

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

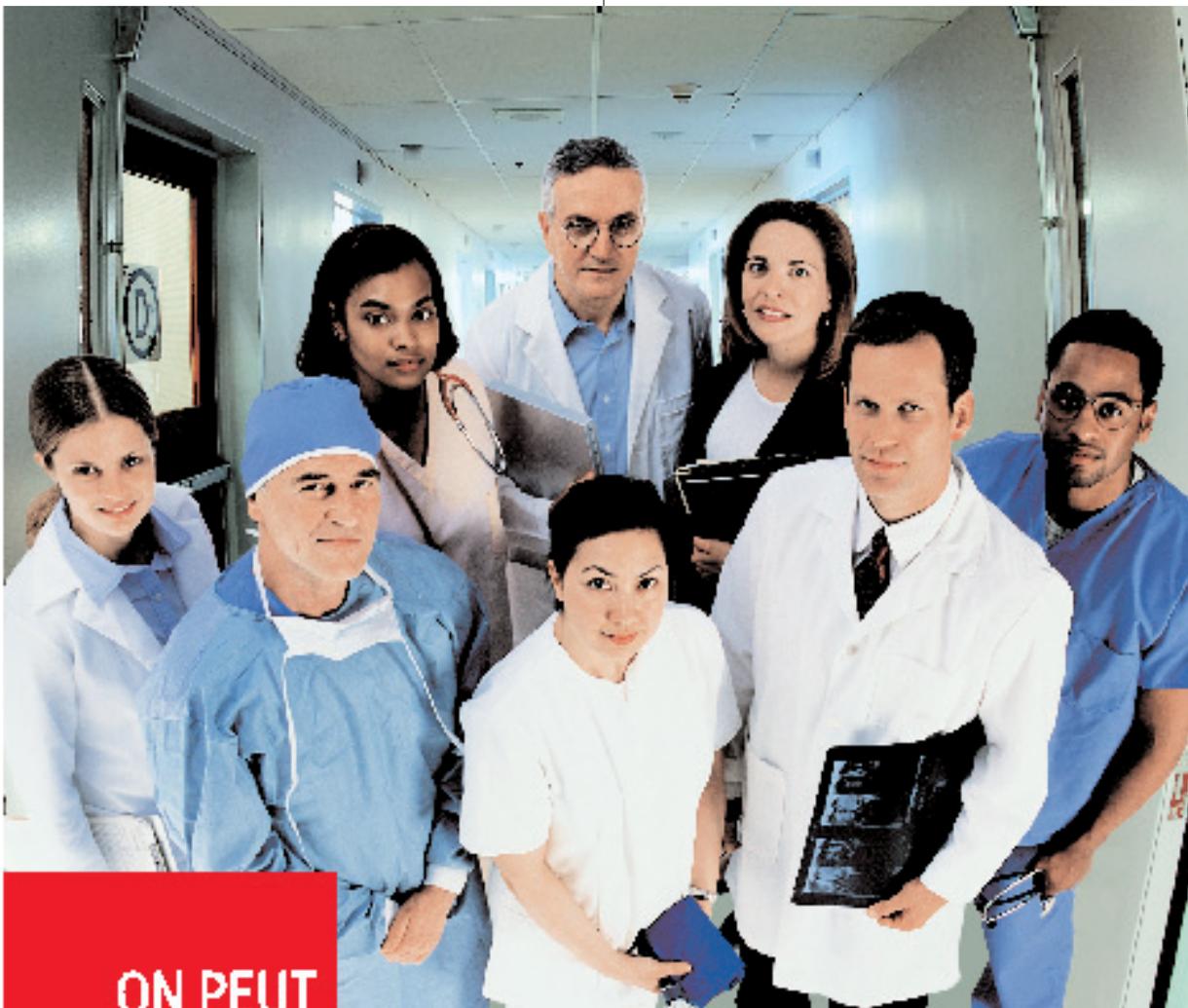
LES INFECTIONS

- URINAIRES
- NOSOCOMIALES
- DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (IVRS)

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME
LES MICRO-ORGANISMES

LA PHARMACOTHÉRAPIE
DES MALADIES INFECTIEUSES



**ON PEUT
VOUS AIDER**

Des solutions à vos besoins financiers

Avec le **programme financier pour professionnels de la santé** vous bénéficiez de nombreux avantages sur vos comptes bancaires, vos placements, vos financements ainsi que de l'expertise d'un **planificateur financier¹ attitré**.

Son rôle ?

- avoir une **vision globale de votre situation financière** et vous offrir des **conseils adaptés** en matière de finances, de fiscalité, de placements, de retraite et de planification successorale.
- **vous référer aux bons spécialistes** (à un directeur de compte spécialisé pour le financement de votre clinique par exemple.)

Pour en savoir plus, prenez rendez-vous avec un planificateur financier à la succursale près de chez vous.

1 866 987-1031
bnc.ca/professionnelsante



1 Les planificateurs financiers exercent leurs activités pour le compte de Placements Banque Nationale Inc., filiale à part entière de la Banque Nationale du Canada.

Éditeur

Ronald Lapierre

Directrice de la publication

Dominique Raymond

Comité aviseur

François Lamoureux, M.D., M.Sc, président
 Normand Cadieux, Pharmacien
 Jacques Turgeon, B.Pharm, Ph.D.

Collaborateurs

Jacques Turgeon, B.Pharm, Ph.D.
 François Lamoureux, M.D., M.Sc
 Marie-Hélène LeBlanc, M.D., FACC
 Gérard Eugène Plante, BA, M.D., Ph.D., FRCP, CSPQ
 Simon de Denus, Pharmacien, M.Sc
 Mathieu Bernier, B.Pharm, M.Sc, M.D., FRCPC
 Denis Durand
 Andreas Heberlein

Journalistes / Chroniqueurs

Marie-Pierre Gazaille
 Marie-Claude Roy
 Nicole Barrette Ryan

Correction-révision

Anik Messier

Direction artistique, infographie et impression

Le Groupe Communimédia inc.
 Tél. : (450) 665-3660
 communimedia@videotron.ca

Développement des affaires

Normand Desjardins, vice-président

Publicité

Jean Paul Marsan
 Tél. : (514) 737-9979
 jpmarsan@sympatico.ca

REP Communication inc.
 Ghislaine Brunet
 Directrice des ventes
 Tél. : (514) 762-1667 poste 231
 gbrunet@repcom.ca

Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. *Le Patient* ne se porte pas garant de l'expertise de ses collaborateurs et ne peut être tenu responsable de leurs déclarations. Les textes publiés dans *Le Patient* n'engagent que leurs auteurs.

Le magazine est distribué gratuitement à la profession médicale, à l'exception de quelques spécialités, ainsi qu'aux pharmaciens des hôpitaux et propriétaires du Québec.

Autres abonnés

Lapierre Marketing
 132, de Larocque
 Saint-Hilaire (Québec) J3H 4C6
 1-800-561-2215
 Lapierremarketing@qc.aira.com

Abonnements

Canada : 30 \$ par année; l'exemplaire : 4,75 \$
Étranger : 48 \$ par année; l'exemplaire : 6 \$

Le Patient est publié 6 fois par année par les Éditions Multi-Concept inc. 1600, boul. Henri-Bourassa Ouest Bureau 425 Montréal (Québec) H3M 3E2

Secrétariat :

Tél. : (514) 331-0661
 Fax : (514) 331-8821
 multiconcept@sympatico.ca

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

Dépôt légal :
 Bibliothèque du Québec
 Bibliothèque du Canada

Convention de la poste-publication No 40011180

SOMMAIRE



4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



6 LES INFECTIONS URINAIRES



10 LA PHARMACOTHÉRAPIE DES MALADIES INFECTIEUSES



15 LES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (IVRS)

18 LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

22 COMPRENDRE LA CRISE FINANCIÈRE ET SES EFFETS SUR L'ÉCONOMIE DE TOUS LES JOURS



24 PLANIFICATION SUCCESSORALE ET TESTAMENTAIRE

26 LE SAUMON



28 L'ART DE LA DÉGUSTATION

34 COSTA RICA : TERRE D'AVENTURE !



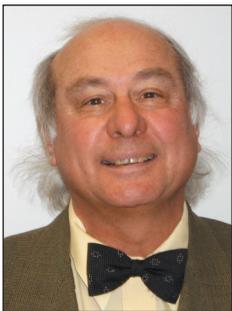
Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

Vous préférez recevoir une version électronique de votre magazine? Rien de plus simple! Communiquez avec nous par :

Téléphone : (514) 331-0661
 Courriel : abonnement@lepatient.ca
 Internet : www.lepatient.ca

Le magazine « LE PATIENT » est distribué gratuitement aux pharmaciens salariés du Québec, grâce au support financier de sanofi-aventis.





François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

« Le système nerveux autonome se divise en deux secteurs, soit le système sympathique et le système parasympathique, relativement antagonistes dans leurs effets. »

« Dans une situation de dérèglement ponctuel ou chronique, certaines interventions pharmacologiques peuvent être utilisées pour mieux contrôler les effets des systèmes sympathique et parasympathique. »

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

Le maintien des conditions de fonctionnement des muscles lisses et de la plupart des glandes du corps humain se fait de façon indépendante de la volonté de l'être humain, voire de sa conscience.

C'est le système nerveux autonome qui se divise en deux secteurs, soit le système sympathique et le système parasympathique, relativement antagonistes dans leurs effets.

Le système sympathique assure à tous les instants les fonctions d'alerte et de réponse à un stress, comme par exemple par l'accélération du rythme cardiaque, la constriction des vaisseaux sanguins, l'augmentation de la pression artérielle, l'augmentation de la sécrétion d'adrénaline par les glandes surrénales ou le ralentissement du péristaltisme intestinal, par exemple. Une fois passé le stress ou l'alerte, le système parasympathique remet le tout à l'état normal. Le rythme cardiaque ralentit, la pression sanguine diminue, les vaisseaux sanguins se dilatent, la sécrétion d'adrénaline diminue, le transit intestinal s'accélère.

Ce sont des ajustements automatiques et involontaires de l'organisme humain pour instantanément modeler son adaptation aux influx extérieurs. Le cerveau n'intervient pas dans ce processus. Les ganglions ou noyaux d'information du système sympathique se retrouvent sous forme de relais le long de la colonne vertébrale et ceux du système parasympathique au niveau des ganglions des organes comme dans le mésencéphale.

C'est un véritable système d'autorégulation. Dans une situation de dérèglement ponctuel ou

chronique, certaines interventions pharmacologiques peuvent être utilisées pour mieux contrôler les effets des systèmes sympathique et parasympathique.

Un autre système autonome et involontaire plus restreint, mais complètement différent dans son fonctionnement, est celui des réflexes. Le cerveau n'intervient pas non plus dans ce processus, mais il en est informé par la suite.

Sans ces deux systèmes autonomes, on se demande comment l'être humain pourrait évoluer ou même survivre à son environnement extérieur et parfois même intérieur. ■

LES MICRO-ORGANISMES

Ils sont des milliers de milliards, ces minuscules êtres vivants qui, lorsqu'ils réussissent à se coller à notre peau ou à pénétrer notre organisme, à y survivre et à s'y multiplier, peuvent être responsables de graves infections pouvant mener jusqu'au décès de l'être humain. L'organisme humain possède tout un arsenal de défense contre ces agresseurs de son intégrité, que ce soit la peau, les globules blancs et les anticorps, par exemple.

Ces agresseurs sont non seulement nombreux mais très variés. Ce sont les **virus**, les **bactéries**, les **protozoaires**, les **champignons** et les **vers parasitaires**. Ces petits êtres minuscules existent tous et chacun en grande variété et peuvent, lorsqu'ils colonisent un organisme humain, s'y multiplier rapidement de façon exponentielle, se concentrer dans certains organes ou encore, comme dans une

septicémie, se répandre dans l'ensemble de l'organisme. Le processus d'infection est installé; il peut être local ou généralisé. L'organe ou la vie de l'être humain devient menacé.

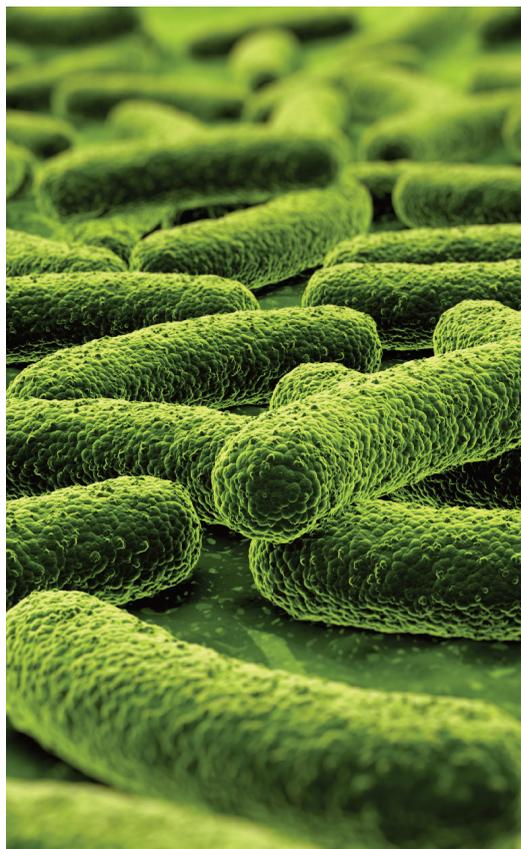
Il existe des milliers de sortes de **virus**. Ces envahisseurs de cellules vivantes transportent avec eux de l'information génétique sous forme d'ARN (acide ribonucléique). Lorsqu'ils réussissent à pénétrer le corps humain, ils pénètrent dans les cellules vivantes. Ils les colonisent littéralement comme dans une ferme d'élevage en modifiant la séquence du code génétique de la cellule envahie. Rapidement de nouveaux virus sont produits en quantité industrielle pour aller éventuellement coloniser d'autres cellules saines, et ainsi de suite.

Parfois le virus pourra demeurer latent ou dormant, sans manifestation clinique, pendant des mois, voire des années. C'est la période d'incubation. Certains vont littéralement étudier et modifier les mécanismes de défense de l'organisme envahi. Le virus du syndrome de l'immunodéficience humaine, le SIDA, en est un exemple parfait. La grippe commune, la maladie de Dengue (aussi appelée fièvre tropicale) en sont d'autres exemples.

Les **bactéries**, quant à elles, possèdent un bagage génétique complet de même qu'une membrane. Elles peuvent ainsi vivre d'elles-mêmes à l'intérieur du corps humain. Certaines produisent des toxines. Elles peuvent également transférer à d'autres bactéries de l'information génétique par leur plasmide et ainsi développer toute une colonie de bactéries résistantes aux antibiotiques. L'*Helicobacter pylori*, responsable de la majorité des inflammations gastro-duodénales, est la bactérie de l'estomac. Elle réussit à survivre dans un milieu fortement acide. C'est un fléau universel, son incidence est de 80 à 90 % de la population dans les pays en développement et de 25 à 30 % dans les pays industrialisés.

Les **protozoaires** sont de petits êtres unicellulaires avec un noyau responsables, chaque année, surtout dans les pays d'Afrique, d'Asie et des Antilles, de millions de gens infectés. Plusieurs en décèdent. Des insectes piqueurs femelles sont responsables en autres des deux plus importantes pathologies à protozoaires, soit le paludisme et la leishmaniose.

Une autre catégorie d'envahisseurs sont les **champignons** ou **levures** qui sont des végétaux qui peuvent donner naissance à des maladies bénignes de la peau, des muqueuses ou encore à des processus plus délétères, soit seuls ou en synergie avec un virus comme celui du SIDA. Ce dernier, après avoir envahi les cellules du patient et annihilé pratiquement tous les mécanismes de défense de son hôte, peut permettre à une infection habituellement bénigne comme la candidase de devenir délétère.



