

par Emmanuèle Garnier

Prévention du cancer du sein

les bienfaits du tamoxifène



Le Dr André Robidoux.

Le tamoxifène permet à bien des femmes particulièrement exposées au cancer du sein d'échapper à la maladie. Après la grande étude P-1 qui a révélé que le médicament réduisait le risque de 49 %, un nouvel essai, IBIS-1, vient de corroborer ce bénéfice¹. La recherche révèle

cette fois une baisse du risque du tiers².

Les implications cliniques de ces données ? « Les omnipraticiens doivent dépister les femmes particulièrement susceptibles d'avoir un jour un cancer du sein et se familiariser avec le modèle de Gail pour calculer leur risque (voir l'encadré). Quand la probabilité d'apparition du cancer est supérieure à 1,7 % pour les cinq prochaines années, le clinicien doit adresser la patiente à une clinique de chimioprévention, comme celle du Centre hospitalier de l'Université de Montréal », recommande le **Dr André Robidoux**, titulaire de la chaire de cancer du sein de l'Université de Montréal. La précaution en vaut la peine. « Une femme dont la mère ou la sœur a eu un cancer du sein encourt un risque élevé d'être elle aussi atteinte

au cours de sa vie. Des médicaments comme le raloxifène et le tamoxifène lui permettent de diminuer cette probabilité de 49 à 90 %. »

La nouvelle étude IBIS-1, qui vient confirmer l'utilité du tamoxifène, comportait 7152 femmes particulièrement susceptibles de souffrir du cancer du sein et dont l'âge allait de 35 à 70 ans. Les participantes randomisées ont pris pendant cinq ans soit 20 mg par jour de tamoxifène, soit un placebo. Après un suivi moyen de 50 mois, les chercheurs ont constaté que le taux de cancer du sein était de 32 % inférieur dans le groupe traité au tamoxifène que chez les sujets témoins. L'âge, l'importance du risque, l'emploi d'une hormonothérapie substitutive n'ont pas modifié cette réduction.

Le cancer de l'endomètre

Les résultats d'IBIS-1 sont un peu moins spectaculaires que ceux de l'étude P-1, où le risque d'apparition du cancer du sein fondait de moitié en cinq ans grâce au tamoxifène. « Le profil de risque des patientes était différent, explique le Dr Robidoux, l'un des auteurs principaux de l'essai P-1. De plus, le temps de recrutement dans l'étude IBIS a été énorme, ce qui a pu provoquer un biais. Il a fallu 10 ans

20

Photo : Marcel La Haye.

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Prévention du cancer du sein les bienfaits du tamoxifène	20
Aspirine et ulcères les bienfaits du lansoprazole	24
Insuffisance cardiaque après un infarctus les IECA restent le premier choix	26
Syndrome coronarien faire une angiographie suivie d'une revascularisation	30
Bibliographies Drogues à la carte	171

1. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: Report of the national surgical adjuvant breast and bowel project P-1 study. *J Natl Cancer Inst* 1998 ; 90 : 1371-88.

2. IBIS Investigators. First results from the International Breast Cancer Intervention study (IBIS-1): a randomised prevention trial. *Lancet* 2002 ; 360 : 817-24.

Le modèle de Gail permet de calculer le risque de cancer du sein d'une patiente en se fondant sur cinq critères :

- son âge ;
- l'âge auquel elle a eu ses premières règles ;
- le nombre de biopsies du sein qu'elle a subies ;
- l'âge qu'elle avait au moment de son premier accouchement ;
- le nombre de femmes dans sa famille immédiate ayant eu un cancer du sein.

