

Prévention du cancer

les impressionnants effets de l'aspirine

Emmanuèle Garnier



L'anodin cachet d'aspirine recèle des propriétés anticancéreuses surprenantes. Il parvient à réduire de plus de 50 % le taux de mortalité associé à certains cancers. Et il n'agit pas seulement contre le cancer colorectal, mais aussi contre toute une gamme d'autres tumeurs malignes.

Photo: SuperStock

DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS, quatre personnes sur dix seront victimes d'un cancer au cours de leur vie. Comment endiguer ce fléau ? Se pourrait-il qu'un médicament banal comme l'aspirine puisse être, en partie, la solution recherchée ?

En Grande-Bretagne, à l'Université d'Oxford, le **P^r Peter Rothwell** et ses collaborateurs ont découvert que l'acide acétylsalicylique réduit de 34 % le risque de mourir d'un cancer quand on le prend pendant cinq ans. Et plus longtemps on y recourt, plus ses effets sont protecteurs. Ces données ont récemment été publiées dans *The Lancet*¹.

L'aspirine combat tant le cancer de l'œsophage, du pancréas et du cerveau que celui du poumon, de l'estomac et du côlon (*figure p. 3*). Elle est

toutefois particulièrement performante contre les cancers gastro-intestinaux dont elle réduit le taux de décès de 54 % après cinq ans de prophylaxie.

« Ces données apportent la première preuve directe chez l'être humain que l'aspirine diminue le taux de mortalité associé à plusieurs cancers fréquents », indiquent les auteurs de l'étude². Gastro-entérologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le **D^r Benoît Panzini**, qui prend en charge des familles présentant un risque de cancer digestif, confirme l'importance de la découverte. « Avec cette étude, on franchit un pas important dans la prévention du cancer. »

Mais n'est-ce pas trop beau pour être vrai ? L'aspirine n'est effectivement pas une pilule magique. Elle doit être prise pendant au moins cinq ans avant d'être efficace et ses effets ne sont

1. Rothwell PM, Fowkes FG, Belch JF et coll. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2011 ; 377 (9759) : 31-41.

2. Rothwell PM, Meade TW. Aspirin and long-term risk of death due to cancer: setting the record straight. *BMJ* 2010 ; 341 : doi:10.1136/bmj.c7326.



Photo: Emmanuèle Garnier

« L'aspirine pourrait devenir un médicament reconnu pour son effet léger en prévention cardiovasculaire primaire et son effet intéressant contre le cancer. Ce qui nous manque actuellement ce sont des essais cliniques spécialement conçus pour le prouver. »

– D^r Benoît Panzini

perceptibles qu'après de dix à vingt ans. En outre, elle peut entraîner des complications digestives. Néanmoins, la molécule ouvre tout à coup de nouveaux horizons. « On est complètement démunis dans le domaine de la prévention pharmacologique contre le cancer. Rien n'est efficace », rappelle le D^r Panzini.

Qui bénéficie des effets de l'aspirine ?

Comment le P^f Rothwell et ses collaborateurs en sont-ils venus à ces conclusions ? Les chercheurs se sont intéressés entre autres à sept essais cliniques portant sur la prévention primaire ou secondaire des complications vasculaires. Il s'agissait d'études à répartition aléatoire qui comparaient un groupe sous aspirine à un groupe

témoin. Plus de 23 000 participants. Une fois ces essais terminés, les sujets ont été suivis, parfois jusqu'à 20 ans. Parmi eux, 657 sont morts d'une tumeur maligne. Les chercheurs ont réanalysé toutes ces données pour déterminer le taux de décès par cancer.

Les auteurs ont constaté que l'aspirine avait réduit le taux de décès lié au cancer pendant et après les études. Elle protégeait surtout les patients qui l'avaient prise pendant au moins cinq ans. Cet effet bénéfique s'accroissait avec la durée de la consommation.

Ainsi, le risque de mortalité sur vingt ans dû au cancer gastro-intestinal était abaissé de 35 % après cinq ans de prophylaxie et de 59 % après 7,5 ans.

