1 La récurrence de la rhinosinusite

Quelle est la dose de prednisone à ingérer pour le traitement de la rhinosinusite chronique?

— *Question posée par Dre Nafisa J. Aptekar, Brampton (Ontario)*

La rhinosinusite chronique (RSC) peut se subdiviser en deux sous-types, soit la RSC sans polypes nasaux (RSCsPN) et la RSC avec polypes nasaux (RSCaPN).

Les corticostéroïdes systémiques sont fréquemment employés pour traiter la RSC à cause de leur effet anti-inflammatoire. L'évidence clinique est lacunaire quant au traitement par corticostéroïdes de la RSCsPN. Par contre, les études cliniques appuient le traitement par corticostéroïdes oraux de la RSCaPN.

Les doses de prednisone à prescrire varient de 0,5 à 1 mg/kg/j et sont généralement données sur une courte période de 7 à 10 jours. Cependant, la dose optimale et la durée de traitement au moyen de stéroïdes oraux dans la RSC ne sont pas clairement définies. Il est important de s'assurer que le bénéfice du traitement de la RSC par corticostéroïdes l'emporte sur les risques et les effets secondaires potentiels.

De même, des études de qualité démontrent que les stéroïdes systémiques sont efficaces pour traiter la sinusite allergique fongique[1]. L'utilisation de stéroïdes est aussi recommandée dans le contexte pré et postopératoire de la RSC.

Droit d'auteur©
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer ces pages pour leur usage personnel

Références :

1. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *National Ambulatory Medical Care Survey: 2008 Summary Tables*, [En ligne], 2008. [http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2008_namcs_web_tables.pdf] (Consulté le 29 octobre 2013).

Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.

2 Détection du streptocoque

Le test rapide pour la détection du streptocoque est-il suffisament fiable ou est-ce mieux d'effectuer le test de culture bactérienne?

— *Question posée par Dre Anne K. Sorensen, Oshawa (Ontario)*

Le test de détection rapide du streptocoque est effectué par écouvillonnage de la gorge et des amygdales infectées afin d'en prélever des bactéries. Une bonne technique de prélèvement est indispensable à la fiabilité du test. L'avantage de ce test est la rapidité du résultat, qui est prêt en 10 à 15 minutes. **Ce test peut être effectué dans les circonstances suivantes :**

- **Le patient présente des symptômes d'une infection à streptocoque;**
- **Le patient a été exposé au streptocoque lors d'une épidémie de fièvre rhumatismale;**
- **Le patient possède une histoire personnelle ou familiale de fièvre rhumatismale ou d'une autre infection grave associée au streptocoque (tel le syndrome du choc septique).**

Dans les deux derniers cas, si le patient est asymptomatique, on préfère la culture de gorge, qui est plus fiable que le test rapide.

Le principal inconvénient du test rapide de détection est sa spécificité qui n'est que de 95 %, comparée à une sensibilité de 95 à 98 %. En d'autres termes, les chances de se retrouver devant un résultat faux négatif sont supérieures à celles de se heurter à un faux positif. On peut donc être plus certain d'un résultat positif que d'un test négatif. Si le résultat est négatif, il est donc préférable d'obtenir une culture de gorge (dont le résultat est obtenu en 24 à 48 heures). Une culture négative suggère soit une infection virale, soit une infection bactérienne distincte du streptocoque (tels *Hæmophilus influenzæ*, ou organisme bactérien atypique comme le *Mycoplasma*).

Bref, généralement, il n'est pas nécessaire de tester les personnes asymptomatiques ayant été exposées au streptocoque. Un test de détection rapide négatif n'exclut pas l'infection à streptocoque. Dans ce cas, il faut obtenir une culture. Si celle-ci s'avère positive, l'infection au streptocoque est confirmée, et un traitement antibiotique est de mise. Or, le test de détection rapide est moins dispendieux que la culture et peut aider à diagnostiquer rapidement une infection à streptocoque.

Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.

[...] le test de détection rapide est moins dispendieux que la culture et peut aider à diagnostiquer rapidement une infection à streptocoque.