Pour calculer le risque de la patiente, allez dans le site du National Cancer Institute : <http://bcra.nci.nih.gov/brc/>

pour enrôler 7000 patientes alors que dans notre étude, dès la première année, 8000 des 13 400 participantes étaient inscrites. »

Et le cancer de l'endomètre ? Dans l'essai IBIS-1, il était deux fois plus fréquent dans le groupe prenant du tamoxifène, mais ce résultat n'était pas significatif. Toutes les femmes atteintes avaient par ailleurs franchi le cap du climatère au moment du diagnostic. « Dans l'étude P-1, les cancers de l'utérus ont également été relevés principalement chez les femmes ménopausées. Les patientes plus jeunes recevant du tamoxifène n'ont pas eu d'augmentation du risque de ce cancer, même si elles bénéficiaient de la même réduction de 50 % du taux de cancer du sein. »

La prise de tamoxifène reste néanmoins utile pour les femmes plus âgées, estime le Dr Robidoux. « Le risque de cancer du sein chez les patientes à risque ménopausées diminue de 50 % si elles prennent ce médicament, mais demeure plus élevé que le risque de cancer de l'endomètre. Il y a bien sûr des catégories de femmes pour qui le rapport avantages-risques diminue, parce qu'elles tirent moins de bénéfices du tamoxifène et subissent plus d'effets secondaires. Il y a néanmoins un avantage net à y recourir », explique le spécialiste.

Troubles thrombo-emboliques

Les auteurs de l'étude IBIS-1, pour leur part, ont des réserves à l'égard du tamoxifène. « Le rapport risque-bénéfice global du recours au tamoxifène pour la prévention n'est toujours

pas clair », indiquent-ils sur la base de leurs résultats. Leur recherche montre, par exemple, que le tamoxifène accroît les problèmes de thrombo-embolie veineuse de 2,5 fois. Ces troubles ont affecté 17 des femmes témoins, mais 43 de celles du groupe expérimental. L'augmentation du risque était particulièrement marquée après une opération.

Les précautions à prendre ? « Il faut envisager de cesser temporairement le traitement au tamoxifène et de recourir aux mesures antithrombotiques appropriées pendant et après une opération majeure ou des périodes d'immobilisation. L'emploi prophylactique du tamoxifène est contre-indiqué pour les femmes particulièrement susceptibles de souffrir d'une maladie thrombo-embolique », signalent les investigateurs.

Dans l'étude IBIS-1, les consommatrices de tamoxifène avaient également plus de problèmes gynécologiques, dont certains ont nécessité une hystérectomie ou une ovariectomie. Phénomène que les chercheurs trouvaient préoccupant. « Cela peut être dû à une proportion plus importante de femmes ayant eu des saignements vaginaux anormaux, des polypes utérins, un épaissement de l'endomètre ou des kystes ovariens », expliquent-ils. Le taux d'ablation de l'utérus était de 2,7 % chez les femmes témoins, et de 4,2 % dans le groupe expérimental. L'étude P-1, par contre, n'avait pas mis en évidence de tels problèmes. ❧

Suite page 24 >>>

Aspirine et ulcères les bienfaits du lansoprazole

De plus en plus de patients prennent de faibles doses d'aspirine pour prévenir les complications cardiovasculaires. Cependant, certains doivent renoncer à ce traitement à cause de l'apparition d'ulcères entraînant des complications. Des chercheurs chinois pourraient cependant avoir trouvé une solution : l'éradication d'*Helicobacter pylori* suivie d'un traitement au lansoprazole. La thérapie réduirait les récurrences de complications d'ulcères.

Le **D^r Kam Chuen Lai** et ses collègues, qui publient leurs résultats dans le *New England Journal of Medicine*, ont traité 123 patients souffrant de saignements dus à un ulcère ou d'une obstruction de l'orifice gastrique due à un ulcère gastroduodénal¹. Les sujets prenaient depuis plus d'un mois de faibles doses d'aspirine de façon continue et étaient infectés par *H. pylori*. Après la guérison de leur ulcère et l'élimination de la bactérie, les patients ont été randomisés. La moitié du groupe a reçu 30 mg de lansoprazole (Prevacid®) par jour, et l'autre moitié un placebo, et ce, parallèlement au traitement de 100 mg d'aspirine que tous ont repris.