« Ces petits êtres minuscules existent tous et chacun en grande variété et peuvent, lorsqu'ils colonisent un organisme humain, s'y multiplier rapidement de façon exponentielle, se concentrer dans certains organes ou encore, comme dans une septicémie, se répandre dans l'ensemble de l'organisme. »

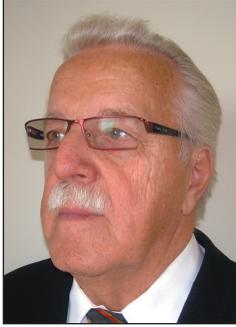
Enfin les **vers** ne sont pas en reste. Eux aussi sont des agresseurs sournois qui, une fois ayant franchi les premières barrières de défense de l'être humain, colonisent leur hôte. Certains sont absorbés lors d'ingestion de nourriture contaminée comme les **taenia**. Une fois dans l'intestin, ils peuvent atteindre plusieurs mètres. D'autres, stagnants dans des eaux douces, peuvent pénétrer facilement la peau et se disséminer dans tout l'organisme humain. Les **ancylostomes** ou encore les **schistosomia** en sont des exemples. Ces derniers donnent naissance à la maladie schistosomiase ou bilharziose. Cette maladie est tellement répandue qu'elle est la seconde maladie parasitaire dans le monde après le paludisme.

Tous ces petits êtres vivent dans le sol, dans les eaux douces des pays tropicaux ou semi-tropicaux, dans la nourriture contaminée ou encore dans l'organisme de certains insectes piqueurs.

C'est une lutte continuelle contre ces potentiels envahisseurs et l'organisme seul, sans aide médicale, ne peut que très difficilement vaincre ces agresseurs une fois qu'ils se sont installés dans le corps humain.

Dans notre monde où les déplacements humains deviennent planétaires, ces maladies sont maintenant sans frontières. Ces petits êtres sont beaucoup plus nombreux que nous et pas nécessairement nos amis. ■

« Dans notre monde où les déplacements humains deviennent planétaires, ces maladies sont maintenant sans frontières. Ces petits êtres sont beaucoup plus nombreux que nous et pas nécessairement nos amis. »



D^r Jean-Paul Perreault
*Professeur titulaire de clinique
 Faculté de médecine
 Université de Montréal*

LES INFECTIONS URINAIRES

LES INFECTIONS URINAIRES SONT LES PATHOLOGIES LES PLUS COMMUNES ET ELLES AFFECTENT LES HOMMES ET LES FEMMES DE TOUT ÂGE. ELLES SONT SOUVENT CAUSE DE MORBIDITÉ ET PEUVENT CONDUIRE À L'OCCASION À LA MORT, D'OÙ L'IMPORTANCE DE POSER UN BON DIAGNOSTIC ET DE LES TRAITER ADÉQUATEMENT.

Les infections urinaires dont le site est habituellement la vessie (cystite) et/ou le rein (pyélonéphrite) sont généralement simples, non compliquées, mais il peut arriver que ces mêmes infections se compliquent et qu'elles nécessitent un traitement prolongé ou encore une intervention urologique car elles surviennent habituellement chez un patient avec un tractus urinaire anormal ou encore porteur de plusieurs comorbidités.

LA CYSTITITE

La cystite est une infection urinaire caractérisée par une réponse inflammatoire de la muqueuse urothéliale due à une invasion bactérienne associée à une pyurie.

Cette pathologie affecte environ 10 % des femmes annuellement, et 50 % de toutes les femmes

auront un épisode d'infection durant leur vie. Dans une étude canadienne il fut rapporté que 63 % des patients ont eu un impact négatif secondaire à une infection, sur leurs activités, pendant une période d'environ cinq jours, pour la durée des symptômes. Les patients habituellement accusent une augmentation de la fréquence urinaire, des brûlements mictionnels, de l'urgence mictionnelle et de la douleur sus-pubienne et parfois de l'hématurie. Il est à noter que chez les patients âgés il y a souvent une histoire d'incontinence associée.

À l'examen objectif, il faut noter une absence de température et les trouvaillies sont négatives. Mais il faut toujours exclure une vaginite, de l'herpès ou encore une pathologie urétrale telle que diverticule, etc.

Avec une telle histoire, la probabilité d'avoir une cystite varie de 50 à 90 %. Il faut toujours avoir à l'esprit le diagnostic différentiel tel que cystite interstitielle, vessie neurogène, cancer ou encore calcul.

Les analyses de laboratoire pour soutenir le diagnostic sont habituellement l'analyse d'urine et la culture et antibiogramme. Mais il faut noter par ailleurs que le traitement peut être entrepris avec une histoire clinique classique.

ÉTIOLOGIE

Dans les cystites non compliquées, la bactérie la plus fréquente est le *E. Coli* dans 75 à 90 % des cas. Le staphylococcus saprophyticus est responsable de la cystite dans 5 à 10 % des épisodes et surtout chez les jeunes femmes. D'autres bactéries moins fréquentes, telles le *Proteus Mirabilis*, le streptocoque, le *Klebsiella* et l'entérocoque, peuvent également en être la cause.

La cystite bactérienne résulte presque toujours de l'entrée des bactéries qui ont colonisé l'urètre, sa partie antérieure et le pourtour de l'urètre. Donc, ces mêmes bactéries sont présentes dans le vagin.

La voie hématogène et lymphatique est très rare. Il est à noter que les bactéries peuvent entrer directement dans la vessie s'il y a présence de fistule intestinale.

TRAITEMENT

L'antibiothérapie orale de courte durée est le traitement de choix. Il est important de noter que dans une étude faite par des médecins de famille,

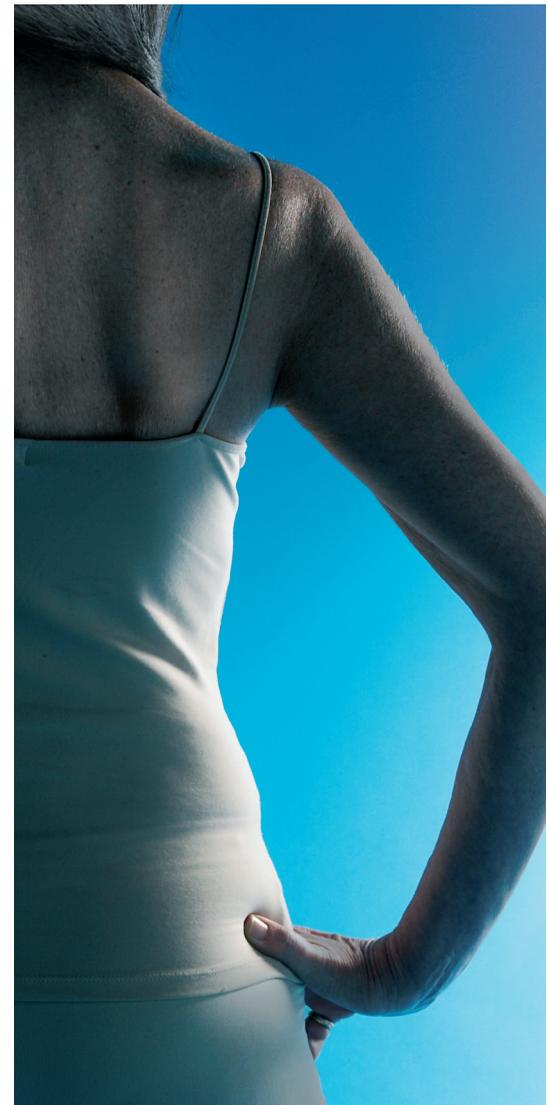
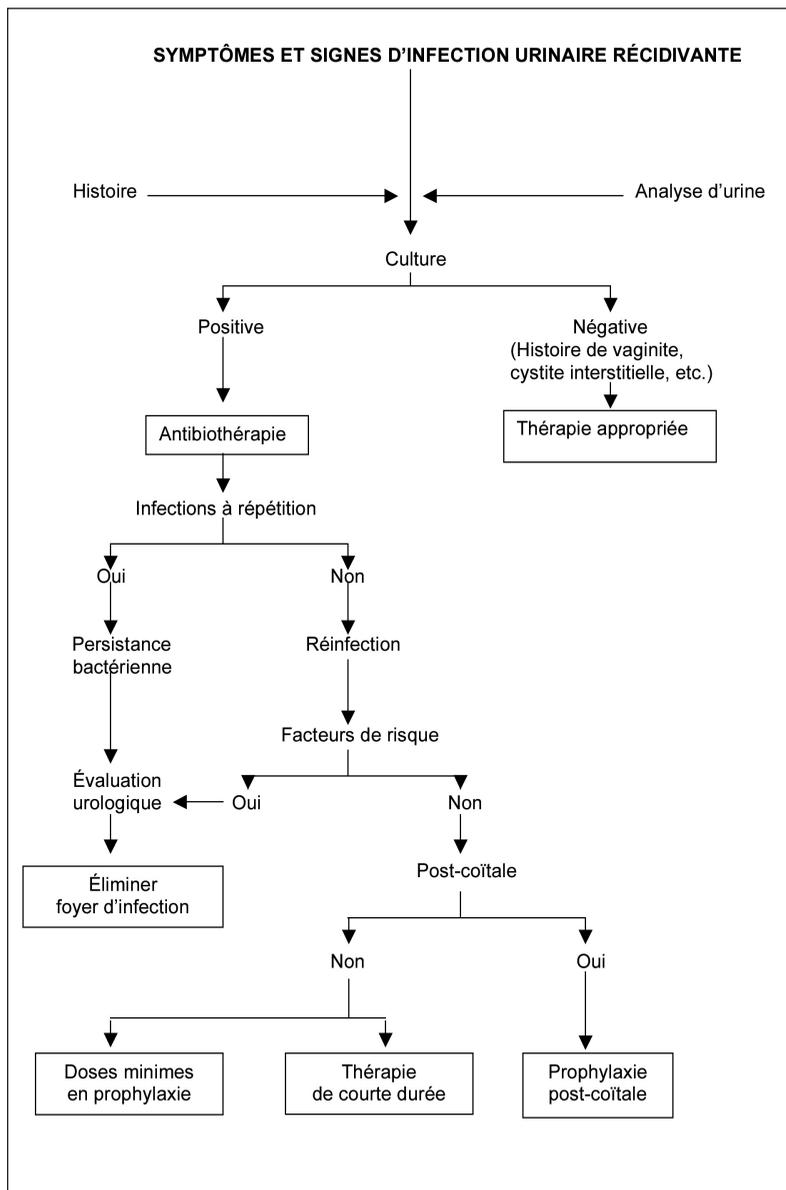


que 50 % des femmes qui ont reçu du placebo furent asymptomatiques après trois jours. En général, avec un traitement de courte durée, les patients ont une amélioration de leurs symptômes dans 90 % des cas, dont la durée varie de six à 72 heures.

Il existe des lignes directrices reconnues pour le traitement, à savoir le Septra DS pour trois jours, mais il faut noter qu'il y a de plus en plus de résistance à ce médicament (environ 20 %). D'autres médicaments acceptés dans le traitement de la cystite sont le Triméthoprime, le Cipro, le Nitrofurantoïne. La thérapie doit être associée aux conseils suivants : hydratation, éviter les bains, mictions post-coïtales.

Il peut arriver qu'en dépit du traitement il y ait persistance d'une infection ou encore une nouvelle infection. S'il y a persistance d'infection prouvée à la culture d'urine il est important d'identifier la bactérie et de procéder habituellement à une évaluation urologique et à un traitement approprié.

S'il y a récurrence, il faudra évaluer les facteurs de risque et, en l'absence de facteur de risque, il faudra instituer une prophylaxie à petites doses, tel que le Septra, le Nitrofurantoïne, le Cipro ou autre médicament dont la durée pourrait être de trois à six mois (Cf. organigramme).



ACTONEL est indiqué pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées.

Vous pouvez vous procurer la monographie du produit complète en communiquant avec La Compagnie Pharmaceutique Procter & Gamble Canada, Inc. au 1-800-565-0814.

Commercialisé avec :
sanofi-aventis Canada Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8
Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1G5
Copyright © 2008 La Compagnie Pharmaceutique Procter & Gamble Canada, Inc. Tous droits réservés.

M77004-ALX8
CDN.RIS.08.02.07F



P&G
Compagnie Pharmaceutique

sanofi-aventis
L'essentiel c'est la santé.



PYÉLONÉPHRITE

Cette pathologie est caractérisée par l'infection de la muqueuse du bassinnet et du parenchyme rénal qui est caractérisée cliniquement par de la température, frissons, douleur à la loge rénale et souvent associée avec une histoire antérieure de cystite.

L'examen clinique révèle souvent une température et une douleur à la palpation du rein. Ceci est

documenté par une analyse d'urine et une culture et antibiogramme des urines. Il s'agit habituellement d'infections urinaires non compliquées car elles surviennent chez des patients en bonne santé avec un arbre urinaire normal, d'où la simplicité du traitement. Mais il peut arriver que l'infection soit compliquée, c'est à dire qu'elle réponde moins bien à la thérapie. Cela survient surtout chez les patients qui sont plus à risque, tels que les patients qui ont un tractus urinaire anormal, les hommes, la grossesse, les patients âgés, les diabétiques, les patients sous chimiothérapie ou encore porteurs de sonde, de vessie neurogène ou ayant fait usage d'antibiotiques. Tous ceux-ci sont des facteurs qui peuvent provoquer une infection compliquée.

ROUTE DE L'INFECTION DU REIN

Les bactéries proviennent du réservoir intestinal et montent dans l'urètre et la vessie. 50 % des cystites peuvent causer une pyélonéphrite.

La pyélonéphrite est causée par l'ascension des bactéries vers l'urètre, le bassinnet et le parenchyme rénal. Cette ascension est due au changement à la jonction urétero-vésicale causée par l'inflammation due à la cystite. Il est à noter que la route hématogène pour la pyélonéphrite est aussi très rare.

DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic, il est important d'avoir une culture des urines et un antibiogramme afin d'instituer une antibiothérapie adéquate. Deuxièmement, un bilan sanguin doit être fait, à savoir urée, créatinine, formule sanguine et hémoculture, étant donné l'incidence de bactériémie associée à la pyélonéphrite. Troisièmement, l'imagerie est habituellement limitée à l'échographie dans la plupart des cas, mais le tomodensitomètre (TDM) est l'imagerie de choix.

THÉRAPIE

La plupart des pyélonéphrites aiguës, c'est à dire 80 %, ne nécessitent pas d'hospitalisation et peuvent être traitées par voie orale. Néanmoins si le patient est instable ou encore accuse des nausées et vomissements, il faudra procéder à une thérapie intraveineuse et à une hospitalisation.

L'antibiothérapie de choix sera suivant l'antibiogramme et sera d'une durée de 10 à 14 jours.

RÉSUMÉ

Les infections urinaires non compliquées sont fréquentes surtout chez les femmes et le traitement est efficace mais la récurrence demeure la difficulté. Dans les pathologies compliquées, il faut s'assurer d'une investigation complète et traiter la cause soit par une approche médicale et chirurgicale, si nécessaire. ■

Les **PROBIOTIQUES** sont des alliés essentiels au bon état du système immunitaire et de l'équilibre des intestins!

Pour améliorer la **FLORE DIGESTIVE**, combattre les **INFECTIONS BACTÉRIENNES**,
stimuler le **SYSTÈME IMMUNITAIRE**



12 MILLIARDS



50 MILLIARDS



20 MILLIARDS

**Concentration élevée
en souches de
ferments naturels.**

Des produits de très haute qualité



Offert en pharmacie dans la section de santé suisse



Daniel J.G. Thirion,

*B.Pharm., M.Sc.,
Pharm.D., FCSHP*

*Professeur agrégé de clinique,
Faculté de pharmacie,
Université de Montréal
Pharmacien, Centre
Universitaire de Santé McGill*

LA PHARMACOTHÉRAPIE DES MALADIES INFECTIEUSES



« Une pratique saine est de mise. Le monde microbiologique commande un usage adéquat des antimicrobiens et une pratique continue de prévention. »

Le traitement et la prévention pharmacologique des maladies infectieuses ont suivi une progression phénoménale au cours du 20^e siècle. Le nombre de décès reliés aux maladies infectieuses a diminué de façon drastique. Au début du 20^e siècle, les maladies infectieuses ont été la cause de près de la moitié des décès en Amérique du Nord, décès reliés en grande majorité à l'influenza et la pneumonie (25 % des cas infectieux) et à la tuberculose (25 % des cas infectieux).¹ Maintenant, elles sont impliquées dans moins de 5 % des causes de décès. Cette diminution a été associée au développement de l'arsenal pharmacothérapeutique, de l'hygiène environnementale et des conditions sanitaires (salubrité). Les changements importants coïnci-

dent avec l'introduction de l'usage clinique des antibiotiques (sulfonamides en 1935, pénicilline en 1941, et streptomycine en 1943) et des antimycobactériens (streptomycine, acide para-aminosalicylique en 1944, et isoniazide en 1952).