3 Exposition aux métaux lourds

L'exposition prolongée au plomb et au mercure chez le patient d'âge moyen peut-elle provoquer la démence ou la maladie d'Alzheimer?

— *Question posée par Dr Michael Leung, Windsor (Ontario)*

L'exposition aux métaux lourds peut s'accompagner de complications neurologiques. Il y a des complications lors d'une intoxication aiguë, mais aussi lors d'une intoxication chronique. Selon le métal concerné, le tableau clinique peut varier.

Pour l'exposition prolongée au plomb, il y aura une neuropathie démyélinisante. Il y aura un tableau d'ataxie, et l'atteinte cognitive sera sous-corticale, soit une atteinte des fonctions exécutives, un trouble de récupération en mémoire. Il faut cependant garder en tête que l'exposition au plomb est moindre actuellement avec les normes pour la teneur en plomb dans les produits que nous utilisons en comparaison à l'exposition du siècle dernier.

Pour l'exposition au mercure, l'exposition chronique peut affecter la mémoire, mais elle s'accompagne de trouble du sommeil ainsi que de symptômes plus systémiques telles la gingivite et l'anorexie. L'exposition prolongée au mercure est retrouvée chez les gens consommant les produits de leur pêche de façon régulière. Elle peut aussi s'accompagner de troubles d'équilibre.

Il n'y a aucun lien fait jusqu'à maintenant entre la maladie d'Alzheimer et l'exposition chronique au plomb, au mercure et même à l'aluminium.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

4 Diagnostiquer la spondylarthrite ankylosante

Est-ce que l'on doit faire passer un test sanguin avec antigène HLA-B27 positif pour poser le diagnostic de spondylarthrite ankylosante?

— *Question posée par Dr Régent Roy, Danville (Québec)*

La présence de l'antigène HLA-B27, bien qu'il soit présent chez 90 à 95 % des patients atteints d'une spondylite ankylosante, n'est pas obligatoire pour établir un diagnostic, car il est présent chez 6 % de la population normale, et seulement 20 % des patients B27 positif développeront une spondylarthrite. Il ne s'agit pas d'un test diagnostique, mais bien d'un marqueur génétique.

Dans certaines situations particulières, il peut par contre aider à poser le diagnostic, voir le feuillet *Le Rhumatologue*, volume 8, juillet 2010, aussi accessible à l'adresse suivante :
http://www.rhumatologie.org/files/publications/08spondylarthrites2010.pdf

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

5 Les narcotiques pour le traitement de la toux en 2014

Les médecins ont laissé aux pharmaciens le traitement de la toux. Quelle est la place des narcotiques en 2014? L'association norméthadone - hydroxyéphédrine est-elle encore conseillée?

Les infections respiratoires, particulièrement virales ou à *Mycoplasma*, peuvent être responsables d'une toux fort incommodante, mais qui ne dure généralement que quelques jours. Il faut s'assurer que cette toux ne soit pas un symptôme d'exacerbation infectieuse d'une condition préexistante (ex. : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique) dans lequel cas il faut traiter la maladie comme telle. De plus, il peut être dommageable de supprimer la toux en présence de sécrétions bronchiques.

Le patient atteint de toux post-infectieuse peut bénéficier d'un traitement avec un décongestionnant (ex. : pseudoéphédrine) associé à un antihistaminique de première génération (ex. : bromphéniramine). Si la toux est grave et qu'elle trouble le sommeil, un antitussif telle la codéine peut être utile pour une courte période de temps.

Pour l'association de norméthadone et d'hydroxyéphédrine, il n'y a pas d'étude, à ma connaissance, démontrant que ce produit est supérieur à la codéine pour la toux. De plus, il faut prendre garde aux effets secondaires que peut causer ce produit (sédation, trouble du rythme cardiaque, etc.).

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

6 Corticostéroïdes inhalés

Pourriez-vous différencier l'efficacité et la sécurité des corticostéroïdes inhalés dans le traitement de l'asthme, incluant les nouveaux arrivés en 2014?