Au bout de 12 mois, que s'est-il passé ? Neuf des soixante et un patients (14,8 %) du groupe témoin ont de nouveau souffert de complications liées à un ulcère : saignement, perforation ou obstruction. Le problème n'est cependant apparu que chez l'un des soixante-deux patients (1,6 %) traités au lansoprazole. Un taux presque 10 fois moindre que dans le premier groupe.

Il faut cependant mentionner que des neuf

patients témoins qui ont souffert de nouveau d'un ulcère, quatre ont eu une récurrence de *H. pylori* et deux ont pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens avant que surgissent les complications. Ces faits ne changent cependant pas la conclusion de l'étude. Même si l'on exclut ces six patients de l'analyse, 5 % des autres patients du groupe témoin (3 sur 55) ont à nouveau eu un ulcère avec des complications.

« Cette découverte implique que l'éradication de l'infection à *H. pylori* seule ne peut éliminer complètement l'effet ulcérigène de faibles doses d'aspirine. La persistance de cette réaction est probablement liée au fait que, même à très faible dose, ce médicament peut inhiber la synthèse d'une importante partie des prostaglandines gastriques protectrices », analysent les auteurs.

La question de *H. pylori*

« Il reste une question : y a-t-il vraiment un avantage à éradiquer *H. pylori* ? » s'interroge le **D^r Pierre Poitras**, gastro-entérologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. L'an dernier, un collègue du D^r Lai, le **D^r Francis Chan**, a montré que la prise d'oméprazole donnait d'aussi bons résultats que l'éradication de la bactérie pour prévenir la récurrence des saignements chez les patients prenant de faibles doses d'aspirine atteints d'une infection à *H. pylori* et présentant des saignements gastro-intestinaux².

« La branche qui manque à l'étude du D^r Lai est celle des patients recevant un inhibiteur de la pompe à protons sans élimination de la bactérie. Malheureusement, le comité d'éthique l'a interdit, explique le D^r Poitras. L'éradication de *H. pylori* correspond à un consensus, mais ce n'est pas coulé dans le béton. On ignore actuellement si c'est absolument nécessaire. Le message à retenir reste cependant que de toute façon, les inhibiteurs de la pompe à protons sont utiles. » ❧



Le D^r Pierre Poitras.

1. Lai KC, Lam SK, Chu KM, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 2033-8.

2. Chan FK, Chung S, Suen BY, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med* 2002 ; 344 : 967-73.

◀◀◀ Suite de la page 24

Insuffisance cardiaque après un infarctus

les IECA restent le premier choix

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) devraient demeurer le traitement de première intention pour les patients qui ont subi un infarctus du myocarde avec complication, selon les chercheurs de l'étude OPTIMAAL. Les investigateurs ont comparé les effets sur la mortalité et la morbidité d'un IECA, le captopril, avec ceux d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), le losartan¹.

Prix de consolation pour les ARA : ils peuvent tenir lieu de second choix. L'étude OPTIMAAL indique que le losartan était mieux toléré que le captopril et associé à moins d'abandons. « Même si le rôle du losartan chez les patients qui ne tolèrent pas l'inhibition des ECA n'est pas encore clairement défini, on peut envisager de le prescrire à ces personnes », écrivent les investigateurs dans la *Lancet*¹.

L'essai OPTIMAAL comprenait 5477 patients, d'en moyenne 67 ans, présentant une insuffisance cardiaque ou un dysfonctionnement du ventricule gauche après avoir subi un infarctus du myocarde. Les sujets randomisés ont reçu soit du losartan (Cozaar®), dont la dose visée était de 50 mg une fois par jour, soit du captopril (Capoten™), dont la posologie cible était de 50 mg trois fois par jour.