Il faut souvent une ou deux décennies avant

« Ces données apportent la première preuve directe chez l'être humain que l'aspirine réduit le taux de mortalité associé à plusieurs cancers fréquents »

– P^f Peter Rothwell et ses collaborateurs.

qu'apparaissent les effets protecteurs de l'aspirine. L'équipe du P^r Rothwell l'a constaté grâce à trois études où les patients ont été traités pendant au moins cinq ans et suivis durant vingt ans. Pendant les dix premières années, seul le taux de mortalité du cancer du poumon a été significativement réduit. Après de dix ans à vingt ans, la baisse du risque devient plus palpable. L'aspirine commence alors à agir sur une plus grande variété de cancers : sur celui de l'œsophage (une baisse de 64 % du taux de mortalité), du côlon et du rectum (une diminution de 49 %) et de l'estomac (une réduction de 58 %). Il faut finalement traiter une trentaine de personnes pendant au moins cinq ans pour éviter un cancer en vingt ans.

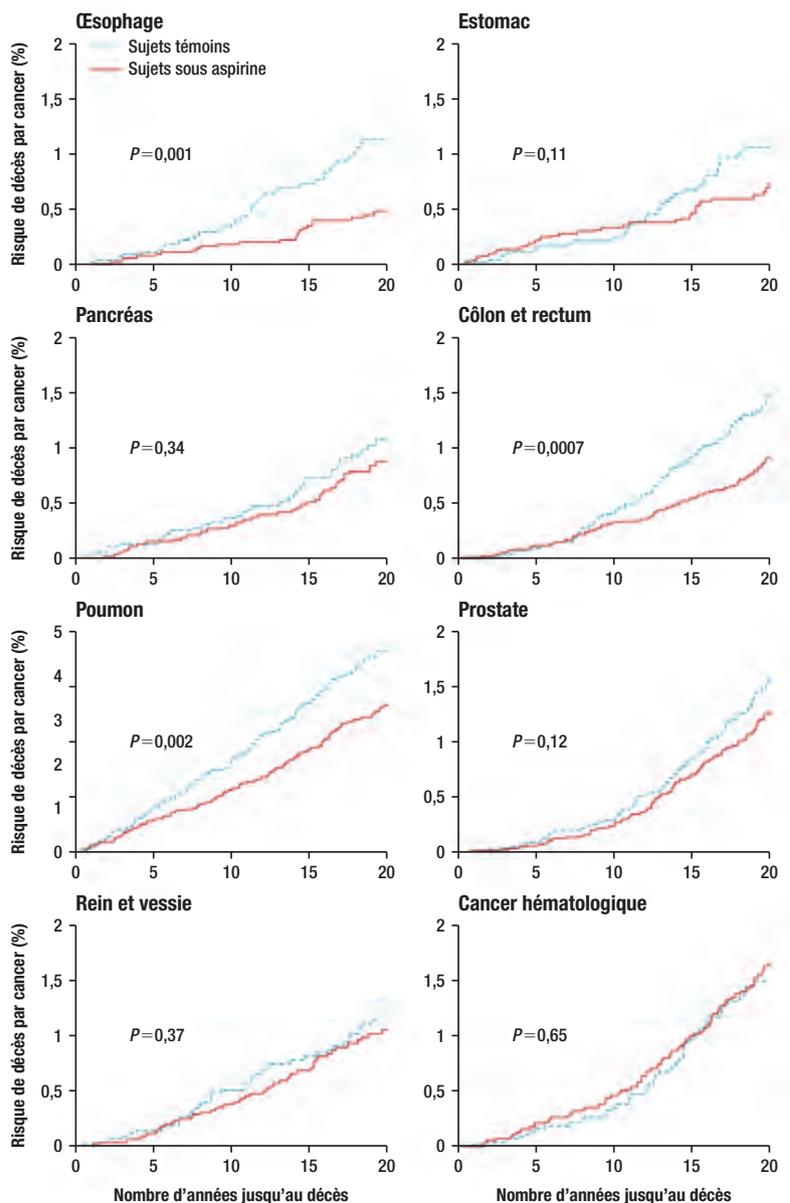
Qui bénéficie de la prise d'aspirine ? Surtout les personnes âgées, car l'effet de la molécule augmente avec l'âge. Elle protège peu les patients de moins de 55 ans* et moyennement ceux de 55 ans à 65 ans†. Par contre, elle diminue le risque absolu de 7 % chez les personnes de 65 ans et plus. Ainsi, pour éviter pendant vingt ans un décès par cancer dans ce groupe d'âge, moins de vingt personnes

* La diminution sur vingt ans du risque absolu de décès dû à un cancer était de 1,41 % pour les gens qui avaient moins de 55 ans au début de l'étude.