— *Question posée par Dr Gérald Lapointe, Boucherville (Québec)*

Les corticostéroïdes inhalés présentement disponibles sur le marché (et les prochains à être lancés) sont très efficaces pour optimiser la maîtrise de l'asthme, prévenir les exacerbations et le décès, et réduire le déclin de la fonction pulmonaire. Quel qu'en soit le type, en général, lorsqu'ils sont administrés aux doses usuelles, ils ne causent pas d'effets secondaires chez la plupart des asthmatiques, sauf pour une occasionnelle dysphonie ou candidose.

Chez les patients qui requièrent de fortes doses, le risque d'effets sur la densité osseuse, la fonction surrénalienne, les cataractes et le glaucome augmente (et, chez l'enfant, la croissance peut être affectée). Certains produits à plus faible diamètre de particules ainsi que certaines propriétés pharmacologiques semblent avoir un effet systémique moins marqué, mais la signification clinique réelle de ces propriétés reste à être mieux documentée.

Références :

1. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. *Gina report, global strategy for asthma management and prevention*, [En ligne], 2011. [http://www.ginasthma.org/GINA-Report,-Global-Strategy-for-Asthma-Management-and-Prevention] (Consulté le 5 février 2014).
2. CANADIAN RESPIRATORY GUIDELINES. *Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults*, [En ligne], 2012. [http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012_CTS_Guideline_Asthma.pdf] (Consulté le 5 février 2014).

Dre Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

7 Absorption des bisphosphonates oraux

Étant donné la faible absorption des bisphosphonates oraux et les copies génériques, quelle est la place de l'acide zolédronique et du dénosumab?

— *Question posée par Dre Sylvie Châteauvert, Québec (Québec)*

Bien que les bisphosphonates oraux aient une faible absorption gastro-intestinale, leur efficacité clinique a bien été démontrée, et ils demeurent le traitement de première ligne pour l'ostéoporose lorsqu'indiqués (selon le risque fracturaire absolu).

Quant aux copies génériques, on a démontré qu'elles étaient bioéquivalentes chez des sujets sains sans qu'elles aient toutefois été l'objet d'études contrôlées à répartition aléatoire démontrant leur efficacité (ce n'est pas une obligation). L'utilisation des génériques est devenue un incontournable étant donné la législation du gouvernement obligeant les pharmaciens à les livrer.

Dans notre expérience clinique, nous n'avons pas observé de différence entre la formulation originale et les génériques quant à leur efficacité, mais plutôt quant à leur tolérabilité et à leur innocuité.

Quelle est la place alors de l'acide zolédronique dans ce contexte? Il est indiqué pour le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique, mais seules les patientes ayant une contre-indication ou une intolérance aux bisphosphonates oraux (code MS153) peuvent être remboursées par la RAMQ. Quant au dénosumab, un puissant inhibiteur réversible du ligand RANK qui joue un rôle important dans la résorption osseuse, il est indiqué pour le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique et il est remboursé par la RAMQ chez les patientes ayant une contre-indication aux bisphosphonates oraux (code MS153). Il serait aussi privilégié par rapport aux bisphosphonates chez les patients souffrant d'une insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 35 mL/min) en autant que le bilan phosphocalcique soit normal et que le patient prenne des suppléments de vitamine D. En cas d'insuffisance rénale grave, une consultation en spécialité est recommandée.

Voici un tableau dans lequel le dénosumab et l'acide zolédronique sont comparés.

Tableau I

Tableau de comparaison entre le dénosumab et l'acide zolédronique

Dénosumab	Acide zolédronique
Peut être prescrit par un médecin de famille	Donné dans un centre de perfusion
Courte demi-vie	Longue demi-vie
Bien toléré, réaction locale possible	Bien toléré, réaction perfusionnelle possible
Effet réversible après six mois	Effet persiste bien au-delà d'un an
Bonne fidélité au traitement	Bonne fidélité au traitement

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

8 Combinaison des antidépresseurs

Que penser des combinaisons d'antidépresseurs et souvent d'antipsychotiques dans le traitement de la dépression?