Par contre, une pratique saine est de mise. Le monde microbiologique commande un usage adéquat des antimicrobiens et une pratique continue de prévention. Les mécanismes d'adaptation des pathogènes sont prodigieux. Nous sommes témoins aujourd'hui de l'émergence de nouveaux pathogènes (virus de l'immunodéficience humaine, virus du Nil, syndrome respiratoire aigu sévère SRAS), de réémergence de maladies (syphilis, tuberculose), de pathogènes plus

Tableau 1 : Impacts associés à certains pathogènes résistants (adapté de réf. 2)

Pathogène résistant	Risque de mortalité	Durée de séjour attribuable (jours)	Coûts attribuables (US \$)(non ajustés)
Bactériémie à SARM	1,9	2,2	6 916 \$
Infection chirurgicale à SARM	3,4	2,6	13 901 \$
Infection à ERV	2,1	6,2	12 766 \$
Infection à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> résistant	1,8 - 5,4	5,7 - 6,5	11 981 - 32 949 \$

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (souche hospitalière);
ERV : *Enterococcus spp.* résistant à la vancomycine

virulents (diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD), *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline acquis en milieu communautaire – SARM-co), de problèmes de contamination (listériose, encéphalopathie spongiforme subaiguë, salmonellose), d'adaptation climatique (maladie de Lyme, paludisme) et de menaces (pandémie de grippe aviaire).

L'usage optimal des traitements est nécessaire pour obtenir l'efficacité désirée et pour minimiser les effets indésirables. La sélection d'une antibiothérapie inadéquate est associée à un risque de mortalité plus élevé (surtout chez les patients à risque de complications). Quelques exemples de l'impact de la résistance bactérienne, un problème qui suit l'usage des antibiotiques est présenté à la Figure 1.

Cas : M. GL, un étudiant de 25 ans en stage de 4^e année de pharmacie à l'unité d'enseignement de médecine interne, se présente à votre équipe pour obtenir un soulagement de ses symptômes. Il mentionne se sentir fatigué depuis 10 jours, se sentir « moche » et avoir un écoulement nasal important. Ses premiers symptômes étaient des éternuements suivis d'un mal de gorge. L'amélioration initiale a été suivie d'une progression plus importante de symptômes de congestion et de fatigue. Son nez bouché l'empêche de bien dormir la nuit et il se réveille le lendemain comme s'il n'avait pas dormi. Il mentionne avoir une sensation de « visage plein d'eau » lorsqu'il se penche par en avant. Il maintient ses activités quotidiennes malgré les symptômes. Il veut récupérer son énergie pour pouvoir performer pendant son stage. Il craint un échec s'il ne réussit pas à maintenir ses efforts. L'évaluation initiale révèle une rhinosinusite bactérienne.

Afin d'optimiser la réponse thérapeutique pour le patient, un simple processus est proposé pour faciliter la sélection de l'antibiothérapie (Figure 1). Les

Unir nos forces... pour les aider à faire face au cancer

Nos rôles sont différents, nos objectifs sont les mêmes : éradiquer le cancer et améliorer la qualité de vie

Société canadienne du cancer Canadian Cancer Society

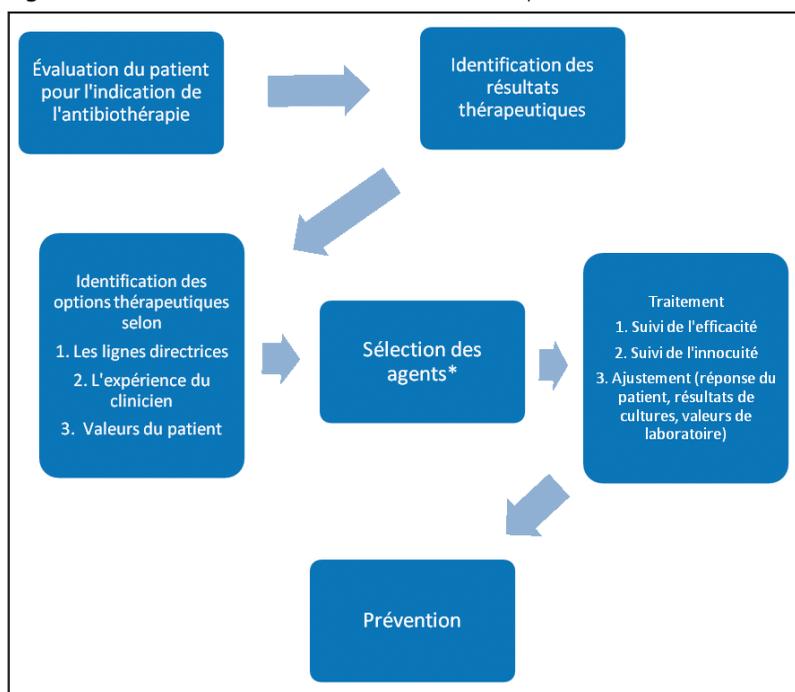
1 888 939-3333 | www.cancer.ca



décisions diagnostiques demeurent la base essentielle des soins optimaux offerts aux patients. Cette première étape consiste à identifier les patients pour qui l'antibiothérapie aura un impact. Le

recours à l'antibiothérapie doit reposer sur l'identification de résultats thérapeutiques clairs et mesurables. Dans le contexte québécois, avec le risque de DACD associé à l'exposition de l'antibiothérapie, les praticiens ont mis davantage l'accent sur l'évaluation du bénéfice de l'antibiothérapie.

Figure 1 : Processus de sélection de l'antibiothérapie (adapté de réf 3)



Pour M. GL, l'impact de l'antibiothérapie sera une diminution de la durée des signes et symptômes. Il existe un risque de DACD, quoique faible, vu son exposition au milieu hospitalier.

La deuxième étape consiste à sélectionner une antibiothérapie selon les lignes directrices, l'expérience du clinicien et les valeurs du patient. Plusieurs outils existent pour assister le clinicien dans sa démarche.^{3,4} Le choix des agents particuliers est basé sur plusieurs paramètres incluant les données d'efficacité, d'innocuité, des allergies, des facteurs d'adhérence, des interactions médicamenteuses, des coûts, etc. (Tableau 2 et Figure 2). La résistance bactérienne est un problème complexe (résistance épidémiologique, risque d'émergence de résistance en cours de traitement, désir d'éviter l'émergence de résistance dans la population, résistance du pathogène en cause et qui est connu, etc.) où l'ajustement du choix est requis lorsque le patient se retrouve à l'extérieur des intentions des lignes directrices.⁵ L'habileté du clinicien demeure un atout majeur dans l'identification des cas qui ne s'appliquent pas.

Tableau 2 : Priorité de sélection des agents au sein d'une même classe (adapté de réf. 3)

EFFICACITÉ	RÉSISTANCE	CARACTÉRISTIQUES ET PRÉFÉRENCES DU PATIENT
Impact thérapeutique selon les études cliniques, paramètres pk/pd	Présence de résistance bactérienne selon les données démographiques du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de résolution des signes et symptômes • Adhérence au traitement • Interactions médicamenteuses • Effets secondaires • Allergies • Coûts du traitement

Figure 2 : Guide posologique des antibiotiques courants chez les adultes (Extrait de réf 4)

ANTIBIOTIQUE DÉNOMINATION COMMUNE / COMMERCIALE*	DOSE ORALE	INTERVALLE POSOLOGIQUE	PRÉSENTATIONS	PRIX APPROXIMATIF RAMQ† (10 JOURS DE TRAITEMENT‡ SAUF SI MENTIONNÉ AUTREMENT)
Amoxicilline (anciennement Amoxil®)	500 mg	aux 8 heures	Caps. 250 et 500 mg Co. Mast.125 et 250 mg	6\$ (500 mg)
Amoxicilline- clavulanate de K (Clavulin®)	250 mg-125 mg	aux 8 heures	Co. 250 mg-125 mg	27\$
	500 mg-125 mg	aux 8 heures	Co. 500 mg-125 mg	40\$
	875 mg-125 mg	aux 12 heures	Co. 875 mg-125 mg	40\$
Azithromycine (Zithromax®)	500 mg/jour jour 1 puis 250 mg DIE jour 2 à 5	aux 24 heures	Co. 250 mg	27\$
Cefadroxil (Duricef®)	1000-2000 mg	aux 12 ou 24 heures	Caps. 500 mg	17\$
Céphalexine (anciennement Kéflex®)	500-1000 mg	aux 6 ou 12 heures	Co. et Caps. 250 mg et 500 mg	12\$ (500 mg)
Céfuroxime axétil (Ceflin®)	250 mg à 500 mg	aux 12 heures	Co. 250 et 500 mg	20\$ (250 mg)
Ciprofloxacine (Cipro®)	250 mg, 500 mg ou 750 mg	aux 12 heures	Co. 250, 500, 750 mg	50\$ (500 mg)
Ciprofloxacine XL (Cipro XL®)	500-1000 mg	aux 24 heures	Co. 500, 1000 mg	27\$
Clarithromycine (Biaxin®) (Biaxin XL®)	250 mg	aux 12 heures (pharyngite)	Co. 250 mg	30\$
	500 mg	aux 12 heures (bronchite, pneumonie, sinusite)	Co. 500 mg	59\$
	1000 mg	aux 24 heures (bronchite, pneumonie, sinusite)	Co. 500 mg	50\$

Pour M. GL, les recommandations québécoises demeurent adéquates au contexte actuel de résistance bactérienne. L'amoxicilline demeure un agent de première ligne vu l'efficacité clinique et l'innocuité. Le recours aux autres agents pourrait être envisagé en cas d'allergie à la pénicilline (macrolides, et sulfamidés) ou pour une préférence d'administration uni/biquotidienne (céphalosporines, macrolides, et sulfamidés).

L'amoxicillin-clavulanate à haute dose et les quinolones demeurent des alternatives pour les patients à risque de résistance. Une amélioration des signes et symptômes devrait être observée en 48-72 heures. Aucune intervention particulière n'est nécessaire pour la prévention de la maladie à moins que l'identification d'une cause particulière n'ait été observée lors de l'évaluation initiale.

Au cours du suivi, un ajustement thérapeutique est effectué selon la réponse thérapeutique, guidé par les résultats de laboratoire. Plusieurs éléments doivent être considérés en cas d'échec thérapeutique (Tableau 3)

Tableau 3 : Quelques éléments à considérer lors de l'échec thérapeutique d'une antibiothérapie

Réévaluation du diagnostic
Développement de complications
Inefficacité de l'antibiothérapie pour cause de résistance
Développement de résistance en cours de traitement
Posologie inadéquate (dosage, voie d'administration, fréquence, durée)
Non-adhérence au traitement
Inhibition de l'absorption des médicaments (interaction médicamenteuse)
Induction enzymatique du métabolisme du médicament (interaction médicamenteuse)

CONCLUSION

Le processus thérapeutique en maladies infectieuses ne diffère pas particulièrement de ceux des autres systèmes. Par contre, il est nécessaire de maintenir une pratique judicieuse afin d'obtenir les résultats thérapeutiques escomptés pour les patients. Avec un recul de plus d'un siècle, il est clair que les pathogènes microbiologiques s'adapteront en cas de pratique maladroite ou insouciance. Il existe heureusement plusieurs outils, centres de référence, réseaux de surveillance, organismes publiques, etc. pour favoriser les soins offerts. Par cet appui, le clinicien est invité à maintenir une pratique optimale dans la gestion de l'antibiothérapie. ■

RÉFÉRENCES SÉLECTIONNÉES

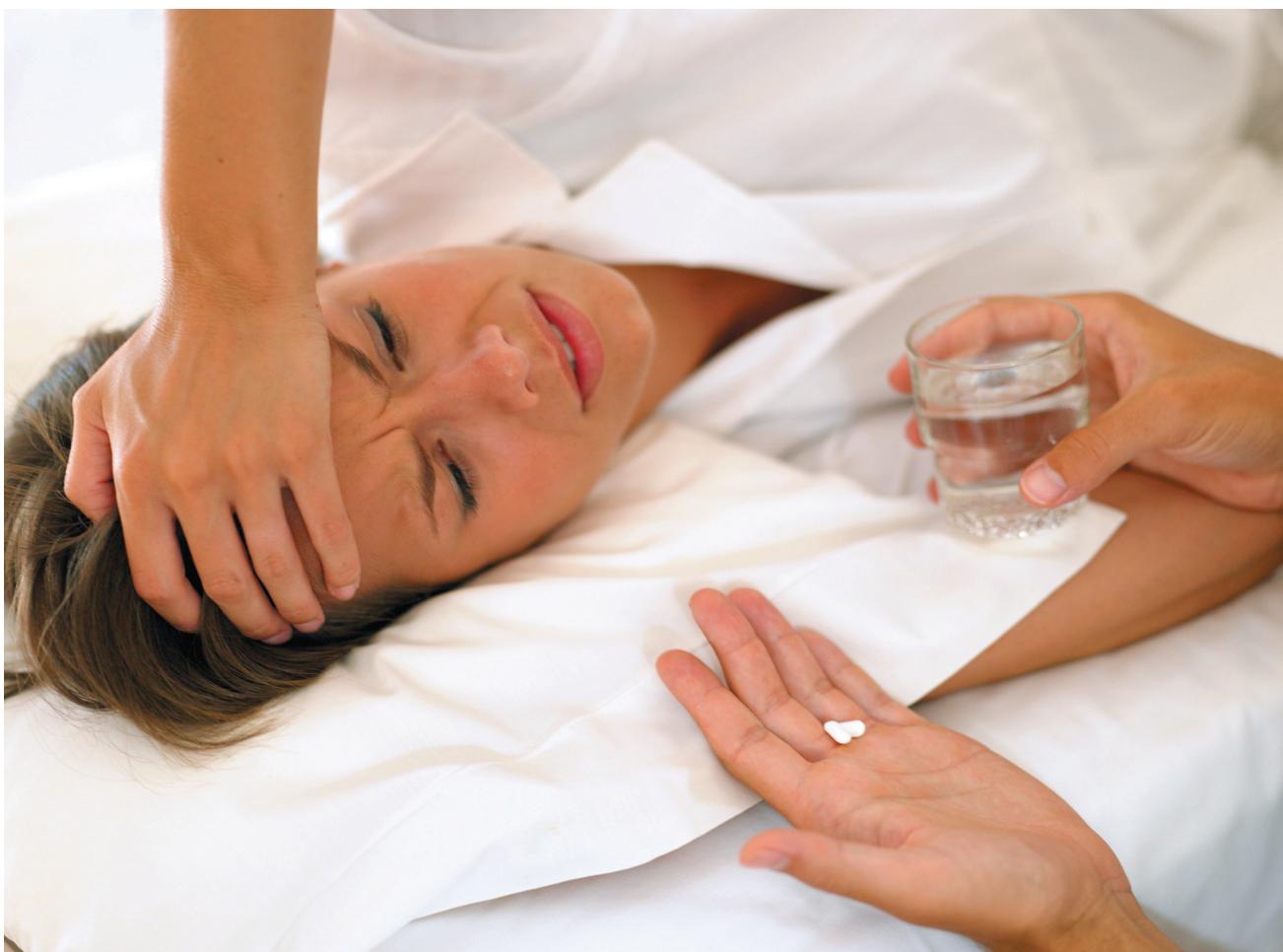
Asmstrong GL, Conn LA, Pinner RW. *Trends in Infectious Disease Mortality in the United States During the 20th Century*. JAMA 1999;281:61-66.

Maragakis LL, Perencevich EN, Cosgrove SE. *Clinical and economic burden of antimicrobial resistance*. Expert Rev Anti Infect Ther 2008;6:751-63.