† La diminution du risque absolu sur vingt ans était de 4,53 % pour les personnes de 55 à 64 ans.

(Suite à la page 10) >>>

Figure.



Nombre de sujets

Sous aspirine	6258	5816	5243	4485	2634	6258	5816	5243	4485	2634
Témoins	4244	3948	3545	3006	1493	4244	3948	3545	3006	1493

Comparaison du risque de décès sur une période de vingt ans dus aux cancers mortels les plus fréquents entre le groupe sous aspirine et le groupe témoin. Les données sont celles de 10 502 patients dont la durée de traitement prévue était de cinq ans ou plus dans trois essais cliniques avec un suivi à long terme. Les huit cancers présentés sont les plus fréquents.

Figure reproduite avec l'autorisation d'Elsevier à partir du *Lancet*, vol 377, Rothwell PM et coll. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials, p. 36, © 2011.

Cancer du poumon et du pancréas



P^r Eduardo Franco

L'aspirine est efficace contre des tueurs terribles comme le cancer du poumon. Elle abaisse son taux de mortalité de 32 % pendant les dix premières années, montre l'étude du P^r Peter Rothwell. Il faut cependant en avoir consommé pendant au moins cinq ans. « Je suis très impressionné par ce résultat. On ne pensait pas que l'aspirine pouvait avoir un tel effet sur le cancer du poumon », indique le P^r **Eduardo Franco**, directeur de la Division de l'épidémiologie du cancer de l'Université McGill.

L'aspirine pourrait peut-être aussi combattre le fulgurant cancer du pancréas. Elle semble réduire de 75 % le taux de mortalité après cinq ans de traitement. Le calcul n'a cependant été fait qu'à partir d'un petit nombre de cas. Et au bout 20 ans, les données ne sont significatives que pour les sujets qui ont pris le comprimé pendant plus de 7,5 ans. « Ces observations ouvrent des perspectives intéressantes sans cependant être assez probantes pour être transposées directement à la pratique », indique le D^r Benoît Panzini.

Le gastro-entérologue, qui a lui-même fait des recherches sur le cancer du pancréas et l'aspirine, compte réanalyser ses données à la lumière des nouvelles informations qu'apporte l'étude britannique. « La survie des patients atteints d'un cancer du pancréas ne s'est pas amélioré au cours des vingt dernières années. Il y a peut-être une lueur d'espoir avec l'aspirine. »

Le P^r Franco partage l'enthousiasme du D^r Panzini. « L'étude du P^r Rothwell est très importante. Ce n'est pas tous les jours que l'on a des informations solides sur des mesures que l'on peut appliquer pour prévenir le cancer. »

doivent prendre de l'aspirine. Le comprimé fonctionne, par ailleurs, autant chez les femmes que chez les hommes et tant chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Quelle dose d'acide acétylsalicylique faut-il prendre ? Une quantité de 75 mg par jour serait suffisante. L'efficacité du médicament ne semble pas s'accroître avec des doses plus élevées. L'aspirine doit cependant être prise quotidiennement. Dans les études où les sujets ne l'employaient qu'un jour sur deux, elle n'a pas eu d'effet anticancéreux.

Différents effets sur différents cancers

Il existe des tumeurs malignes contre lesquelles l'aspirine semble impuissante. Elle n'a ainsi aucun pouvoir contre le cancer du poumon à petites cellules ou à cellules squameuses. Sur le plan histologique, la molécule fonctionne surtout contre les adénocarcinomes. Des cancers que l'on trouve dans l'estomac, l'intestin grêle, le pancréas, le côlon, le sein, la prostate, etc.

On s'interroge encore sur le mécanisme par lequel l'aspirine repousse le cancer. On croit que son pouvoir lui vient de sa capacité d'inhiber les cyclo-oxygénases (COX). Ces enzymes joueraient un rôle important dans l'initiation et la promotion de divers cancers. Mais on ne connaît pas encore tous les ressorts du comprimé.

L'aspirine n'agit par ailleurs pas à la même vitesse contre toutes les tumeurs malignes. Après cinq ans, elle commence à réduire le taux de mortalité lié au cancer de l'œsophage, du pancréas, du cerveau et du poumon. Cependant, il lui faut plus de temps pour prévenir les décès dus aux cancers de l'estomac, du côlon et de la prostate.