— *Question posée par Dr Daniel Desroches, Gatineau (Québec)*

Seulement un tiers des patients souffrant de dépression majeure et recevant un premier antidépresseur atteignent la rémission. Conséquemment, plusieurs stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques de potentialisation de l'antidépresseur en place ont été utilisées depuis 40 ans. Cette potentialisation est indiquée si l'adhérence au premier agent est assurée, et que cet agent a apporté une amélioration partielle des symptômes.

On ajoute parfois un second antidépresseur pour traiter des symptômes résiduels spécifiques, tel l'ajout de bupropion pour améliorer l'énergie ou la concentration, ou de la mirtazapine ou de la trazodone pour améliorer le sommeil. L'ajout d'un second antidépresseur peut également permettre une synergie fonctionnelle qui augmente la probabilité de rémission.

Quelques petites études se sont penchées sur l'efficacité de deux antidépresseurs pris ensemble dès le début du traitement comparée à l'efficacité de la prise d'un seul antidépresseur. Ces études suggèrent que les taux de rémission augmenteraient avec certaines associations, telles les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) et la mirtazapine, les ISRS et le bupropion et les ISRS et les antidépresseurs tricycliques (ATC).

Des effets secondaires plus nombreux ou additifs peuvent toutefois survenir. **L'ajout d'un antipsychotique à faible dose à un antidépresseur a été étudié chez quelques milliers de patients : il démontre une bonne efficacité avec un nombre de patients à traiter de neuf (NNT = 9) pour la rémission en comparaison de l'utilisation d'un antidépresseur et d'un placebo[1].** Les effets secondaires extrapyramidaux et métaboliques qui augmentent le risque d'abandons et le coût accru doivent être pris en compte lorsqu'on envisage cette association.

Référence :

1. Nelson JC, Papakostas GI. Atypical Antipsychotic Augmentation in Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Randomized Trials. *Am J Psychiatry* 2009; 166(9):980-991.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.

L'ajout d'un second antidépresseur peut également permettre une synergie fonctionnelle qui augmente la probabilité de rémission.

9 Investigation du souffle abdominal

Quelle est la meilleure investigation pour un souffle abdominal?

— *Question posée par Dre Josée Beaulieu, Coaticook (Québec)*

Le souffle abdominal peut être une trouvaille normale chez le jeune svelte et asymptomatique. Par contre, dans le contexte d'une hypertension ou chez un patient vasculaire, particulièrement s'il est systolodiastolique, le souffle abdominal peut être un marqueur de maladie vasculaire abdominale significative (anévrisme de l'aorte abdominale, sténose des artères rénales, etc.).

L'examen de choix en première ligne est l'échographie abdominale qui vous renseignera sur l'aspect et la taille des reins ainsi que sur l'aorte abdominale. Un examen Doppler des artères rénales en centre spécialisé peut être subséquemment effectuée s'il y a suspicion de sténose d'une artère rénale (cause de souffle abdominal) chez un patient hypertendu, mais, en général, il s'agit d'un examen de deuxième ligne.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

L'examen de choix en première ligne est l'échographie abdominale qui vous renseignera sur l'aspect et la taille des reins ainsi que sur l'aorte abdominale.

10 Biopsie duodénale

Est-il nécessaire de confirmer la maladie cœliaque avec une biopsie duodénale? Ou la présence fortement positive d'anticorps transglutaminases et la résolution des symptômes avec une diète sans gluten sont suffisantes? Quel suivi suggérez-vous?

— *Question posée par Dre Émilie Delisle, Montréal (Québec)*

Oui, il est nécessaire de confirmer la maladie cœliaque par une biopsie, car il existe des faux positifs pour la sérologie des anticorps antitransglutaminases (même si cette situation est rare).

S'il existe une forte suspicion clinique, que les anticorps antitransglutaminases sont positifs et qu'une diète sans gluten a entraîné une résolution des symptômes, on se trouve dans une situation où il serait difficile d'envisager autre chose qu'une maladie cœliaque. Dans ce cas, je pourrais concevoir que l'on se passe de la biopsie. De toute façon, pour avoir une biopsie positive, il faut une diète avec gluten.