Thirion DJG. *Basics Principles in Antimicrobial therapy* Dans: *Snippets for Snappy Antimicrobial Therapy*. Thirion DJG, éd. Publications PRISM, Montréal. 2007, pages 2-5. www.publicationsprism.com

Conseil du médicament du Québec. *Guides cliniques en antibiothérapie*. Janvier 2005. www.cdm.gouv.qc.ca

Zhanel G, Low DE, et al. *Canadian Antimicrobial Resistance Alliance (CARA)*. www.can-r.ca

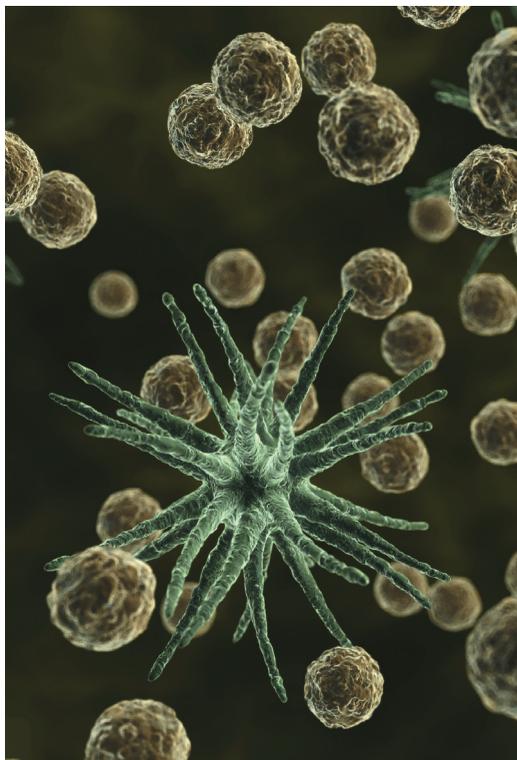


LES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (IVRS)

Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont parmi les trois causes les plus fréquentes de consultation en cabinet privé et en pharmacie et sont la cause la plus fréquente de consultation en urgence. Bien que rarement mortelles, les IVRS sont une cause fréquente d'absentéisme à l'école et au travail. Lorsque nous considérons une IVRS, la manifestation la plus fréquente qui nous vient à l'esprit est le « rhume », infection virale se manifestant par de la congestion nasale, de la toux et une rhinorrhée avec peu de manifestations systémiques et d'une durée de moins d'une semaine. Ces infections ont lieu entre une et huit fois par année, étant plus fréquentes chez les enfants, avec une incidence augmentée durant l'automne et l'hiver.

CAUSES DU RHUME

La cause la plus fréquente du rhume est le rhinovirus, mais le virus parainfluenza, le virus respiratoire syncytial (VRS) et le métapneumovirus se présentent aussi avec la même symptomatologie. Ces



Paolo Renzi,
M.D., CSPQ, FRCP(c), FCCP
Pneumologue, CHUM
Hôpital Notre-Dame,
Professeur, Université
de Montréal

Tableau 1 : Le rhume ou la grippe?

	RHUME	GRIPPE
Causes les plus communes	rhinovirus, VRS, parainfluenza	Influenza A et B
Toux	++++	++
Rhinorrhée	++++	++
Congestion nasale	++++	++
Hyperthermie	+	++++
Atteinte état général	+	++++
Myalgies	+	++++
Incidence saisonnière	+++	++++
Complications mortelles	très rares	présentes chez les populations à risque
Vaccin	non disponible	oui à chaque année chez la population ciblée
Traitement symptomatique	oui	oui
Antiviraux	non	oui
Antibiotiques	non	non

« La plupart des rhumes guériront sans séquelles ou complications. Une attention particulière devrait être portée aux individus qui sont à risque de complications. »

Tableau 2 : Infections des voies respiratoires supérieures et complications

COMPLICATIONS ASSOCIÉES AU RHUME	AUTRES INFECTIONS
Otite	Amygdalite
Sinusite	Gingivite, périodontite, abcès
Abcès rétropharyngé	Pharyngite bactérienne ou virale
Mastôidite	Angine de Vincent
Adénite cervicale	Parotidite et sialadénite
	Infection des tissus mous (Lemierre)



deux derniers sont rencontrés plus fréquemment chez les enfants de moins de trois ans et chez les vieillards. Il est important de différencier le rhume de la grippe, car la prévention, les traitements ainsi que les risques de complications ne sont pas les mêmes (Tableau 1).

COMPLICATIONS DU RHUME ET AUTRES IVRS

La majorité des patients atteints du rhume ne consulteront pas leur médecin, mais, lors d'une visite médicale, il est important d'éliminer par un bon questionnaire et examen physique les autres IVRS et complications du rhume qui pourraient nécessiter un traitement antibiotique, voire même chirurgical (Tableau 2).

Une revue décrivant les agents étiologiques ainsi que les agents antimicrobiens recommandés a été publiée récemment à ce sujet (I Brook 2008). Un test de diagnostic rapide pour le streptocoque en cabinet avec ou sans culture de gorge peut être nécessaire, surtout dans le contexte d'une pharyngoamygdalite. Il est cependant important de se rappeler que toutes ces infections peuvent être causées par des germes résistants aux antibiotiques communs et que les germes anaérobiques peuvent aussi être présents dans les infections qui deviennent chroniques, d'où l'importance d'assurer un suivi médical approprié.

PERSONNES À RISQUE ET PRÉVENTION

La plupart des rhumes guériront sans séquelles ou complications. Une attention particulière devrait être portée aux individus qui sont à risque de complications. Les très jeunes et très âgés sont à risque de complications à cause de l'immaturation ou de la diminution en efficacité des systèmes de défense immunitaire. Les patients atteints de maladies chroniques et/ou immunosupprimés sont aussi à surveiller de plus près. Les infections virales des voies respiratoires supérieures sont aussi la première cause des exacerbations respiratoires chez les patients

atteints d'asthme et de maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les infections virales des voies respiratoires supérieures sont des maladies contagieuses. Comme les virus sont endémiques à certaines périodes de l'année et qu'il n'y a pas de vaccin, il est difficile d'empêcher la survenue de ces infections, mais plusieurs mesures peuvent être employées pour réduire les infections ou le risque de complications (Tableau 3).

Malgré les mesures préventives, un grand nombre d'individus auront une ou plusieurs IVRS au cours d'une année. Les antibiotiques sont inefficaces chez les individus atteints du rhume. Plusieurs thérapies de support peuvent être associées au repos et à l'hydratation pour améliorer les symptômes du rhume (Tableau 4).

CONCLUSION

Les IVRS sont parmi les causes les plus fréquentes de consultation en cabinet et à l'urgence. Un questionnaire méticuleux et un examen physique spécifique permettent de différencier le rhume, qui ne nécessite qu'un traitement symptomatique, des complications et autres IVRS qui nécessitent un traitement plus spécifique. ■

RÉFÉRENCE

I Brook. *Current management of upper respiratory tract and head and neck infections.* Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008. Nov 5 Epub avant publication.

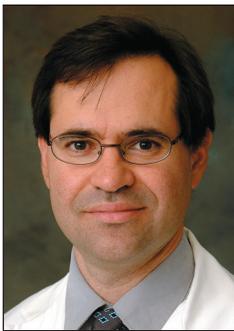


Tableau 3 :
Mesures pour diminuer la transmission et la sévérité des IVRS

MESURES GÉNÉRALES	MESURES INDIVIDUELLES	MESURES POUR DIMINUER LA SÉVÉRITÉ
Lavage des mains	Port du masque	Ne pas fumer
Port de masque aux cliniques	Éviter les lieux publics	Éviter les irritants dont le tabac
Port du masque par ceux infectés	Éviter les personnes infectées	Vaccination influenza et pneumocoque
Rendre disponible les savons et lotions antiseptiques	Traiter la rhinite allergique	Repos et bonne alimentation
	Traiter la sinusite chronique	Correction de l'immunosuppression
	Repos et bonne alimentation	

Tableau 4 : Traitement symptomatique du rhume

TRAITEMENT	ADULTES	ENFANTS	GROSSESSE
Acétaminophène	oui	oui	oui
ASA et AINS	oui	pas ASA	pas en fin de grossesse
Antihistaminiques (attention sédation)	oui	oui	oui diphenhydramine et chlorphéniramine
Décongestionnants oraux	oui (3 jours max.)	non si moins de 12 ans (mortalité infantile décrite)	oui (3 jours max.)
Décongestionnants topiques	oui (3 jours max.)	non si moins de 12 ans	oui (attention effet rebond)
Dextrométhorphan	oui	inefficace	oui
Humidité	incertain	incertain	incertain
Ipratropium nasal	oui	pour ceux 6 ans ou plus	aucune information
Produits naturels (peut être vitamine C en prévention)	non	non	non



Karl Weiss,
MD, MSc, FRCPC

*Microbiologiste-Infectiologue
Hôpital Maisonneuve-
Rosemont
Professeur agrégé de Clinique
Faculté de Médecine,
Université de Montréal*

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales représentent un des plus gros défis à relever par notre réseau hospitalier. Elles occupent une place sans cesse grandissante et sont associées à une morbidité et une mortalité loin d'être négligeables. La notion même d'infection nosocomiale est relativement récente dans l'histoire médicale, la prise de conscience qu'une intervention dans le cadre de prodiguer des soins amène des complications iatrogéniques est un concept qui a pris du temps à s'affirmer. D'un point de vue étymologique, le terme « noso » a comme origine le mot grec signifiant maladie, mais aussi le verbe latin nocere : faire mal.

HISTORIQUE

La notion d'hôpital, telle que conçue de nos jours, est relativement récente. Pendant une très longue période, l'hôpital était plutôt considéré comme un mouvoir à éviter. D'ailleurs, jusqu'au début du siècle dernier, l'hôpital était considéré comme un lieu pour les démunis nécessitant des soins. Les gens aisés financièrement se faisaient habituellement traiter à domicile. Avec le développement des interventions chirurgicales au XIX^e siècle et la croissance des infections, nos prédécesseurs ont commencé à prendre conscience de l'importance et de la nécessité d'améliorer leur façon de pratiquer. Il était bien connu que jusqu'aux deux tiers des patients subissant une amputation sur les champs de bataille succombaient quelques jours après la chirurgie.

Deux médecins ont initialement joué un rôle crucial dans la notion d'hygiène et ont été en quelque sorte les pionniers de la prévention des infections. En 1843, l'Américain Oliver Holmes, mais surtout le médecin viennois Ignaz Semmelweiss, ont compris que le lavage des mains entre les patients avait un impact majeur sur la mortalité subséquente. Semmelweiss fit ses observations dans les maternités de la Vienne impériale où il nota une baisse très significative des cas de fièvre puerpérale chez les parturientes pour lesquelles les sages femmes et les médecins s'étaient lavé les mains. Cela était d'autant plus vrai que le groupe contrôle comprenant les médecins ne se lavant pas les mains comptait un taux d'infection plusieurs fois supérieur au groupe précédent. Une méthode simple et peu coûteuse avait fait preuve de son utilité.

L'arrivée de la microbiologie moderne avec Pasteur et Lister accentua grandement la notion de transmissibilité des microbes et les risques épidémiologiques associés à l'hôpital.

Avec l'arrivée de la pénicilline et des premières classes d'antibiotiques dans les années 40 et 50, on pensait que ce problème d'infection postopératoire serait réglé une fois pour toutes. On venait en fait tout juste d'entrouvrir la porte à l'un des plus gros défis de la médecine moderne : la résurgence des maladies infectieuses sous une autre forme.

LA SITUATION ACTUELLE

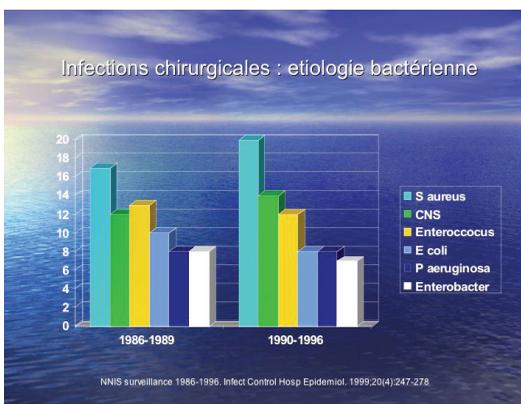
Plusieurs facteurs ont permis aux infections nosocomiales de prendre une place grandissante dans la médecine moderne, à tel point qu'elles représentent de nos jours la plus grande menace pour notre système hospitalier. En premier, une population de





plus en plus vieillissante, avec de nombreuses pathologies chroniques, nécessitant des soins de plus en plus complexe est un des facteurs primordial pour expliquer cette résurgence. L'utilisation d'agents immunosuppresseurs en quantité toujours croissante, le nombre de plus en plus important de patients immunocompromis pour toutes sortes de raisons, mais surtout l'arrivée de bactéries toujours plus résistantes ont aussi contribué à la situation qui prévaut actuellement dans nos milieux.

Il faut aussi souligner que l'aspect architectural désuet de nos hôpitaux, construits à une époque où le visage de la médecine était très différent de celui d'aujourd'hui, n'a certainement pas ralenti la progression de cette menace. On est en droit de se demander si le fait d'avoir plusieurs patients par chambre, peu de salles de bain sur les étages et des conditions d'entassement des patients dans certaines unités n'est pas un mélange explosif pour initier la transmission de germes entre eux dans un premier temps, et le développement d'infections subséquentes. À titre d'exemple, on sait aujourd'hui que le risque le plus important, et de loin, pour la colite à *Clostridium difficile*, est la présence d'autres cas de Colite à *C. difficile* sur la même unité d'hospitalisation.



IMPACT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
 Au début des années 70, le taux d'infections nosocomiales oscillait entre six et huit par 100 admissions aux États-Unis. Toutefois, avec l'arrivée d'une

population plus âgée, les taux d'infections nosocomiales ont continué d'augmenter au cours des deux dernières décennies.

On estime qu'aux États-Unis 88 000 patients meurent chaque année dans les hôpitaux d'une cause directement liée aux infections nosocomiales. Au Canada, une étude simultanément réalisée en 2005 dans plus d'une vingtaine d'hôpitaux incluant quatre au Québec a permis de conclure qu'un patient sur dix était affligé d'une infection nosocomiale.

En termes de mortalité, il a été bien démontré que l'acquisition de bactéries résistantes telles que le *Staphylocoque aureus* résistant, à la méthicilline (SARO) ou l'entérocoque résistant, à la vancomycine (ERV), augmente de façon significative la mortalité lorsque ces bactéries sont impliquées dans un processus infectieux. Il est important de souligner que l'incidence des SARM a plus que décuplé dans les hôpitaux canadiens depuis 1995, passant de 0,5 cas par 1000 admissions à plus de 6-8 cas par 1000 admissions en 2006.

« Plusieurs facteurs ont permis aux infections nosocomiales de prendre une place grandissante dans la médecine moderne, à tel point qu'elles représentent de nos jours la plus grande menace pour notre système hospitalier. »

**confiance
stratégie
performance**

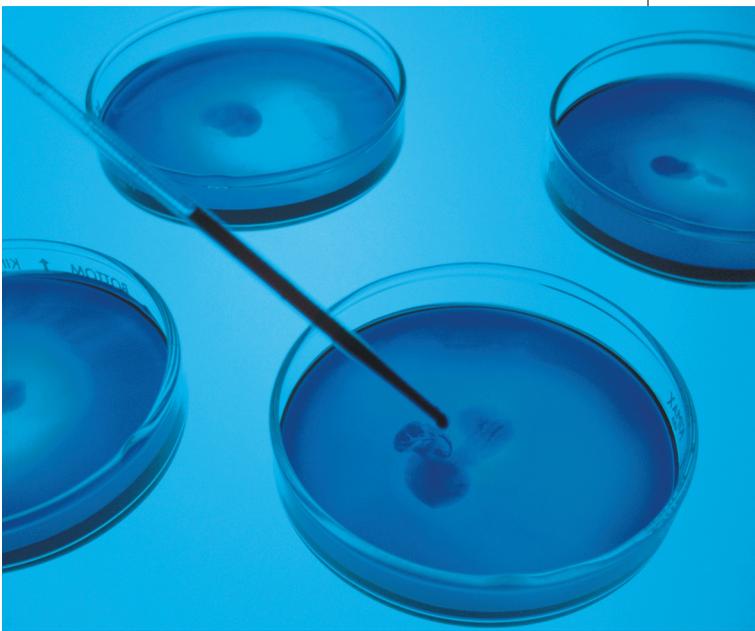
L'art de gérer des portefeuilles sur mesure selon vos besoins et vos objectifs

OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC.