Après un suivi moyen de 2,7 ans, les résultats se sont révélés similaires dans les deux groupes : 18 % de décès chez les patients qui prenaient du losartan, et 16 % dans le groupe recevant du

captopril. Le taux d'arrêts cardiaques était également semblable (quelque 8 %), le pourcentage de nouveaux infarctus – mortels ou non – était identique (14 %), et le taux d'hospitalisations restait analogue (environ 65 %).

Alors pourquoi préférer les IECA aux ARA ? « Trois grandes études nous ont montré que les IECA donnent des résultats impressionnants après l'infarctus, mais on ne dispose que de peu de données sur l'effet des ARA dans ces cas. Les seules que nous ayons à ce jour sont celles de cet essai », précise le **D^r Michel White**, directeur du programme de recherche en défaillance cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal.

Une trop faible dose de losartan

L'étude OPTIMAAL ne rend cependant pas justice au losartan. « Il y avait un problème de dose. Celle du captopril était en moyenne de 132 mg par jour, et celle du losartan de 45 mg quotidiennement, ce qui n'est pas assez élevé. La puissance des deux médicaments et leur effet sur la suppression de l'angiotensine n'étaient vraisemblablement pas équivalents », indique le **D^r White**.

Le recours à un ARA semblait pourtant prometteur pour le traitement des infarctus du myocarde avec complication. Comme les IECA inhibent peu la production de l'angiotensine II dans le cœur, il était logique de penser qu'un médicament agissant directement sur les récepteurs serait plus efficace.

À plus fortes doses, les ARA seront-ils vraiment supérieurs ? Cela reste à démontrer. « Ils bloquent davantage l'effet de l'angiotensine que les IECA, mais ces derniers diminuent la dégradation de la bradykinine, qui a un effet bénéfique sur le myocarde ayant subi un infarctus. Elle produit entre autres une



Le **D^r Michel White**.

Photo : Sylvain Durocher/Institut de cardiologie de Montréal.

1. Dickstein K, Kjekshus J, et le comité de direction d'OPTIMAAL. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL randomised trial. *Lancet* 2002 ; 360 : 752-60.

◀◀◀ *Suite de la page 26*

vasodilatation des artères coronaires et réduit la consommation en oxygène du myocarde », détaille le cardiologue.

Le losartan, par contre, offre un avantage sûr : il est mieux toléré. Dans l'étude OPTIMAAL, seulement 7 % des patients ont cessé de le prendre à cause d'effets secondaires, alors que 14 % de ceux qui recevaient le captopril l'ont abandonné pour cette raison.

La véritable comparaison entre un ARA et un IECA chez des patients souffrant de défaillance cardiaque après avoir eu un infarctus du myocarde aura en fait lieu dans l'essai VALIANT. L'étude, qui comprend quelque 14 500 sujets, permettra de mesurer les effets d'une forte dose d'un ARA, le valsartan, à ceux du captopril et à ceux d'une association de ces deux médicaments. ☞

30

Syndrome coronarien

faire une angiographie suivie d'une revascularisation

Un patient qui arrive à l'urgence en proie à un syndrome coronarien aigu et dont la probabilité de décès est moyenne devrait passer une angiographie rapidement plutôt qu'après l'échec du traitement médicamenteux, selon les résultats de l'étude RITA 3. Cette approche diminuera de moitié son risque de souffrir ultérieurement d'un angor réfractaire¹.

Les lignes directrices de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology recommandent une intervention efficace pour les patients victimes d'un syndrome coronarien aigu dont la possibilité de décès est importante. Mais pour ceux dont le

risque est moyen, les organismes offrent deux choix : une angiographie pratiquée soit immédiatement, soit à la réapparition des symptômes. Les investigateurs du Randomised Intervention Trial of unstable Angina (RITA) ont voulu vérifier si l'une de ces deux approches n'était pas meilleure.