Le suivi d'une maladie cœliaque est clinique et biologique :

- **Clinique :** Une amélioration des symptômes doit s'observer en quelques semaines, et ceux-ci doivent disparaître en six mois.
- **Biologique :** Six mois après le début de la diète, les anticorps antitransglutaminases doivent avoir diminué et ils doivent s'être normalisés à un an. Les carences observées au moment du diagnostic doivent s'être normalisées dans la première année également (anémie, carence nutritionnelle, etc.).

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

11 La céphalée en pic à glace

Qu'est-ce que la céphalée en pic à glace? Y a-t-il un synonyme mieux connu, français ou anglais?

— *Question posée par Dr Nicolas Boudreault, Lac-Etchemin (Québec)*

Le synonyme de la céphalée en pic à glace est le *ice cream headache* ou *brain freeze*. C'est une céphalée brève qui survient en dedans de 30 secondes lors de l'application de froid, comme de la crème glacée, sur le palais et/ou le pharynx. Le site de douleur n'est pas le même que celui de la migraine. Elle survient chez 27 % des migraineux et 46 % des contrôles, il n'y aurait donc pas de lien avec la migraine. On pense qu'elle est peut-être liée à la vasoconstriction des vaisseaux cérébraux induite par le froid.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.

12 Suivi des polypes lors de la coloscopie

Quel suivi doit-on faire pour les polypes visualisés avec la coloscopie virtuelle?

— *Question posée par Dre Caroline Lepage, Québec (Québec)*

Les polypes coliques ne doivent pas être suivis mais enlevés. Si un polype est vu lors d'une coloscopie virtuelle, il faut réaliser une coloscopie conventionnelle pour l'enlever. Ensuite, il faut réaliser un suivi du côlon du patient (et non du polype) qui dépendra du nombre, de la taille et du type histologique des polypes trouvés. Ce suivi devrait être indiqué sur le compte rendu de la coloscopie.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

iD Service infoDiabète

InfoDiabète est un service d'information et de référence téléphonique offert cinq jours par semaine de 8 h 30 à 16 h 30. Cette ligne sans frais permet aux personnes qui ont des questions sur le diabète d'obtenir des réponses et d'être référées à la personne ou à l'organisme qui peut leur venir en aide le plus rapidement possible.

Il est possible d'envoyer vos questions par courriel et par la poste.

514 259.3422 – 1 800 361.3504 poste 233
infodiabete@diabete.qc.ca

Julie St-Jean

Diabète Québec
www.diabete.qc.ca

8550 boul. Pie-IX, bureau 300, Montréal (QC) H1Z 4G2

Amélie Roy-Fleming

13 Le score $CHADS_2$

Le score $CHADS_2$ est-il vraiment spécifique au risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) embolique? Quelle est l'origine de son développement? Beaucoup de critères semblent être reliés aux AVC ischémiques.

— *Question posée par Dre Josée Perreault, Québec (Québec)*

Le score $CHADS_2$ a été conçu spécifiquement pour modéliser le risque d'embolie en présence de fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire. C'est un modèle qui a été développé d'après une cohorte clinique de plus de 11 000 patients et basé sur l'identification des facteurs de risque embolique dans différentes études sur la FA (*Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators* [SPAF], AFI, etc.). Il demeure un outil de prédiction imparfait, mais il permet de rapidement avoir une idée du risque embolique chez un patient donné, nous permettant de juger le ratio risque:bénéfice de l'anticoagulation.

Le critère de risque embolique le plus fort demeure les antécédents d'AVC ou d'ischémie cérébrale transitoire. Les autres facteurs de risque du score $CHADS_2$ sont l'hypertension, l'âge de plus de 75 ans, le diabète et l'insuffisance cardiaque.

D'autres facteurs de risque embolique (hors score $CHADS_2$) existent, mais ont un poids moins important dans la prédiction, comme la maladie vasculaire périphérique, l'âge de plus de 65 ans, l'hyperthyroïdie ou la dilatation auriculaire à l'échographie.

Jusqu'à ce jour, l'outil le plus utilisé en clinique demeure le score $CHADS_2$.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

14 L'efficacité de la luminothérapie

La luminothérapie pour contrer la dépression non saisonnière, qu'en est-il?