Un succès qui repose sur l'expertise de nos gestionnaires appuyés par des spécialistes qualifiés

Sylvain B. Tremblay, Vice-président, Relations Clientes
 Téléphone: (514) 233-7545 • stremblay@optimumgestion.com

4120, rue de la Concorde - Le Centre Optimum Inc. 1000, rue de la Concorde



Les patients intubés ont en moyenne un risque cumulatif de développer une pneumonie associée à l'utilisation d'un ventilateur variant de 1-3 % par jour d'intubation. La survenue des infections urinaires est directement liée à la durée de mise en place d'une sonde urinaire, d'où l'importance de la retirer le plus rapidement possible. Les bactériémies associées à l'utilisation de cathéters centraux suivent exactement la même règle.

De plus, à titre d'exemple, une infection de plaie survenant après un pontage coronarien ajoute plus de 20 000 dollars au coût de l'hospitalisation. Les conséquences associées aux infections postopératoires de chirurgie de prothèses de hanche ou de genou sont considérables en prolongeant la durée d'hospitalisation, les coûts et surtout les implications cliniques d'un échec de la procédure.

Tableau 1 : Principales infections nosocomiales en termes de fréquence

- Infections urinaires
- Pneumonies nosocomiales
- Infections de sites opératoires
- Infections de cathéters et bactériémies

Tableau 2 : Éléments essentiels d'un programme de surveillance des infections

- Intensité de la surveillance
- Intensité de la mise en place des mesures d'isolement
- Respect du ratio nombre d'infirmières en prévention par 100 lits actifs
- Présence de médecins microbiologistes-infectiologues au sein de l'établissement
- Surveillance des taux d'infection chirurgicaux.

QUELLES MESURES PRENDRE POUR RÉDUIRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES ?

L'objectif recherché n'est pas d'éliminer les infections nosocomiales, mais d'en réduire au maximum l'impact. On estime que réduire de 30 % les taux d'infection constituerait un but raisonnable, attei-

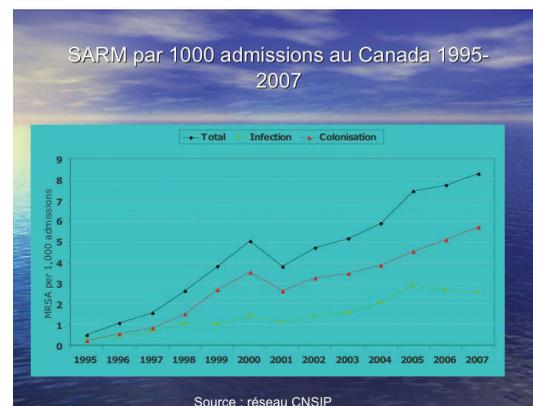
nable et ayant un impact significatif. Il est clair que, tout comme on ne pourra jamais prévenir tous les accidents routiers, on ne pourra jamais complètement éliminer la survenue d'infections nosocomiales.

Agent	Mécanisme d'action	Gram +	Gram -	MTB	Fungi	Virus	Rapidité action
Alcool	Détruit protéines	+++	+++	++	++	++	Très rapide
Chlorhexidine	Détruit membrane	+++	++	-	+	++	inter
Iode dérivés	Détruit paroi cellulaire	+++	++	++	++	++	Inter
Triclosan	Détruit paroi cellulaire	++	++	++	-	?	inter

+++ : excellent ; ++ : Bon ; + moyen ; - : faible.
Larson E and al. Am J Infect Control 1988;16:253-66.

Il n'y a pas de mesure unique et miraculeuse pour réduire ou éliminer les infections nosocomiales. Par ailleurs aucune mesure prise seule n'a été prouvée comme étant efficace. Il faut donc s'assurer de :

1. mettre l'accent sur le lavage des mains;
2. utiliser les bonnes méthodes d'insertion de matériel implantable (cathéter, sonde urinaire...);
3. retirer le matériel inséré le plus rapidement possible;
4. réduire la durée d'utilisation des antibiotiques;
5. avoir un programme adéquat d'antibioprophylaxie;
6. respecter les consignes d'isolement.



CONCLUSION

Seul un effort concerté et continu de tous, ajouté au respect de mesures simples et prouvées efficaces, permettra de réduire le fardeau associé aux infections nosocomiales. Le défi est d'autant plus grand que la population soignée dans nos hôpitaux est de plus en plus vulnérable. Les infections demeurent la première cause de mortalité sur la planète, et même si on les pensait contrôlées en Occident, elles constituent la plus grande menace en termes de mortalité et morbidité dans nos hôpitaux. ■

LANTUS SoloSTAR[®] est maintenant offert au Canada

LANTUS aide les patients à atteindre leur taux cible d'HbA_{1c} de 7 %.

On a démontré que LANTUS pour administration unquotidienne :

- permet d'obtenir une maîtrise efficace de la glycémie[†];
- est associé à une faible fréquence d'hypoglycémie (13,9 événements par année-patient dans le cadre d'une étude de 24 semaines)^{†*};
- est une insuline basale offrant un profil de concentration relativement constant^{††};
- possède un schéma d'administration souple : 1 fois par jour, à n'importe quel moment de la journée, à la même heure chaque jour[‡].

LANTUS SoloSTAR :

Un nouveau stylo injecteur prérempli d'insuline LANTUS.

Conçu pour faciliter l'enseignement par les professionnels de la santé et l'utilisation par les patients.



LANTUS (insuline glargine injectable [ADP recombinée]) est un nouvel analogue de l'insuline humaine obtenu par recombinaison génétique pour administration unquotidienne par voie sous-cutanée, indiqué dans le traitement des patients de plus de 17 ans atteints de diabète de type 1 ou de type 2 devant prendre de l'insuline basale (à action prolongée) afin de maîtriser leur glycémie. LANTUS est aussi indiqué dans le traitement des enfants atteints de diabète de type 1 devant prendre de l'insuline basale (à action prolongée) afin de maîtriser leur glycémie. L'innocuité et l'efficacité de LANTUS ont été établies chez l'enfant de plus de 6 ans. LANTUS est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité à l'insuline glargine ou à l'un des ingrédients entrant dans sa composition.

Comme dans le cas de toute autre préparation d'insuline, l'administration de LANTUS peut entraîner des réactions hypoglycémiques. L'hypoglycémie est l'effet

indésirable le plus courant des insulines. Parmi les autres effets indésirables, on note les réactions allergiques, les réactions au point d'injection, la lipodystrophie, le prurit, les éruptions cutanées et la production d'anticorps. Les effets indésirables observés le plus fréquemment chez des enfants qui reçoivent LANTUS durant un essai clinique ont été les infections (13,6%), les infections des voies respiratoires supérieures (13,6%), la pleurésie (7,5%), la diarrhée (5,2%), la gastro-entérite (4,6%) et la formation d'une masse au point d'injection (4,6%). La fréquence rapportée des réactions hypoglycémiques graves s'élevait à 1,7%.

La surveillance glycémique est recommandée pour tous les patients diabétiques. La dose d'insuline doit être adaptée en fonction de chaque patient.

La monographe de LANTUS est offerte sur demande et peut également être consultée sur le site Web de santé-Canada, à l'adresse suivante : www.santecanada.ca

† La signification clinique comparative n'a pas été établie. Courbe des concentrations de l'insuline glargine établie sur 24 heures.

Administration unquotidienne

LANTUS[®] SoloSTAR[®]
insuline glargine

L'OBJECTIF : ATTEINDRE LE TAUX D'HbA_{1c} CIBLE



06 9416 0 000 1 877 337 2222
1 877 337 2222 1 877 337 2222



Veuillez consulter le Résumé des renseignements pharmaceutiques à la page



Denis Durand,
associé principal chez
Jarislowsky Fraser Itée

COMPRENDRE LA CRISE FINANCIÈRE ET SES EFFETS SUR L'ÉCONOMIE DE TOUS LES JOURS

Pour l'ensemble des travailleurs et même de plusieurs professionnels, tels que les avocats, les médecins, les ingénieurs et autres, l'évolution de l'économie moderne, influencée par le commerce international et la globalisation de plusieurs tendances et accompagnée de l'apparition d'une multitude de nouveaux instruments financiers, suscite souvent l'incompréhension, le scepticisme, voire le désespoir. La naissance volcanisée de la crise financière actuelle n'a pu que confirmer ces sentiments et même attiser les émotions de frustration qui en découlent.

En premier lieu, il est judicieux de comprendre que toutes les crises financières ne donnent pas naissance automatiquement à un fort ralentissement économique, à une récession ou même à une dépression à l'intérieur des économies occidentales développées. À titre d'exemple récent, la déchéance du célèbre fonds de couverture (*hedge fund*) *Long Term Capital Management* en 1998 a inquiété fortement la Réserve fédérale américaine, sous la direction, à l'époque, d'Alan Greenspan, qui n'a eu d'autre choix que d'en prendre le contrôle et de liquider les positions à plus long terme avant que les défauts de paiement ne viennent contaminer des banques commerciales. La crise asiatique, provoquée par l'inflation et des taux d'intérêts élevés, s'est ajoutée à la faillite de l'État russe, mais les entreprises et les consommateurs nord-américains en ont été peu affectés.

« Cette recherche colossale de liquidités, particulièrement en Amérique du nord et en Europe, a forcé les banques, tout comme les entreprises et même les individus, à vendre des actifs et des placements à plus long terme pour obtenir la liquidité nécessaire à court terme. »



LA CRISE ACTUELLE

La crise financière actuelle diffère en ce sens qu'elle a entraîné la faillite et la restructuration de nombreuses banques commerciales, dévouées aux prêts commerciaux et individuels, et banques d'investissement, qui fournissaient surtout des services de financement corporatif et des produits d'investissement. Les produits d'investissement des banques d'investissement, dont plusieurs de qualité douteuse, hypothèques à risque, PCAA et autres, ont tôt fait de contaminer le bilan des banques commerciales en mal de rendement à tout prix, puisque le décloisonnement de la réglementation leur permettait désormais d'échanger des placements et des emprunts sans qu'on ait vraiment testé leur impact sur la qualité des bilans financiers.

La nouvelle réglementation comptable exige également que toute diminution de la valeur marché des placements ou augmentation de la valeur des engagements soit ajustée trimestriellement sur le bilan des institutions financières. Ainsi, la valeur des prêts aux sociétés financières, des prêts hypothécaires à risque ou des résidences faisant l'objet de reprise a été dépréciée immédiatement et a affecté la situation financière des banques.

Le climat de confiance des consommateurs et des entreprises à l'égard des plus grandes banques américaines, même les plus solides, s'est détérioré très rapidement, au point que, dans certains cas, des dizaines de milliards de dollars en dépôts ont été retirés en quelques jours pour être réinvestis en bons du Trésor garantis par le gouvernement américain. La même situation s'est reproduite dans une

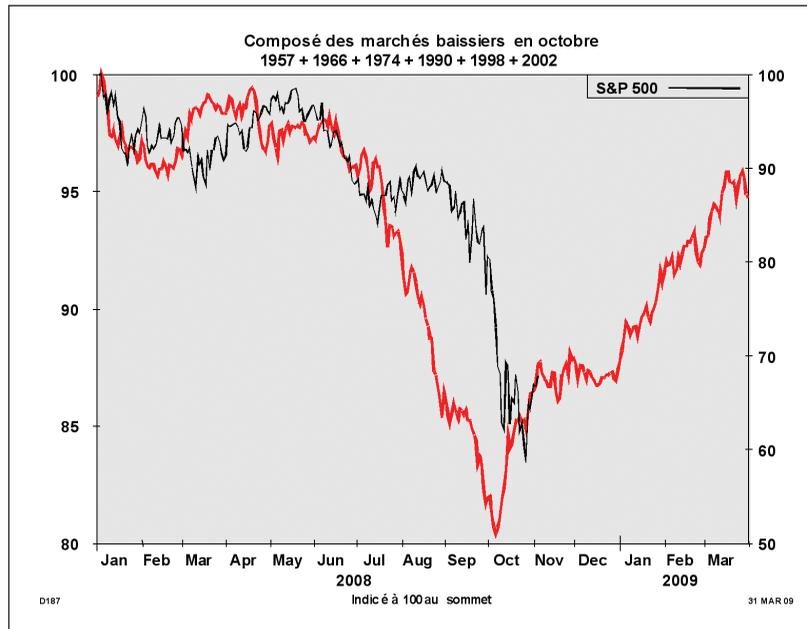
moindre mesure pour les banques canadiennes. Les banques américaines se sont donc retrouvées en manque criant de liquidité pour assurer la continuité des prêts à leurs clients et ont dû faire appel d'urgence à la Réserve fédérale et au gouvernement américain. Ces banques ont aussi été forcées de retirer leurs prêts aux autres banques américaines, entraînant ainsi un effet domino terrifiant pour toutes les institutions financières et leurs clients.

POURQUOI LES BANQUES CANADIENNES SONT-ELLES AFFECTÉES?

Nos banques financent de nombreuses entreprises canadiennes. Plusieurs d'entre elles manufacturent une partie de leur production ou distribuent une partie de leurs ventes aux États-Unis. Pour ce faire, elles utilisent souvent des prêts et des marges de crédit afin d'apparier leurs actifs, leurs revenus, leurs engagements et leurs dépenses en dollars américains. Du jour au lendemain, il va sans dire que leur accès au crédit de la part des banques a été fortement réduit, ce qui a fortement mis en danger leurs exportations et souvent, leur existence même. Nos banques canadiennes n'ont eu d'autre choix que de soutenir ces entreprises à même leurs propres facilités de crédit, à moins de voir disparaître leur clientèle. La banque du Canada est venue à leur rescousse en prenant en garantie des prêts de bonne qualité assurés par la Centrale d'hypothèque et de logement du Canada pour leur procurer plus de liquidité. Les deux tranches ont totalisé 75 milliards de dollars. Le crédit est donc plus difficile, plus coûteux et plus rare.

L'IMPACT SUR L'ÉCONOMIE CANADIENNE

Cette recherche colossale de liquidités, particulièrement en Amérique du nord et en Europe, a forcé les banques, tout comme les entreprises et même les individus, à vendre des actifs et des placements à plus long terme pour obtenir la liquidité nécessaire à court terme. L'effet a été dévastateur surtout pour les fonds d'investissement dits de couverture (*hedge funds*) qui empruntaient souvent plus de dix fois leur capital pour spéculer sur les ressources, les devises, les denrées alimentaires, les taux d'intérêt et même les probabilités de défaut des entreprises par le biais des CDS (*credit default swaps*). La chute des marchés boursiers ne pouvait en être que plus spectaculaire. Pourtant le commun des mortels n'en est habituellement pas très ému. Cependant la baisse des valeurs boursières sur des périodes prolongées a de nombreuses et perverses conséquences financières pour les ménages et leurs perspectives de retraite. Tous les fonds de pension détiennent des actions de sociétés canadiennes et/ou étrangères. Leur dépréciation à moyen terme entraîne une réévaluation financière et actuarielle de leur santé, et comporte souvent l'obligation d'augmenter les cotisations pour l'employeur et/ou l'employé. La baisse de valeur du portefeuille familial incite aussi souvent les familles à restreindre les dépenses de consommation.



QUE FAIRE?

Les dépenses de luxe n'ont pas leur place, d'autant plus que la plupart de ces produits ne sont généralement pas manufacturés dans l'économie canadienne et ne contribueront que très peu au maintien de la croissance. Le remboursement des dettes permet éventuellement de recommencer à consommer plus tôt. La rénovation résidentielle peut aussi être considérée puisque la rareté des projets permet de négocier des prix plus intéressants et d'activer l'économie locale. Le manque de liquidité des banques permet aussi d'obtenir des conditions de placement plus alléchantes, pourvu que la stabilité de l'institution soit assurée. Est-ce que les marchés ont fini de baisser? Nul ne le sait, mais le tableau ci-joint devrait vous convaincre que si la remontée ne peut être anticipée, le fonds du baril est sans doute presque atteint. ■

JARISLOWSKY FRASER LIMITÉE

CONSEILLERS EN PLACEMENTS

Denis Durand, associé principal

1010 Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H3A 2R7

Tél. : **514-842-2727**

Télé. : **514-842-1882**

ddurand@jfl.ca



Claudine Puglièse
Avocate, M.Fisc.

PLANIFICATION SUCCESSORALE ET TESTAMENTAIRE

LA PLANIFICATION SUCCESSORALE ET TESTAMENTAIRE EST UN VASTE SUJET. NOUS SUBDIVISERONS LE TEXTE EN TROIS VOILETS : LA PART DU FISC À NOTRE DÉCÈS; COMMENT RÉDIGER NOTRE TESTAMENT POUR MINIMISER LES IMPÔTS AU DÉCÈS ET L'ASSURANCE VIE AU DÉCÈS.