Les chercheurs ont suivi 1810 patients britanniques ayant un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST. Les sujets randomisés, âgés en moyenne de 62 ans, faisaient l'objet soit d'une stratégie interventionniste, soit d'une approche conservatrice. Dans le premier cas, les participants passaient dès que possible une artériographie des coronaires suivie éventuellement d'une revascularisation. Dans le second, les sujets ne bénéficiaient d'une angiographie coronarienne que si le traitement médicamenteux échouait. Les deux groupes recevaient une thérapie antiangineuse et antithrombotique optimale.

Deux fois moins d'angine rebelle au traitement

Le choix de la thérapie a-t-il eu un effet ? Oui. Après quatre mois, 14,5 % des sujets qui ont eu un traitement conservateur sont morts, ont eu un infarctus du myocarde ou souffraient d'une angine de poitrine réfractaire. Cela n'a été le cas que de 9,6 % des patients qui ont rapidement eu une angiographie. L'intervention précoce a ainsi diminué de 34 % le risque de complication.

Cette différence entre les deux groupes tient surtout à la diminution de moitié du taux d'angine réfractaire, car la proportion de morts et d'infarctus du myocarde était similaire dans les deux groupes. Après un an, 6,5 % des patients qui avaient initialement eu une angiographie souffraient d'angine rebelle au traitement, alors que le taux grimpa à 11,6 %



Le Dr François Reeves.

1. Fox KA, Poole-Wilson PA, Henderson RA, et al. Interventional versus conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial. *Lancet* 2002 ; 360 : 743-51.

Suite page 169 ▶▶▶

◀◀◀ *Suite de la page 30*

chez ceux qui n'avaient d'abord eu que la thérapie médicamenteuse.

« RITA 3 confirme ce que concluaient les études FRISC II et TACTICS-TIMI 18. Les trois essais étudiaient les effets d'une approche effractive précoce. FRISC II a montré que cette dernière diminuait le taux de mortalité, et TACTICS qu'elle réduisait le taux de mortalité et d'infarctus du myocarde. En ce qui concerne RITA 3, les résultats dépendent des critères d'évaluation que l'on emploie. Si l'on tient compte du dosage des troponines pour définir un infarctus, on obtient aussi une réduction du taux de crises cardiaques », met en perspective le **D^r François Reeves**, directeur des laboratoires de cathétérisme cardiaque du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, dont le volume est le plus important du Canada.

RITA 3 révèle un autre avantage de l'angiographie précoce suivie éventuellement d'une revascularisation : la réduction des symptômes d'angine et de la consommation de médicaments antiangineux. Un an après la randomisation, 23,8 % des patients du groupe qui avait eu une intervention précoce n'en prenaient plus, ce qui n'était le cas que de 14,8 % des autres sujets. « Permettre à un patient d'abandonner deux ou trois médicaments qu'il aurait pris jusqu'à la fin de ses jours, c'est un gain énorme. Cela constitue également une grande économie. J'ai déjà calculé que le coût de la prise de médicaments pendant un

Suite page 171 ▶▶▶

◀◀◀ *Suite de la page 30*

an pouvait équivaloir à celui de deux ou trois angioplasties coronariennes. »

Le meilleur traitement

Finalement, combien de sujets ont subi une revascularisation dans les deux groupes ? Au bout de un an, 57 % des patients ayant bénéficié d'une intervention précoce et 27,5 % de ceux qui n'ont reçu initialement que des médicaments en ont eu une. « Pendant la première année, le traitement conservateur a échoué chez la moitié de ceux qui y ont été soumis, ce qui a fait que 27,5 % ont eu besoin d'une revascularisation en un an », expliquent les chercheurs.