Ces observations concordent avec les connaissances que l'on a des différents cancers, explique le D^r Panzini. « L'effet de l'aspirine est plus tardif pour des tumeurs qui se développent très lentement. Le cancer du côlon, par exemple, croît moins vite que

Pour éviter pendant vingt ans un cas de cancer parmi les personnes de 65 ans et plus, moins de vingt personnes doivent prendre de l'aspirine. La molécule protège cependant peu les patients de moins de 55 ans et moyennement ceux de 55 ans à 65 ans.

Cancer du sein



Photo : Emmanuèle Garnier

P^{re} Elham Rahme

L'aspirine peut-elle réduire le risque de cancer du sein ? Le P^r Rothwell et son équipe n'ont pu le déterminer à cause du trop petit nombre de femmes dans les études qu'ils ont analysées. Néanmoins, il semblerait que les patientes de 65 ans et plus qui prennent régulièrement des doses de plus de 100 mg d'acide acétylsalicylique aient moins de risque d'avoir un cancer du sein¹.

À l'Université McGill, la biostatisticienne **Elham Rahme** travaille en pharmacoépidémiologie. Ses collaborateurs et elle ont étudié les données de toutes les Québécoises de 65 ans et plus qui ont passé une mammographie et fait exécuter des ordonnances d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de 1998 à 2003. Les chercheurs se sont intéressés en particulier aux femmes qui ont pris ces médicaments pendant 90 jours ou plus l'année précédant leur mammographie. « La période de 90 jours est un marqueur pour une utilisation à long terme », précise la P^{re} Rahme.

Parmi toutes les femmes de l'étude, la mammographie a été négative chez 45 000, mais a révélé une tumeur maligne chez 1090. Le risque de cancer du sein était de 25 % plus faible chez les patientes qui avaient pris plus de 100 mg d'aspirine par jour l'année pré-

cédente que chez celles qui n'en avaient pas consommé ou y avaient recouru à de plus faibles doses, ont constaté la P^{re} Rahme et ses collègues.

« On ne peut pas dire à partir de notre étude qu'il faut prescrire de l'aspirine pour prévenir le cancer du sein. Les femmes que nous avons étudiées utilisaient déjà ce médicament. Leurs doses n'étaient donc pas prescrites pour prévenir des tumeurs malignes. La réduction du risque du cancer du sein est simplement un avantage de plus pour celles qui prennent déjà de l'aspirine », précise la P^{re} Rahme.

L'étude offre néanmoins des perspectives intéressantes. « Bien des femmes ménopausées ont besoin d'aspirine pour prévenir des complications cardiovasculaires. Le fait d'augmenter la dose quotidienne de 80 mg à plus de 100 mg pourrait leur donner une protection additionnelle contre le cancer du sein. Cette possibilité a d'importantes répercussions en santé publique et nécessite plus d'études », concluent les chercheurs dans leur article.

1. Rahme E, Ghosn J, Dasgupta K et coll. Association between frequent use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and breast cancer. *BMC Cancer* 2005 ; 5 : 159. Doi : 10.1186/1471-2407-5-159.

celui du pancréas. L'un des aspects forts de cette étude est cette relation entre la nature des effets protecteurs observés et la pathophysiologie du cancer. »

La diminution des taux de cancer observée par le P^r Rothwell et ses collaborateurs n'a, en fait, rien d'une révélation. Avant eux, bien des chercheurs se sont aventurés sur le terrain des effets anticancéreux de l'aspirine. À l'Université McGill, par exemple, la P^{re} **Elham Rahme** a fait plusieurs études d'observation sur ce sujet. « Nous avons trouvé des chiffres semblables à ceux du P^r Rothwell pour ce qui est du cancer de l'œsophage, du sein et du colon. » Quel est alors le mérite de l'équipe britannique ? Avoir obtenu des données solides, inédites, récoltées sur une longue période de temps à partir d'essais cliniques à répartition aléatoire.

Un jour, de l'aspirine pour tous ?

L'aspirine, il ne faut pas l'oublier, n'est pas sans effets indésirables : risque d'ulcères hémorragiques, de perforations et d'atteintes inflammatoires de l'intestin. Pourra-t-on un jour prescrire un tel médicament à la population générale ?

Aux yeux du P^r Rothwell et de ses collaborateurs, les effets indésirables de l'acide acétylsalicylique ne sont pas si dramatiques.