LA PART DU FISC À NOTRE DÉCÈS

Quels sont les revenus à inclure dans la déclaration d'impôt dans l'année de notre décès?

Les *revenus payables périodiquement* qui se sont accumulés avant le décès doivent être inclus dans notre déclaration d'impôt dans l'année du décès. On entend par des revenus payables périodiquement : les salaires, les intérêts, les loyers, les rentes.

On doit aussi ajouter à notre revenu les *sommes exigibles au moment du décès* et ceci bien qu'elles n'aient pas encore été payées. Par exemple, un dividende déclaré mais non payé. Il est possible de faire le choix d'inclure ce dernier type de revenu dans une déclaration distincte et de bénéficier de la progressivité des taux d'imposition pour diminuer le fardeau fiscal. Il est aussi permis de transférer ce bien à un ou plusieurs bénéficiaires de la succession et d'inclure ce revenu dans la déclaration d'impôt de ce(s) bénéficiaire(s). Dans la mesure où ce(s) bénéficiaire(s) ont des revenus inférieurs à ceux de la personne décédée, l'impôt payable sera moindre compte tenu de la progressivité des taux d'imposition. On peut donc fractionner ce revenu dans deux ou plusieurs déclarations d'impôt et, par le fait même, de diminuer notre taux d'imposition effectif.

Tous les *biens dont la disposition entraîne l'imposition d'un gain en capital* seront présumés faire l'objet d'une disposition à la date du décès. Toute plus-value accumulée sur ces biens à cette date est incluse dans la déclaration au décès. On fait référence aux biens tels que : les actions de sociétés, les immeubles à revenu, la résidence principale, le chalet et autres biens semblables. Il est toutefois possi-

ble de reporter l'imposition du gain en capital si ces biens sont transférés au conjoint ou à une fiducie exclusive au conjoint. Dans ce cas, l'impôt sur ce gain en capital sera reporté au moment de la disposition

« Une planification testamentaire permettra de minimiser les impôts au décès, soit en fractionnant le revenu entre plusieurs personnes, soit en reportant les impôts payables à une date ultérieure. »



réelle du bien ou au moment du décès du conjoint, à la première des deux dates.

Le produit d'assurance vie payable à la succession n'est pas à inclure dans les revenus. Il existe plusieurs planifications pour maximiser cet abri fiscal comme l'achat d'une police d'assurance vie de type universel. Il est possible de capitaliser cette police d'assurance vie pour un montant donné qui est fonction du montant d'assurance vie. Les revenus générés par cet investissement ne sont pas imposables s'ils ne sont pas retirés du vivant du titulaire de la police d'assurance vie.

La valeur accumulée avant échéance d'un régime enregistré d'épargne-retraite (REÉR) et d'un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) doit être incluse dans la déclaration au décès. On peut aussi minimiser l'impact de cette inclusion en transférant ces biens au conjoint ou à un enfant mineur ou à un enfant handicapé.

Les impôts de la personne décédée pourront être réduits d'un *crédit pour les dons de charité* effectués dans l'année du décès et dans l'année antérieure du décès dans la mesure où les dons excédaient la limite déductible pour cette année antérieure.

La déclaration d'impôt d'une personne décédée doit être produite dans les six mois de la date de son décès si elle est décédée dans la période après le 31 octobre et avant le 30 avril. Sinon, elle doit produire sa déclaration au plus tard le 30 avril de l'année civile qui suit l'année du décès.

Une planification testamentaire permettra de minimiser les impôts au décès, soit en fractionnant le revenu entre plusieurs personnes, soit en reportant les impôts payables à une date ultérieure. Le fractionnement des revenus permet de jouir des taux d'imposition moindres sur les revenus moins élevés. Le report d'imposition permet de jouir d'un rendement sur le montant d'impôt reporté à une date postérieure. Dans ce cas, plus la date est éloignée dans le temps, plus le rendement est important. Nous verrons donc dans le prochain volet comment rédiger notre testament pour minimiser les impôts au décès. ■

graphisme
pré-presse
impression
 finition

20!
ans!

Le Groupe COMMUNIMÉDIA inc.
Votre référence pour tous vos travaux d'impression!

- ✓ Équipe dynamique et expérimentée
- ✓ Rapport qualité/prix exceptionnel
- ✓ Atelier et équipement moderne
- ✓ Service rapide et efficace

SERVICES OFFERTS :
CONCEPTION
DIGITALISATIONS
CORRECTION D'IMAGE
MONTAGE-PHOTOS
PHOTOGRAPHIE
GRAPHISME, INFOGRAPHIE
ÉPREUVES COULEUR
IMPRESSION, FINITION
LIVRAISON GRATUITE

DEPLIANT
CARTON PUBLICITAIRE
BROCHURE CATALOGUE
MAGAZINE
AFFICHE MENU

Estimation gratuite
Papier, format, finition et quantité illimités !

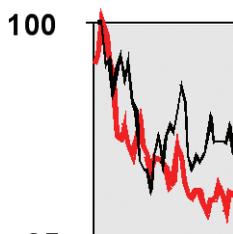
✉ communimedia@videotron.ca

☎ 450.665.3660

☎ 450.665.6906

Le Groupe COMMUNIMÉDIA inc.

3131 BOUL. DE LA CONCORDE EST, SUITE 300, LAVAL (QC) H7E 4W4



Andreas Heberlein,
CEO Balsavour Canada Inc.

LE SAUMON

Dans notre dernier article, nous vous parlions d'olives. Ce mois ci nous vous présentons le saumon. Poisson préféré des canadiens, le saumon passe rarement inaperçu. On le mange mariné, cru, fumé, en filets cuits, en pavés, entier...



« Le saumon, qu'il soit sauvage ou d'élevage, est un poisson gras aux vertus nutritives importantes.

C'est également l'un des poissons les plus riches en Omega 3, un acide gras qui protège le système cardio-vasculaire.

Le saumon vous apporte par ailleurs des quantités intéressantes de vitamines, notamment des vitamines A et D. »

SON HISTOIRE :

Le saumon fait partie de la famille des salmonidés, tout comme la truite. Le terme « saumon » apparut dans la langue française en 1138. Il vient du latin « salmo » et veut dire « qui saute ». Ce nom fait donc référence à la capacité exceptionnelle du saumon à sauter de hauts obstacles lorsqu'il remonte les cours d'eau pour sa reproduction. Le dos du poisson est bleuté et parsemé de petites tâches noires. Les flancs et l'abdomen sont dorés. Sa chair est rose car il se nourrit de crevettes.

Le saumon est un poisson migrateur. Il passe une partie de sa vie en mer, puis il vient pondre en rivière. Lorsque les saumons ont rejoint la rivière pour se reproduire, rares sont ceux qui parviennent ensuite à rejoindre la mer, car la plupart meurent d'épuisement sur place.

Le saumon était, de la préhistoire au 18^e siècle, le poisson le plus consommé en Europe. Mais la révolution industrielle a causé une importante pollution des eaux et a nécessité l'aménagement des cours d'eau. Cela a entraîné la disparition du saumon dans les rivières. Le saumon sauvage est donc devenu très rare et, par conséquent, très

cher. Dès le début du 19^e siècle, on a ainsi recherché à multiplier le saumon de l'Atlantique dans des élevages.

La majeure partie du saumon consommé aujourd'hui en France provient donc de l'élevage, ce qui a permis de le rendre financièrement abordable. Les principaux pays producteurs sont l'Écosse, la Norvège et l'Irlande. Le saumon d'élevage a une chair moins fine et plus grasse que le saumon sauvage. Sa qualité dépend de ses conditions d'élevage, c'est-à-dire de l'espace dont il dispose et de son alimentation. Le Label Rouge garantit un saumon élevé dans de bonnes conditions. 700 000 tonnes de saumon sont produites chaque année par l'aquaculture.





LES PRINCIPALES ESPÈCES

Le saumon atlantique : très prisé pour sa saveur et sa chair ferme, c'est la seule espèce sauvage de l'Atlantique nord. Sa pêche est restreinte car il est menacé par la pollution et la surpêche. Celui qu'on achète provient surtout des fermes d'élevage.

Le saumon royal (chinook) : pêché sur la côte ouest du Canada, cette espèce se distingue par sa chair rose orange et ses flancs argentés. Le chinook est plus populaire fumé, mais on le trouve aussi frais ou surgelé.

Le saumon rose : longtemps considéré comme une espèce de moindre qualité en raison de sa chair friable, ce saumon est vendu frais, surgelé ou fumé, mais il est surtout destiné à la mise en conserve.

Saumon rouge : recherché par les amateurs pour sa chair rouge foncé très savoureuse, il est commercialisé en conserve. Le sockeye est également vendu fumé ou salé.

Saumon argenté (coho) : moins populaire que le chinook et sockeye, l'argenté est malgré tout l'une des principales espèces commerciales de la côte ouest. Sa chair pâle se prête bien à la mise en conserve.

Saumon keta : considéré comme un saumon de moindre qualité en raison de sa chair pâle et spongieuse.

BIENFAITS

Le saumon, qu'il soit sauvage ou d'élevage, est un poisson gras aux vertus nutritives importantes. 100 g de saumon apportent 10 g de lipides et 170 calories. C'est également l'un des poissons les plus riches en Omega 3, un acide gras qui protège le système cardio-vasculaire. Le saumon vous apporte par ailleurs des quantités intéressantes de vitamines, notamment des vitamines A et D.

Le saumon contient du magnésium, qui est un oligo-élément très important pour notre orga-

nisme. Le magnésium est particulièrement utile pour la santé des os, pour un bon rythme cardiaque et un bon fonctionnement du système nerveux. Le saumon vous apporte également du fer, qui joue un rôle dans la formation du sang. Enfin, ce poisson est source de phosphore.

Toutes ces qualités nutritionnelles, combinées à un prix abordable, font du saumon un poisson à consommer régulièrement pour une alimentation équilibrée.

CONSERVATION

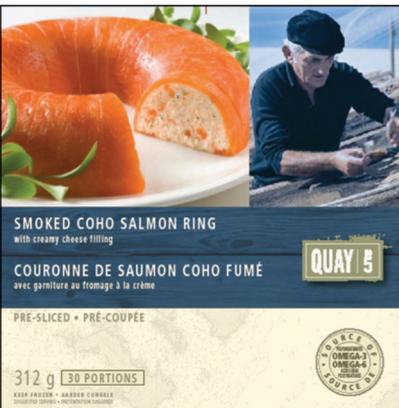
Le saumon peut être conservé 24 heures à 4°C dans le réfrigérateur, à condition de l'emballer hermétiquement. Congelé à -18°C, dans un emballage hermétique, il se conserve pendant un mois. ■

« Toutes ces qualités nutritionnelles, combinées à un prix abordable, font du saumon un poisson à consommer régulièrement pour une alimentation équilibrée. »



Balsavour

CANADA INC.

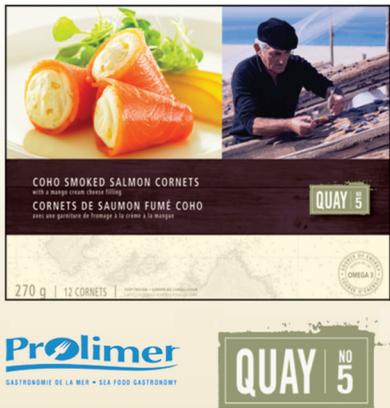


SMOKED COHO SALMON RING
with creamy cheese filling

COURONNE DE SAUMON COHO FUMÉ
avec garniture au fromage à la crème

PRE-SLICED • PRÉ-COUPÉE

312 g | 30 PORTIONS



COHO SMOKED SALMON CORNETS
with a mango cream cheese filling

CORNETS DE SAUMON FUMÉ COHO
avec une garniture à la mangue à la crème

270 g | 12 CORNETS

LES PRODUITS QUE LES AUTRES N'ONT PAS, BALSAVOUR LES A !

Charcuterie, épicerie, poissonnerie, boulangerie et produits biologiques.

378 Mc Arthur, Ville Saint-Laurent,
Québec, Canada H4T 1X8

Tél.: 514-737-2929 Téléc.: 514-737-5069
www.balsavour.com

L'ART DE LA DÉGUSTATION

LA DÉGUSTATION DU VIN CONSISTE SIMPLEMENT À DÉTECTER, IDENTIFIER ET APPRÉCIER CE QUI ÉVEILLE LES SENS. DE CE FAIT, ELLE REVÊT UN CARACTÈRE TRÈS PERSONNEL. DES GOÛTS ET DES COULEURS, IL NE FAUT JAMAIS DISCUTER... DIT-ON.

NOTES INTÉRESSANTES :

Comme on aime souvent accompagner un bon repas d'un bon vin, on peut mâcher un bout de pain afin de neutraliser la bouche avant de sentir et goûter le vin.

Il est conseillé de toujours tenir son verre par le pied. Ainsi l'on évite de réchauffer le vin, de laisser des empreintes disgracieuses sur le verre et, du même coup, on éloigne le plus possible toute odeur que pourraient dégager la main ou les doigts.

En vieillissant, les vins rouges pâlisent. Les blancs, quant à eux, tendent à prendre une teinte plus foncée. En poussant le vieillissement à l'extrême, on finirait par obtenir des rouges et des blancs ayant les mêmes nuances de couleurs.



Ainsi, deux personnes peuvent déguster différemment un même vin. Le seuil de détection des odeurs et des saveurs dépend des capacités physiques de chacun. La reconnaissance, quant à elle, est liée à la mémoire et aux souvenirs, ex. : « Ce vin me rappelle l'odeur du garde-robe de ma grand-mère », ou « Ce vin me rappelle l'épice qu'elle mettait toujours dans tel plat ». Cependant, la capacité à identifier et à nommer une perception requiert l'acquisition d'un vocabulaire spécialisé. Cette capacité se construit à force d'expériences et de pratiques dans la dégustation.

LES CONDITIONS OPTIMALES À LA DÉGUSTATION

Quand déguster?

- En dehors des repas, afin de se concentrer sur le vin seul
- En fin de matinée ou en fin d'après-midi, lorsque les sens sont aiguisés par la faim
- En évitant les périodes où l'on est malade ou fatigué, ou juste après avoir consommé un produit à goût fort et persistant.

Où déguster?

De préférence dans un local bien éclairé, sans odeurs, sans bruits, au dessus d'une surface blanche (nappe) pour observer la couleur du vin.

Dans quels verres?

Les verres à pieds, transparents, de forme « tulipe » sont les plus adaptés pour les vins de Bordeaux.





LE PROTOCOLE DE DÉGUSTATION

Un échantillon de dégustation stimulera pleinement l'ensemble des sens à travers les trois étapes fondamentales suivantes :

- **Regarder** : sensations visuelles
- **Sentir** : sensations olfactives
- **Prendre en bouche** : sensations gustatives, tactiles, olfactives (rétro olfactives)

LES SENSATIONS VISUELLES

La nuance de sa couleur

Pour un vin rouge, ce caractère est symptomatique de son âge. Un rouge violacé correspond à un vin jeune, qui, vieillissant, prendra des nuances rubis, pour devenir tuilées et orangées.

- **Vins blancs** : jaune vert, jaune citron, jaune paille, jaune doré, jaune ambré
- **Vins rosés** : gris, pivoine, framboise, cerise, jaune, orangé
- **Vins rouges** : violacé, pourpre, cerise, rubis, grenat, tuilé, orangé

Caractéristiques : vive – franche – éclatante – terne – usée

L'intensité de sa couleur

Ce facteur est caractéristique de la typicité d'un millésime (année de récolte des raisins), d'un cépage (sorte de raisins), d'un terroir ou d'une méthode d'élaboration (macération des raisins).

Intensité : légère – moyenne – foncée – dense – profonde

ULTRA-FORT

NOUVEAU FORMAT SUPER PRATIQUE.

PAPIER D'ALUMINIUM ALCAN ULTRA-FORT EN ROULEAU DE 12 po

30'

ULTRA FORT

ALCAN

PAPIER D'ALUMINIUM PLUS RÉSISTANT ET PLUS FLEXIBLE

NOTRE PAPIER D'ALUMINIUM LE PLUS RÉSISTANT EST MAINTENANT OFFERT EN FORMAT PLUS PRATIQUE.