« Le meilleur traitement, si l'on tient compte des résultats des études FRISC, TACTICS et RITA 3, consiste en une coronarographie dans les 48 à 72 heures pour les patients qui ont des marqueurs de haut risque ou de risque moyen. Les patients qui ont un faible risque, eux, doivent faire l'objet d'une stratification », résume le D^r Reeves. ☞

Bibliographies

Drogues à la carte *par Michel Hautefeuille*

Nous vivons dans un monde de pilules et de drogues. « L'essentiel de la vie de l'homme se trouve rythmé, scandé par les molécules synthétiques », pense le D^r Michel Hautefeuille, psychiatre français, qui annonce l'avènement de l'*Homo syntheticus*. Dans son ouvrage, il jette un regard très personnel sur

la place des drogues dans notre société, leur évolution pharmacologique et les différentes questions qu'elles soulèvent.

Le spécialiste classe les drogues en trois catégories. Il y a d'abord les normalisantes, comme le Ritalin, les antidépresseurs, les sédatifs. « Nous sommes à la limite entre bienfait individuel permettant la disparition d'une souffrance et tentation pour nos sociétés de s'en servir dans un but de contrôle social. » Certains médicaments comme le Ritalin ne sont pas inoffensifs. Chez les adultes qui en ont pris dans leur enfance, la prévalence de la consommation de drogues illégales serait quatre fois plus importante.

Il y a également les stimulants,



auxquels succombent les amants de la performance : le monodafinil, qui permet de rester éveillé entre 24 et 60 heures, la créatine, les amphétamines, la cocaïne, et les *smart drugs*. Dernière catégorie, les drogues de loisirs. Certaines, comme les *flat liners*, permettent de jouer

Suite page 176 ▶▶▶

À propos du bulletin de santé des hôpitaux du Québec

Le 18 septembre 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec faisait publier deux pleines pages dans les principaux journaux de la province sur les résultats d'un sondage mené à l'été 2002 auprès de 35 000 personnes. D'après la réponse à la question portant sur la satisfaction globale de ces patients : « De façon générale, est-ce que j'ai été satisfait de mon séjour à l'hôpital ? », il ressort que 95 % des patients auraient répondu « excellent, très bien ou bien » et, donc, que la très grande majorité des Québécois semble apparemment assez satisfaite des soins reçus.

La conclusion la plus frappante, et qui est esquivée, est que ce degré de satisfaction est dû au sens social et au dévouement extraordinaire des médecins et des infirmières qui sont les responsables de la qualité des services, de leur continuité, de la qualité de l'information donnée aux patients. Pas un mot de reconnaissance pour les services exceptionnels rendus par les professionnels de la santé, surtout lorsque l'on considère que les professions médicale et infirmière sont les moins bien rémunérées au Canada, que les médecins, les infirmiers et les infirmières sont surchargés de travail et que, malgré tout, ils se dévouent inlassablement au mieux-être de leurs patients, et ce, dans des conditions souvent pénibles.

Dans un magnifique éditorial du *Devoir* du 19 septembre 2002, M. Jean-Robert Sansfaçon souligne les « multiples imperfections » du sondage et les « écarts importants » et inexplicables entre certains hôpitaux. Il faudra y revenir. Un seul point : quand on demande au malade (question 2) s'il a « reçu des services hospitaliers de qualité », comment peut-il le savoir quand il ne connaît rien de la médecine moderne ?

La note E (la plus basse) quant à l'efficacité de l'urgence correspond à un séjour moyen dépassant 24 heures. Par coïncidence, un appel téléphonique d'un ami, avocat bien connu de la métropole, m'a renseigné sur l'urgence d'un hôpital universitaire affilié de Montréal. En août 2002, cet avocat, souffrant d'une bronchiectasie avec emphysème avancé, a fait une crise grave qui a nécessité qu'on le conduise immédiatement à l'hôpital. Il séjourna **quatre jours** d'affilée à l'urgence parce que 140 lits de l'hôpital étaient inoccupés à cause des restrictions budgétaires et par ordre de la Régie régionale de Montréal. Dans ce même mois, après un court séjour dans une maison de convalescence où il avait été dirigé, il retourna encore à l'urgence en crise grave et y séjourna, une fois de plus, **quatre jours**. Cet avocat me souligne qu'il y avait plusieurs autres patients dans la même situation, dont une dame de plus de 100 ans !

