais de garder à l'esprit que cet effet pourrait ne pas être uniquement lié au traitement. Les cliniciens doivent préciser que ces problèmes se sont produits sans signes avant-coueurs et interroger les patients sur les facteurs qui peuvent accroître le risque d'endormissement, comme la prise concomitante de certains médicaments ou la présence de troubles du sommeil. ❧

(Suite à la page 177) ►►►

Index des annonceurs

| | Renseignements thérapeutiques | Renseignements thérapeutiques |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| ALTANA PHARMA INC. | | |
| Corporatif | 46 | |
| ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC. | | |
| Pantoloc | 36-37 | 132 |
| ASTRAZENECA CANADA INC. | | |
| Atacand | 126 | 148-149 |
| Crestor | 24, 26-27 | 150-151 |
| BAYER INC. | | |
| Aspirin | 41 | 134 |
| Cipro XL | 34 | 154-155 |
| BIOVAIL | | |
| Wellbutrin | 17-19 | 20 |
| BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE | | |
| Micardis | 38 | 133 |
| BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC. / SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC. | | |
| Avapro | 6 | 156-157 |
| FERRING INC. | | |
| DDAVP | 112 | 135 |
| FUJISAWA CANADA INC. | | |
| Protopic | 28 | 176-177 |
| GLAXOSMITHKLINE INC. | | |
| Advair | 60 | 139-141 |
| PaxilCR | 110 | 164-167 |
| LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE | | |
| Biaxin pédiatrique | 100 | |
| Biaxin XL | 89 | 160-161 |
| LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA | | |
| | 122 | |
| JANSSEN-ORTHO INC. | | |
| Pariet | 80 | 162-163 |
| MERCK FROSST CANADA & CIE / SCHERING CANADA INC. | | |
| Ezetrol | couv. IV | 158-159 |
| NOVARTIS PHARMA CANADA INC. | | |
| Zelnorm | 44 | 172-173 |
| OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES CEUFS | | |
| | 23, 108-109 | |
| ORGANON CANADA LTÉE | | |
| Andriol | couv. III | 135 |
| PFIZER CANADA INC. | | |
| Aricept | 72 | 131 |
| Celebrex | 118 | 178-180 |
| Lipitor | 53 | 168-169 |
| Norvasc | couv. II | 136 |
| PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA | | |
| Bextra | 8-9 | 170-171 |
| PROCTER & GAMBLE INC. | | |
| MacroBID | 99 | 137 |
| SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC. | | |
| Xatral | 125 | 146-147 |
| SCHERING CANADA INC. | | |
| Nasonex | 10 | 138 |
| SOLVAY PHARMA INC. | | |
| Teveten | 128 | 174-175 |
| WYETH-AYERST CANADA INC. | | |
| Effexor (anxiété) | 88-89 | 142-145 |
| Effexor (dépression) | 4 | 142-145 |
| Plevnar | 42-43 | 152-153 |

Bibliographie par Francine Fiore

Mémoires d'un médecin de campagne

du D^r Gérard Desrosiers



La belle vie d'un bel homme ! Voilà ce que raconte ce petit livre de grands souvenirs. Bien qu'il soit en voie de disparition, on entend encore souvent parler du bon « vieux » médecin de campagne. Eh bien, le D^r Gérard Desrosiers en fut un et non le moindre.

D'Outremont où il est né, à Shawinigan où il a grandi, on le suit dans ses études. D'abord à l'école primaire et au Collège de Montréal, puis à l'Université Laval, à Québec, où il devient médecin.

Ensuite, on le retrouve à Saint-Narcisse où il pratique pendant 24 ans avant de s'installer en milieu urbain.

Témoignant d'une autre époque, les mémoires du D^r Desrosiers sont le reflet d'une pratique révolue, celle où le médecin se levait la nuit pour se rendre au chevet de patients isolés au fond des rangs. Il a ainsi fait de nombreux accouchements. À Saint-Narcisse, il en a pratiqué 1300. Mais il y a aussi mis au monde la première bibliothèque municipale-rurale du Québec.

(Suite à la page 180) >>>

Comme s'il était présent à nos côtés, le D^r Desrosiers raconte son histoire à la première personne. Avec précision et humour, il livre de beaux moments de sa vie, ponctués de situations cocasses et tragiques, mais toujours intenses. En plus de décrire le travail du médecin de campagne, le récit fait le point sur les maladies et les différentes situations auxquelles le clinicien devait faire face. On y trouve également un portrait socioculturel du Québec du début du siècle.

Des Rosiers et Associés inc., Montréal 2003, 224 pages, 24,95 \$.

*An tableau d'honneur
par Francine Fiore*

Nominations à l'Université de Sherbrooke

Le D^r Réjean Hébert

Médecin de famille et gériatre, le D^r Réjean Hébert a récemment été nommé doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke où il a reçu sa formation médicale et enseigne depuis 1984. Au cours de son mandat, le D^r Hébert souhaite répondre aux besoins de la société et à ceux des étudiants. À ce titre, la décentralisation de la formation médicale en vue de préparer les médecins à travailler en région est l'une de ses grandes priorités.

Le D^r Paul Grand'Maison

Œuvrant depuis 1976 à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke où il a été formé, le D^r Paul Grand'Maison y a récemment été nommé vice-doyen aux Études médicales prédoctorales. Dans le cadre de ses fonctions, cet expert en pédagogie a entre autres pour mission de coordonner la mise en place des campus de formation médicale au Saguenay–Lac-St-Jean et à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

La D^{re} Jocelyne Faucher

La D^{re} Jocelyne Faucher a été nommée secrétaire et vice-doyenne à la Vie étudiante de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke où elle a acquis sa formation médicale. Médecin de famille et administratrice, elle a été très engagée dans les CLSC de sa région et a occupé le poste de directrice adjointe des services professionnels au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke jusqu'en 2003. Tout en assumant ses tâches de secrétaire de la Faculté, elle sera responsable de la planification stratégique et de la création de tableaux de bord de gestion, en plus de s'occuper des étudiants. ☺