NOUS PRÉSENTONS LE PAPIER D'ALUMINIUM ALCAN ULTRA-FORT EN ROULEAU DE 12 po. LE MATÉRIEL D'EMBALLAGE QUI SE RANGE ET S'UTILISE FACILEMENT ET QUI PROTÈGE LE MIEUX.

LA RÉSISTANCE PREND UNE NOUVELLE DIMENSION.



NOTE INTÉRESSANTE :

Pour agiter le vin, il est suggéré de commencer avec le verre posé sur une table. Toujours en tenant le pied du verre, faire tourner d'un mouvement fluide la base du verre comme si un cercle imaginaire était dessiné sur la table.

LES SENSATIONS OLFACTIVES

Arômes et bouquet

Il existe trois catégories d'arômes. Les arômes primaires sont les arômes du (ou des) cépages(s) (sorte de raisins) constituant le vin. Les arômes secondaires sont les arômes naissant dans le vin durant les fermentations. Les arômes tertiaires sont les arômes apparaissant au cours de l'élevage et/ou du vieillissement du vin en bouteille.

Tous ces arômes se fondent et évoluent pour former le « bouquet » du vin. Plus un vin est riche en arômes primaires (issu de raisins mûrs, de cépages nobles et de grands terroirs), plus il développera un bouquet fin en prenant de l'âge.

Classification des arômes

L'arôme des vins évolue au cours du temps et passe d'une note fruitée à une note plus animale, de cuir, de sous-bois :

Les vins rouges jeunes ont un caractère fruité (cerise, fraise, cassis, mûre, framboise...) et floral (violette, rose, pivoine...) avec parfois des arômes épicés, boisés et empyreumatiques (odeurs de brûlé, de fumée, de cuit, odeurs associées au caramel, au pain grillé, au caoutchouc, au cacao ou au café...) provenant de l'élevage en barriques.

Les vins rouges mûrs ont un caractère fondu et équilibré :

- Perte progressive du fruité « jeune fruit » vers des notes plus confites.
- Apparition d'odeurs de sous-bois, champignons, feuilles mortes, truffes.
- Présence de réglisse, cassis.
- Présence d'épices, poivre, girofle, muscade, etc.

Les vins rouges vieux développent un bouquet complexe et subtil : Les odeurs animales dominant (ambre, musc, civette, cuir, gibier) avec parfois l'apparition d'odeurs plus empyreumatiques (torréfaction caramel, fumée...). Des notes intenses de fruits secs ou confits se développent, soutenues parfois par des odeurs plus végétales (bois humide, humus, sous-bois...) et des odeurs de truffes.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN DU NEZ DU VIN

L'examen olfactif s'effectue en plusieurs phases :

- Humer le vin sans l'agiter pour en déterminer l'intensité et la qualité, ainsi que pour humer ses arômes les plus volatils.
- Humer le vin après agitation, afin d'intensifier ses arômes (notamment ses moins volatils).
- Humer le verre vide à la fin de la dégustation, pour découvrir des arômes d'une grande finesse.



LES ARÔMES CARACTÉRISTIQUES DES VINS ROUGES PEUVENT ÊTRE CLASSÉS EN 11 CATÉGORIES PRINCIPALES

Animal (plutôt typiques des vins vieux) : ambre – gibier, venaison, civet, fourrure, chien mouillé, musc, civette – sueur – urine de souris, de chat – viande, viande–scatol, faisané...

Balsamique : huile de cade, genévrier – pin, pitchpin, résine, résineux, térébenthine, encens – vanille...

Boisé (provenant d'un élevage en barrique) : bois vert – vieux bois, bois rancio – de chêne – de cèdre, de santal, crayon, boîte à cigare – douelle – écorce, ligneux...

Chimique (défauts) : acétique, vernis à ongles – alcool – carbonique – hydrocarbures, phénol, phéniqué – soufré – pharmaceutique – iode, chlore...

Épicé (et odeur d'aromates) : anis, badiane, fenouil – champignon, agaric, girolle, bolet, cèpe, truffe – cannelle gingembre, girofle, muscade, poivre – basilic – menthe verte, thym – angélique – réglisse – ail, oignon – origan, marjolaine – lavande, garrigue – camphre...

Empyreumatique (selon les caractéristiques de fabrication des barriques) : fumée de tabac, fumée – encens – brûlé, grillé, caramel, amande grillée, pain grillé, pierre à fusil, poudre, bois brûlé, incendie, caoutchouc – cuir – café torréfié, cacao, chocolat...

Éthéré (de fermentations) : banane, bonbon acidulé, bonbon anglais – savon, bougie, cire – levure, bière, cidre – lactique, beurre...

Floral : fleuri, floral – fleur d'acacia – d'amandier – d'oranger – de pommier – de pêcher – de troène – de sureau – de vigne, aubépine, églantine, chèvrefeuille – citronnelle – jacinthe, narcisse – jasmin – géranium – bruyère, genêt – guimauve – miel – pivoine, réséda, rose – camomille, tilleul – verveine – iris, rose, violette – giroflée, oeillet...

Fruité : raisin sec, confit – cerise noire, cerise sauvage, griotte, bigarreau, kirsch – prune, pruneau, mirabelle, noyau, amande, amande amère, pistache – baies sauvages, petits fruits, airelle, myrtille, cassis, fraise, fraise des bois, framboise, groseille, mûre – abricot, coing, pêche, poire, pomme, melon – bergamote, citron, orange, pamplemousse – ananas, banane – figue sèche, grenade, grenadine – noix, noisette – olive verte, olive noire...

Végétal : herbe, herbacé, foin, fenaison – feuille verte, feuille de cassis froissée, laurier – sauce, infusion, feuille morte – armoise, chou, cresson, lierre, oeillet d'Indes – raifort, radis – fougères – café vert – thé, tabac, humus, poussière, sous-bois, terre, mousse d'arbre...

Minéral : silex, craie, calcaire...



**Les aliments glissent
sans laisser de trace.**

Slide vous permet de cuisiner, de cuire au four ou au gril, de couvrir et de conserver les aliments sans gâchis poisseux. Parfait comme papier d'apprêt pour les plats et aussi pour séparer les aliments congelés.



**NOTE
INTÉRESSANTE :**

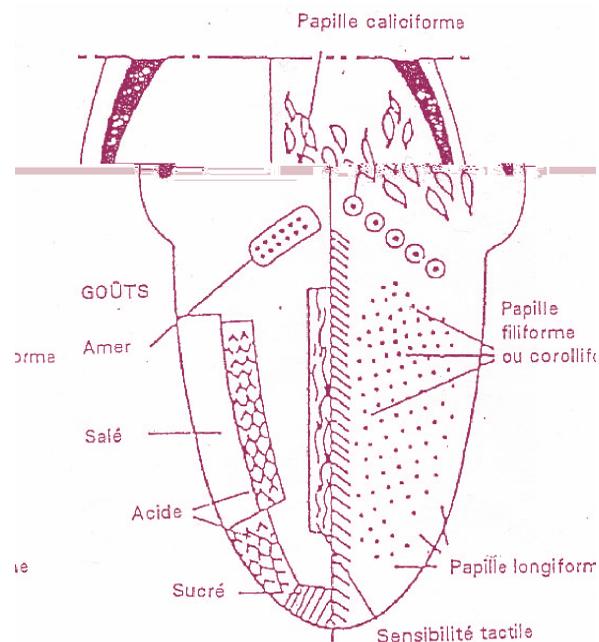
La longueur est l'un des éléments les plus importants pour déterminer la qualité et la hiérarchie des vins dans un vignoble donné.

**LES SENSATIONS GUSTATIVES
ET TACTILES**

Localisation des perceptions

Le goût acide est présent dans tous les vins à des degrés divers. Il est ressenti plutôt au milieu de la langue et à l'intérieur des joues. Un vin trop acide dénote des raisins qui n'étaient pas assez mûrs au moment de la récolte.

Les sensations tactiles concernent les impressions de contact qu'un échantillon développe dans la bouche (sur la langue et sur les joues), impression



de fluidité ou de consistance, l'astringence des tanins (effet desséchant), la chaleur (trop d'alcool), la viscosité, le pétilllement...

La sensation de sucré du vin provient essentiellement de l'alcool. Un vin rouge de bonne qualité doit être exempt de sucres (sec). Le sucre est perçu sur le bout de la langue.

Le goût amer, qu'il ne faut pas confondre avec l'astringence. Il est typiquement ressenti en arrière bouche, après avoir avalé (ou recraché). On le trouve rarement dans les vins de qualité.

Le goût salé est rare. Il peut être attribué à certains acides ou à des matières minérales, et il stimule les zones latérales de la langue.

Technique de l'examen gustatif

Prendre un peu de vin en bouche et bien le « mâcher » afin de stimuler l'ensemble des papilles gustatives.

Aspirer en même temps un filet d'air par la bouche, puis l'expulser par le nez (par rétro olfaction), permettant ainsi de mieux dissocier les arômes.

Recracher le vin, et mesurer la persistance des sensations gustatives et aromatiques.

L'ÉQUILIBRE D'UN VIN

Toute la qualité d'un vin dépend, avant tout, de l'équilibre entre ses divers constituants (**acidité – alcool – tanins**).



Uniktour



Uniktour



Uniktour



Uniktour



Uniktour

COSTA RICA : TERRE D'AVENTURE !

Par : Marie-Claude Roy

LE COSTA RICA EST SYNONYME D'UNE GRANDE AVENTURE À LA DÉCOUVERTE DES VOLCANS, DES PARCS NATIONAUX, DES RÉSERVES FAUNIQUES ET D'UN PEUPLE CHALEUREUX. C'EST UNE DESTINATION UNIQUE QUI OFFRE UNE RICHESSE INÉGALÉE : 13 000 ESPÈCES DE PLANTES, 7 000 ESPÈCES DE PAPIL-LONS, DES CENTAINES D'ESPÈCES D'OISEAUX, DE POISSONS ET PLUS ENCORE.

Le Costa Rica (officiellement république du Costa Rica) est un pays d'Amérique centrale bordé au nord par le Nicaragua, au sud par le Panama, à l'est par la mer des Caraïbes, et à l'ouest par l'océan Pacifique. La superficie totale du pays est de 51 060 kilomètres carrés. Des plages très différentes les unes des autres délimitent les côtes Caraïbes et Pacifique. La couleur du sable et la végétation varient d'un endroit à l'autre du pays et révèlent des endroits enchanteurs pour faire du sport (kayak de mer ou de rivière, voile, surf, plongée sous-marine, pêche), visiter les parcs nationaux, prendre des bains de soleil ou tout simplement se reposer à l'abri d'un cocotier.

UN PEU D'HISTOIRE

Lors de son quatrième et dernier voyage, en 1502, Christophe Colomb, pris dans une tempête, arriva

sur des terres inconnues. Il leur donna le nom de « Costa Rica » car il croyait qu'elles étaient riches en or. Les Espagnols, à défaut d'or, y trouvèrent une terre fertile et un climat hors pair leur permettant de commencer leur vie coloniale. Pendant près de trois siècles, le Costa Rica fut ensuite gouverné par la Capitainerie générale du Guatemala pour le compte de l'Espagne. En 1821, le Costa Rica obtint son indépendance. En 1843, l'économie démarra avec la culture du café. En 1869, l'enseignement devint obligatoire et gratuit. À l'époque, le ministre de l'Éducation lutta pour la démocratisation du système. Chacun devait pouvoir lire, écrire et compter. En 1882, la peine de mort fut abolie. En 1948, le pays fut secoué par une guerre civile qui entraîna près de 1000 morts. L'année suivante, en 1949, l'armée fut supprimée. Ainsi, le Costa Rica est devenu l'un des rares États à ne pas avoir d'armée, un cas

unique sur le continent. Dans toute son histoire, le Costa Rica n'a jamais connu une seule dictature et n'a jamais été gouverné par un régime totalitaire.

PATRIMOINE NATUREL

D'une superficie de seulement 51 000 kilomètres carrés, soit à peu près l'équivalent de la Suisse, le Costa Rica possède une flore et une faune exceptionnelles. Près de 5 % de la biodiversité mondiale s'y trouve et plus de 25 % du territoire est occupé par des parcs nationaux et des réserves. Cette diversité est attribuée à l'emplacement géographique du pays, entre l'Amérique du Nord et du Sud, propice aux mouvements des animaux. Comme dans toutes les zones tropicales, les invertébrés sont abondants. On compte pas moins de 7 000 espèces de papillons. Les oiseaux sont aussi très nombreux, soit plus de 900 espèces. Les espèces varient en fonction du milieu (côtes, montagnes, villes) où ils vivent. Les poissons sont typiquement tropicaux et d'une beauté incomparable. Les reptiles, au nombre de 220 espèces, sont représentés par les tortues de mer qui viennent pondre sur les plages. On trouve également des iguanes, des lézards et des caïmans. Quant aux mammifères, il y a les coyotes, les scondes et les cerfs de Virginie ainsi que les singes, dont le capucin et le singe hurleur, les tatous et les tapirs.

GÉOGRAPHIE

La population du Costa Rica est estimée à environ 4 195 000 habitants. La plus grande majorité (90 %) sont des Blancs d'origine européenne (principalement espagnole) et des mestizos (métis d'origine espagnole et amérindienne). La population noire est surtout issue de la Jamaïque. Le Costa Rica est organisé topographiquement en trois grands sec-



Uniktour



Uniktour



teurs : les chaînes de montagnes volcaniques des Cordilleras, les plaines lavées de la côte caraïbe et la côte pacifique. Dans la Cordillère centrale, il y a plusieurs volcans actifs et éteints. Les trois volcans les plus visités sont le Volcan Poas, l'Irazu et l'Arenal, près duquel sont construits de nombreux

« Le Costa Rica possède une flore et une faune exceptionnelles. Cette diversité est attribuée à l'emplacement géographique du pays, entre l'Amérique du Nord et du Sud, propice aux mouvements des animaux. »

« Les parcs naturels du Costa Rica sont d'immenses espaces protégés, non clos, qui s'étendent sur terre ou sur mer. On peut s'y promener, naviguer ou nager en ouvrant bien les yeux et les oreilles. »

hôtels et thermes. Le centre du pays abrite les trois quarts de la population, notamment dans la capitale San José où l'on retrouve 400 000 habitants. Les autres principales villes sont Alajuela (150 000 habitants), Cartago (100 000 habitants) et Puntaneras (90 000 habitants). Le principal fleuve du Costa Rica est le San Juan (230 km) qui délimite au nord une partie de la frontière avec le Nicaragua. Le climat du Costa Rica est marqué par la saison sèche et celle des pluies. La période des pluies s'étend de mai à novembre, la saison sèche de décembre à avril.

ACTIVITÉS ET ATTRACTIONS

Au Costa Rica, il est possible d'observer un volcan et même de descendre au fond d'un cratère, de voyager suspendu dans une nacelle au-dessus de la canopée de la forêt tropicale ou de plonger dans une piscine naturelle pour observer des poissons multicolores. Les possibilités sont pratiquement illimitées. Les kilomètres de plages idylliques sont l'endroit parfait pour lire, faire du sport, marcher ou se reposer.



Uniktour



Situé à 1 700 mètres d'altitude, le Lac Arenal a été classé comme l'un des cinq meilleurs endroits au monde pour pratiquer la planche à voile. La régularité, la vitesse et l'intensité du vent y facilitent la pratique de ce sport. D'autres plages du Costa Rica permettent également de faire de la planche à voile.

La nature est aussi très riche sous l'eau. Pour les adeptes de la plongée sous-marine, il y a plus de 1 000 espèces de poissons qui se reproduisent dans l'océan Pacifique et dans l'océan Atlantique. L'île de Coco est considérée comme un laboratoire naturel pour l'étude de l'évolution des espèces. Cet endroit a été inscrit par l'Unesco au Patrimoine Mondial Naturel de l'Humanité.

La pêche sportive est pratiquée à plusieurs endroits dont le Golfe de Papagayo, à Manuel Antonio et dans la Péninsule d'Osa. L'espadon, le mérrou, le pagre et les grands thons sont parmi les nombreuses espèces.

Le téléphérique sur les arbres offre un parcours à l'intérieur de merveilleuses forêts, un point de vue unique sur la canopée et des rencontres avec plusieurs animaux.

Le kayak de rivière a lieu sur la rivière San Juan, le Lac Arenal ou encore le Rio Frio. Le kayak de mer peut être pratiqué dans la Péninsule de Nicoya dans le Golfo Dulce ainsi que sur les plages de Manuel Antonio.