Ce sondage mené par le MSSS est, il faut le répéter, le plus splendide témoignage du dévouement sans borne des médecins et des infirmiers et infirmières, malgré tous les « dysfonctionnements » graves du régime. Cela me récompense amplement du temps consacré à défendre la profession médicale qui, malgré toutes ses faiblesses et toutes les calomnies, est encore l'une des plus belles et des plus nobles de notre société. Au lieu de vanter la chance du Québec d'avoir des professionnels de la santé aussi dévoués, M. Legault, « père de la loi inique 114 », préfère envoyer des huissiers pour « sommer » des médecins, à quelques jours de préavis, d'aller faire un quart de travail d'urgence dans un hôpital régional situé à 600 km de Montréal, par exemple (*Le Devoir*, 20 septembre 2002). Si M. Legault se dissocie de l'épisode « huissiers », comment peut-il tolérer une attitude aussi grossière et méprisante de la part de ses technocrates ? Où nos politiciens en sont-ils rendus dans notre supposée démocratie si soucieuse des droits et des libertés de la personne ?

Jacques Genest, C.C., G.O.Q., FRSC
Institut de recherches cliniques de Montréal

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ABBOTT

Biaxin XL 28-29..... 168-169

ASTRAZENECA CANADA INC.

Nexium..... 114-115..... 152-153

AVENTIS PHARMA INC.

Altace..... 27 156-157

BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.

Tequin 42..... 161-163

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 176

FOURNIER PHARMA INC.

Lipidil Supra..... 25 160

GLAXOSMITHKLINE

Advair..... 40-41 92-94

JANSSEN-ORTHO INC.

Reminyl..... 14..... 164-167

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 104

LUNDBECK CANADA INC.

Celexa 102-103..... 170-171

MCNEIL

Tylenol 45 135

MERCK FROSST CANADA & CIE

Singulair..... couv. IV..... 174-175

Vioxx 72-73..... 139-142

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

..... 84

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Zelnorm..... 8-9..... 10-11

OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS

..... 17, 63

ORGANON CANADA LTÉE

Remeron couv. III..... 150-151

PFIZER CANADA INC.

Accupril 64-65..... 158-159

Bextra 35

FemHRT 4..... 172-173

Lipitor..... 52-53..... 148-149

Norvasc..... couv. II 138

Viagra 54..... 154-155

ROCHE DIAGNOSTICS

Accu-chek/AccuSoft 31

SERVIER CANADA INC.

Coversyl 36-37..... 136-137

SMITH & NEPHEW INC.

Profore..... 66

SOLVAY PHARMA INC.

Teveten 21, 23..... 146-147

WYETH-AYERST CANADA INC.

Effexor (anxiété) 74..... 143-145

Effexor (dépression). 82-83

Triphasil 6 132

◀◀◀ *Suite de la page 171*

avec le feu : connaître ce qu'on appelle en anglais une *near death experience*. Mais il y a aussi le LSD, l'*ectasy*, le 2CB, etc. Faut-il interdire toutes ces drogues ? Le D^r Hautefeuille ne le croit pas. Il estime que les gens apprendraient progressivement à gérer cette nouvelle liberté si elle leur était offerte.☞

Éditions Payot, Paris, 2002, 252 pages, 24,95 \$.

**ON
SERAIT
MALADE
DE S'EN
PASSER**

NON?

Le vaccin antigrippal est votre meilleure arme contre l'influenza. Informez-vous auprès de votre médecin, infirmière, pharmacien, CLSC ou Bureau de la santé publique dès aujourd'hui.



**Oui au vaccin.
Non à la grippe!**

COALITION CANADIENNE POUR
L'IMMUNISATION CONTRE L'INFLUENZA
www.influenza.cpha.ca