— *Question posée par Dre Julie Desmeules, Québec (Québec)*

Des revues systématiques de la luminothérapie en tant que traitement de la dépression non saisonnière ont appuyé son efficacité, mais la plupart des études étaient courtes (2 à 5 semaines), avec peu de patients, et mal contrôlées. Toutefois, une étude récente sur la dépression non saisonnière chronique a rapporté une efficacité supérieure de la luminothérapie versus une lumière placebo, et une autre étude a démontré une efficacité supérieure de la luminothérapie à 10 000 lux plus la sertraline versus la sertraline plus une lumière placebo.

En conséquence, les lignes directrices canadiennes du CANMAT de 2009 placent cette approche thérapeutique en seconde intention comme traitement d'appoint dans la dépression non saisonnière légère à modérée.

Bibliographie :

1. Ravindran AV, Lam RW, Filteau MJ, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. *J Affect Disord* 2009; 117 Suppl 1:S54-S64.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.

15 Génétique dans l'apparition de la démence

Quel est le rôle de la génétique dans l'apparition de la démence? Sur quelles données probantes appuyer les conseils que nous donnons à la famille de notre patient?

— *Question posée par Dr Arthur Diamond, Aurora (Ontario)*

Il existe des formes familiales de démence et des formes sporadiques. Dans la maladie d'Alzheimer, il existe des mutations génétiques autosomales dominantes qui sont bien identifiées. Elles sont associées à des formes précoces de la maladie (dans la quarantaine). On retrouve aussi ce type de mutation dans la démence frontale. Dans ces familles, le pedigree familial démontre clairement la transmission autosomale dominante; chaque descendant d'un patient a 50 % de probabilité de développer la maladie. Un dépistage génétique peut être offert, mais celui-ci doit se faire dans une approche de suivi global compte tenu de l'impact d'un test positif.

Dans la majorité des cas, on peut retrouver une certaine distribution familiale, mais le mode de transmission est beaucoup moins clair. La composante génétique agit alors comme un facteur de risque. Actuellement, le facteur de risque génétique le mieux caractérisé est l'apoE4. Le fait d'être porteur d'une ou de deux copies de l'apoE4 augmente les risques de développer une maladie d'Alzheimer et de développer les symptômes plus tôt (dans les 70 ans). Compte tenu de ce facteur de risque non modifiable d'une maladie pour laquelle des mesures préventives n'existent pas pour le moment, le dépistage de facteurs de risque génétiques n'est pas recommandé pour le moment. Le consensus canadien sur l'évaluation et le traitement de la démence au Canada est une bonne référence pour les données probantes et notre approche auprès des patients et de leurs familles.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

La **Fondation Héma-Québec** a pour mission de soutenir financièrement la conception et le développement de projets novateurs destinés à maintenir Héma-Québec à la fine pointe des connaissances et des services liés à son expertise et à ses différents champs d'activité, pour lui permettre de *faire plus, faire mieux, faire plus rapidement*.

Lorsqu'on pense à Héma-Québec, on pense d'abord au don de sang, inestimable et indispensable. Toutefois, si vous ne pouvez pas ou ne pouvez plus donner du sang, vous pouvez aider différemment. Grâce à vous, Héma-Québec pourra faire avancer la recherche en médecine transfusionnelle afin que les produits sanguins aident le plus grand nombre possible de malades, promouvoir le don de sang dans les écoles, démystifier le don de sang chez les moins de 30 ans ou financer l'achat d'équipement.

Merci !

Comment aider :

- Faites votre don annuel ou prenez part à notre programme de dons mensuels
- Organisez un événement-bénéfice
- Donnez en mémoire d'un être cher
- Donnez pour rendre hommage ou pour célébrer un événement important
- Créez un fonds qui portera votre nom ou celui d'un proche
- Planifiez un don testamentaire ou le don d'une assurance-vie
- Faites un don de titres cotés en bourse
- Faites un don en nature

Information :
fondation.hema-quebec.qc.ca
514 832-5000 poste 372

FONDATION HÉMA-QUÉBEC
Donnez la vie. Autrement.