Les amateurs de surf du monde entier sont attirés par les températures agréables de l'eau et la hauteur des vagues. Ce sport est pratiqué sur les plages de la côte Pacifique nord comme Avellanas, Negra et Grande. Dans le Pacifique sud, il y a Manuel Antonio, Dominical et Pavones.

Le Costa Rica compte environ 20 parcs nationaux et une dizaine de réserves biologiques. Ces parcs pro-

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Climat : Selon les régions, les températures atteignent en moyenne 24,9 degrés Celsius sur les plages, 16,3 degrés Celsius dans les zones montagneuses et entre 20 et 22 degrés Celsius dans la Vallée Centrale. Le climat du Costa Rica est marqué par la saison sèche et celle des pluies. La période des pluies s'étend de mai à novembre, la saison sèche de décembre à avril.

Formalités : passeport.

Vaccins : Aucune vaccination n'est à ce jour exigée par les autorités costariciennes. Vaccination recommandée : hépatite A et B. Les vaccinations habituelles telles que anti-polio antitétanique sont fortement recommandées.

Langue : La langue officielle au Costa Rica est l'espagnol, mais plusieurs personnes parlent l'anglais.

Monnaie : La monnaie est le Colon. Les dollars se changent facilement dans les banques et les hôtels. Il est possible de payer en dollars dans la plupart des hôtels et des restaurants.

Assurance voyage : Avant de partir, il est recommandé de vérifier si vous avez une assurance voyage et ce qu'elle couvre, surtout si vous désirez pratiquer de merveilleuses aventures.

Carte bancaire : La majorité des cartes internationales de crédit sont acceptées dans les grands hôtels.

Électricité : 110 V, prises américaines.

Aussi... Prévoir un produit insectifuge lors des promenades en forêt. Dans les zones de basse altitude, près des forêts, des chandails à manches longues et des pantalons seraient souhaitables.

tègent plus de 13 000 espèces de plantes, 2 000 espèces de papillons diurnes, 4 500 espèces de papillons nocturnes, 163 espèces d'amphibiens, 1 600 espèces de poissons d'eau douce et de mer, 850 espèces d'oiseaux, etc. Plus de 1 000 espèces d'orchidées sont cultivées. Les forêts sont riches en ébène, balsa, acajou, cèdre. Plusieurs jardins ont été aménagés pour permettre aux visiteurs d'admirer de près la faune et la flore du pays.

Les parcs naturels du Costa Rica sont d'immenses espaces protégés, non clos, qui s'étendent sur terre ou sur mer. On peut s'y promener, naviguer ou nager en ouvrant bien les yeux et les oreilles. Tôt le matin, on peut aisément entendre les oiseaux, les singes hurleurs ou voir les iguanes. La visite de certains parcs nécessite la présence d'un guide.

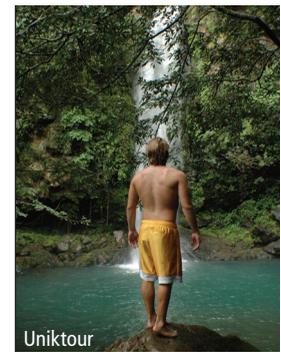
CUISINE

Pendant votre séjour, vous pourrez déguster plus de 150 variétés de fruits dont les goyaves, les mûres, les bananes, les sapotilles, les mangues, les grenades, les cajous, etc. Vous découvrirez aussi plus de 30 types de légumes. La cuisine est élaborée à partir d'aliments de base comme le riz et les haricots. Cette combinaison est à l'origine du plat traditionnel : le Gallo Pinto. Les provinces ont également leurs spécialités. Au Costa Rica, les mets sont généralement peu épicés. Le café noir au lait ou expresso est consommé à toute heure de la journée.



SANTÉ

Les risques de maladies virales ou contagieuses sont très faibles. Les maladies telles que la malaria, la dengue, le choléra ont pratiquement disparu. Le réseau de santé du pays comporte environ 2 000 centres de santé, hôpitaux, cliniques publiques et privées. Il est bon de rappeler qu'on ne doit pas consommer des produits non lavés ou des produits alimentaires en vente dans les rues. ■



Uniktour

Merci à Uniktour pour les superbes photos !
 Uniktour : www.uniktour.com
 (514) 722-0909 / Sans frais : 1-866-722-0909



FAIM DE SOIRÉE

Au dîner : une entrée et un plat complet et un dessert

Soupe à l'oignon gratinée.
 Filet de langoustine, pommes rôties à l'ail.
 Compote d'orange à la Cardinale.
 Saumon fumé sauté, légume, sauce fine
 et petite salade de tomates vertes.
 Côté réconfort. Terrine de foie au roquette, asperges et oignons.
 Assiette de accompaniments, café aux rayonnures.

Bouffe de bouilli noir et légumes rôtis, pommes, fruit et terre.
 Cervelle de veau poêlée au beurre fondu, giardiniera et citron confit.
 Filet de veau persillé, vinaigre de framboise, mousseline ou prosecco.
 Rognons de veau sautés au vin rouge, accompagnement d'ail et
 macis de Corchia et gratin Dauphinois.
 Viande au four. Entrée à la crème d'ail, sauce béarnaise
 et julienne de pommes de terre frites.
 Petite entrée de nuit
 Poisson du jour
 Laiterie de chèvre poêlé au beurre et soufflé au fromage de chèvre.
 Lentilles de saumon à l'huile d'olive, sauce ail, et velouté de citrouille.

Dîner de desserts à la carte

CHEZ LÉVÊQUE

1100 S. MONTREAL ST. (C. J. B. / C. J. B.)
 www.chezleveque.com

RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

Le Patient - Vol. 2 n° 5 janvier 2009

BANQUE NATIONALE www.bnc.ca/professionnelssante	2	BALSAVOUR CANADA INC. www.balsavour.com	27
LABORATOIRE SUISSE www.labsuisse.com	9	ALCAN www.alcan.com	29 / 31
SANOFI AVENTIS www.sanofi-aventis.ca Actonel	7	MAGAZINE VINS & VIGNOBLES www.vinsetvignobles.com	33
Lantus Solo Star	21 / 40-42	CHEZ LÉVÊQUE www.chezleveque.ca	37
Sanofi Pasteur	43	LE MAS DES OLIVIERS	38
SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER www.cancer.ca	11	ACCU-CHEK www.accu-chek.ca	39
OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC. www.optimumgestion.com	19	LANTHEUS Imagerie médicale	44
JABLOWSKI / FRASER	23		
LE GROUPE COMMUNIMÉDIA INC.	25		

LE PATIENT ACCEPTE LES PETITES ANNONCES

Information :

Jean-Paul Marsan
(514) 737-9979
jpmarsan@sympatico.ca

REP Communication inc.
Ghislaine Brunet
Directrice des ventes
Tél. : (514) 762-1667 poste 231
gbrunet@repcom.ca

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER
DANS LE PROCHAIN NUMÉRO :
**L'OSTÉOPOROSE
ET LE DIABÈTE**



Le Mas des OLIVIERS

L'un des hauts lieux de la gastronomie montréalaise

Établi depuis 40 ans dans une coquette demeure aux murs blanchis, sol de pierre et garnitures en fer forgé, le Mas des Oliviers est devenu une véritable institution dont le seul nom évoque la chaleur et les merveilles culinaires de la Provence.

Cette cuisine aux accents authentiques a su s'adapter aux goûts d'une clientèle fidèle et diversifiée. Comme en Provence, il fait toujours beau et bon au Mas des Oliviers.

Salle privée pour 60 personnes

**1216 rue Bishop,
Montréal, Québec H3G 2E3
RESERVATION: 514.861.6733**



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

ENCORE PLUS FACILE À UTILISER ET À ENSEIGNER

LA SIMPLICITÉ DU TOUT-EN-UN DU NOUVEAU SYSTÈME ACCU-CHEK COMPACT PLUS

La surveillance régulière de la glycémie est une composante essentielle du traitement du diabète. Quotidiennement, les éducateurs certifiés en diabète ont le défi d'encourager leurs patients à se tester régulièrement, particulièrement lorsqu'ils sont actifs. Le nouveau système de surveillance de la glycémie Accu-Chek Compact Plus permet non seulement aux personnes atteintes de diabète de se tester plus facilement, mais facilite l'enseignement pour les professionnels de la santé. Il s'agit du seul système réunissant toutes les pièces : aucun étalonnage, cartouche de 17 bandelettes, autopiqueur intégré, nouveau design ergonomique et un affichage lumineux, rendant l'appareil encore plus facile d'utilisation.

FACILE À UTILISER ET À ENSEIGNER – LA BASE DU SUCCÈS D'UN TRAITEMENT

Dois-je codifier l'appareil lorsque j'utilise de nouvelles bandelettes? Ai-je oublié quelque chose pour effectuer mon test? Ai-je le temps de me tester? Grâce au nouveau système Accu-Chek Compact Plus, ces questions sont superflues.

Il s'agit du seul moniteur de glycémie tout-en-un conçu pour faire des tests d'une seule main :

- Aucun étalonnage : moins d'étape pour obtenir un résultat
- Cartouche de 17 bandelettes qui réduit les manipulations
- Autopiqueur intégré le moins douloureux¹ (détachable)
- Affichage lumineux, facile à lire grâce à son contraste élevé
- Nouveau design ergonomique : se tient confortablement dans la main
- Mémoire accrue à 500 résultats

Roche Diabetes Care a ouvert la voie dans le domaine des systèmes du contrôle de la glycémie et occupe une position de leader à l'échelle mondiale au chapitre des soins de santé intégrés pour les personnes diabétiques. Depuis plus de 30 ans, la marque Accu-Chek s'est engagée à rendre la vie plus facile pour les personnes diabétiques et les professionnels de la santé en offrant des produits et services novateurs et en rendant la prise en charge du diabète plus facile, plus efficace et plus économique. Aujourd'hui, la marque Accu-Chek complète le cercle des soins dans la gestion du diabète en offrant à ces derniers tout ce dont ils ont besoin, allant de l'autocontrôle de la glycémie à l'administration d'insuline, en passant par la gestion de données. La gamme de produits Accu-Chek comprend des moniteurs de glycémie, des pompes, des lancettes et des systèmes de gestion de données.

Visitez le site www.accu-chek.ca



Le seul système qui réunit toutes les pièces.



ACCU-CHEK® Compact Plus

LA SIMPLICITÉ DU TOUT-EN-UN.

¹Lorsque la technologie des lancettes était comparée à d'autres produits reconnus sur le marché. Données au dossier.



En cent ans,
le visage du Canada
a changé.

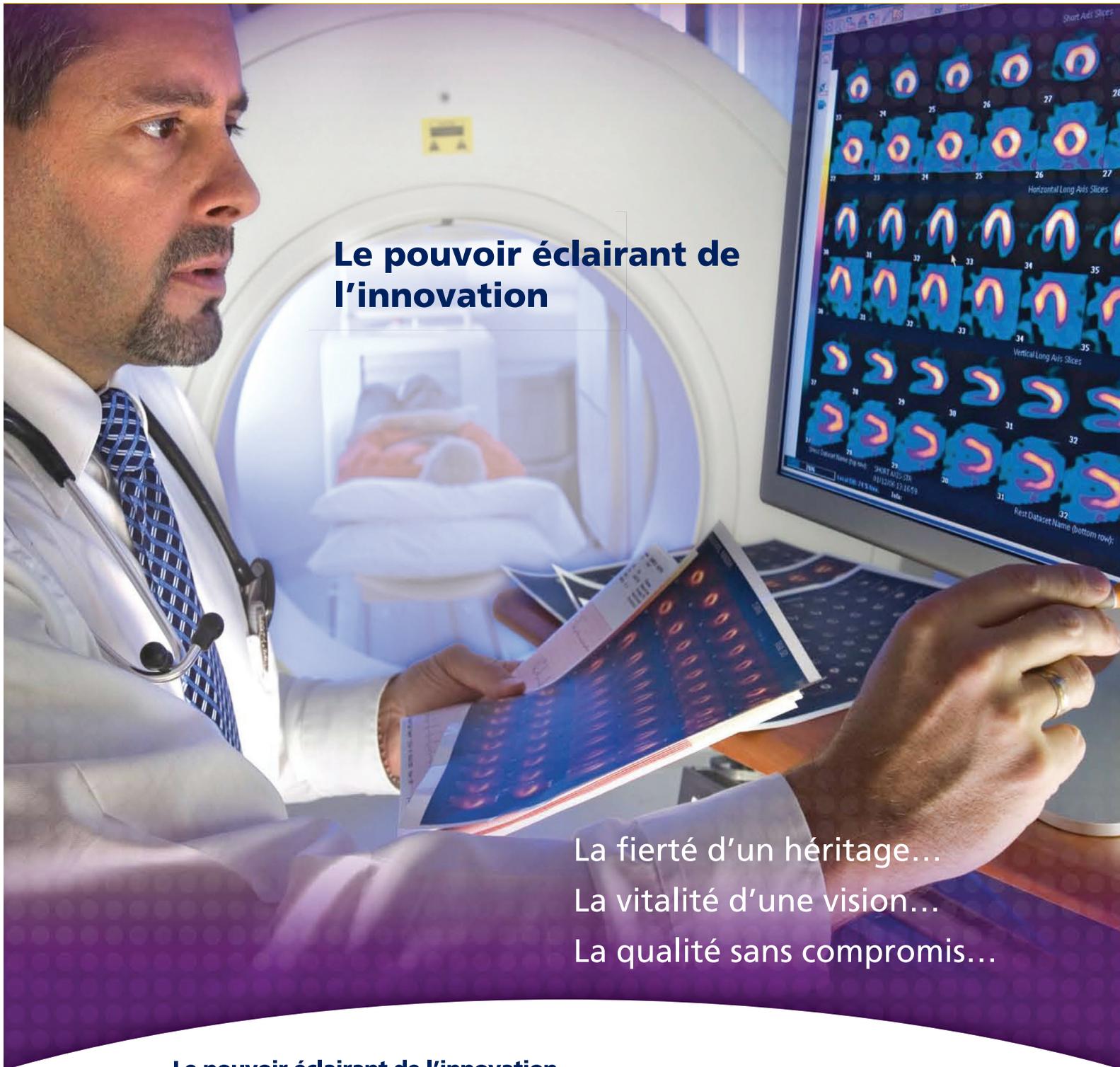
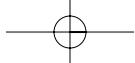
Nous aussi.

Depuis la fondation de notre entreprise au Canada il y a près de 100 ans, notre pays a changé de visage, et les besoins des Canadiens en matière de santé ont évolué. Nous avons conçu des techniques et des produits novateurs qui ont changé la vie des diabétiques et ont contribué à réduire la mortalité cardiovasculaire, ainsi qu'à éradiquer des maladies telles que la variole, la polio et la diphtérie, permettant ainsi d'augmenter l'espérance de vie des Canadiens. Aujourd'hui, les 2 200 employés de notre division pharmaceutique de Laval et de notre division vaccins de Toronto ont recours à des méthodes et à des technologies révolutionnaires pour permettre de trouver des remèdes et des traitements aux maladies qui constituent les principaux problèmes de santé actuels. Une chose n'a pas changé : notre engagement à offrir des médicaments et des vaccins essentiels et novateurs qui permettent d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients. Pour une raison simple : la santé est essentielle pour tous les Canadiens.

www.sanofi-pasteur.com www.sanofi-aventis.com

sanofi pasteur
La santé vous est au service.


sanofi aventis
L'essence d'un humain.



Le pouvoir éclairant de l'innovation

La fierté d'un héritage...
La vitalité d'une vision...
La qualité sans compromis...

Le pouvoir éclairant de l'innovation

En tant que chef de file mondial en médecine diagnostique depuis 50 ans, Lantheus Imagerie médicale s'engage à continuer à investir dans le domaine de l'imagerie cardiaque. Notre héritage, marqué par le leadership et l'innovation, comprend la mise au point et la

commercialisation de produits qui ont amélioré la vie de millions de patients. Forts de ces acquis, nous disposons d'une solide fondation pour établir une entreprise dynamique qui s'emploie à trouver de nouveaux moyens de « faire la lumière » sur le diagnostic et le traitement des maladies.

 1 800 561-6871

 **Lantheus**
Imagerie médicale