« Le principal risque des hémorragies liées à l'aspirine concerne le tractus gastro-intestinal. Contrairement aux problèmes qu'elle prévient (accidents vasculaires cérébraux ischémiques, infarctus du myocarde et maintenant cancer), ces saignements tendent à ne pas être handicapants ou mortels », écrivent-ils.

L'ennui, c'est que leur étude ne montre pas

Cancer de la prostate

L'aspirine protège-t-elle aussi contre le cancer de la prostate ? Le **D^r Salaheddin Mahmud**, médecin, épidémiologiste et professeur adjoint à l'Université du Manitoba, le croit. Même si les données du P^r Rothwell concernant les tumeurs prostatiques ne sont pas significatives, d'autres études tendent à montrer que l'acide acétylsalicylique aurait un effet protecteur.

Le D^r Mahmud et ses collaborateurs ont récemment publié une méta-analyse sur 24 études d'observation comprenant 24 000 cas de cancer de la prostate². Les résultats montrent que l'aspirine, qui était l'un des anti-inflammatoires étudiés, était associée à une réduction de 17 % du risque de cancer de la prostate et à une diminution de 19 % du risque de tumeur prostatique avancée.

Ces réductions du risque, qui peuvent sembler faibles, ne sont néanmoins pas anodines. « Le cancer de la prostate est très fréquent, et il n'y a pas de grands facteurs de risque sur lesquels on puisse intervenir. L'effet protecteur de l'aspirine pourrait donc certainement être utile », estime le **P^r Eduardo Franco**, coauteur de l'étude et professeur au Département d'oncologie de l'Université McGill.

La littérature publiée jusqu'à présent sur le cancer de la prostate et l'aspirine n'est pas encore très détaillée. On ignore tout des doses efficaces, de la longueur du traitement, du rapport risque-avantage. « On aurait également besoin d'analyses de sous-groupes, entre autres en fonction de l'âge », affirme le P^r Franco.

Peut-être n'en viendra-t-on jamais à une prophylaxie ciblée contre le cancer de la prostate. « L'idéal serait que l'on ait un jour une approche chimiopréventive contre de multiples cancers et diverses maladies chroniques. L'inflammation semble être un facteur commun à bien des affections », mentionne le D^r Mahmud.

2. Mahmud SM, Franco E, Aprikian AG. Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and prostate cancer risk: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2010 ; 127 : 1680-91.

que l'aspirine diminue vraiment le taux global de mortalité. Au total, elle sauve peu de vies après quinze ans de prophylaxie et pratiquement aucune au bout de vingt ans. « Il est raisonnable de croire que l'effet sur l'ensemble des décès est marginal à cause des morts liées à ses complications », analyse le D^r Panzini. Le clinicien aimerait connaître le taux de mortalité dû aux hémorragies digestives hautes et aux perforations d'ulcères. « On peut presque complètement prévenir ces complications avec les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Si on connaissait ces données, on pourrait les enlever de l'équation et songer à la prévention. »

Peut-être les IPP pourraient-ils être la clé qui ouvrira la porte de la prophylaxie par l'aspirine. De nombreux patients prennent déjà les deux médicaments. « Selon l'American Heart Association, on devrait prescrire un IPP à toutes les personnes qui prennent de l'aspirine à dose antiplaquettaire et ont 65 ans et plus ou des antécédents. »

Un traitement préventif pour tous n'est donc peut-être pas illusoire. « On n'a pas encore de preuve que le rapport risque-avantage justifie l'utilisation de l'aspirine, mais il serait possible de le modifier en faveur de la prise de cette molécule. L'aspirine deviendrait alors un médicament reconnu pour son effet léger en prévention cardiovasculaire primaire et son effet intéressant contre le cancer. Ce qui nous manque actuellement, ce sont des essais cliniques spécialement conçus pour le prouver », affirme le D^r Panzini.

La P^{re} Rahme estime, elle aussi, que la réponse est dans la recherche. « Les sujets de l'étude du P^r Rothwell présentaient des problèmes cardiovasculaires ou étaient susceptibles d'en avoir. Pour eux, l'effet anticancéreux

de l'aspirine était un avantage supplémentaire. Il faut maintenant regarder si le médicament peut être bénéfique pour l'ensemble de la population. »

« L'étude du P^r Rothwell est très importante. Ce n'est pas tous les jours que l'on a des informations solides sur des mesures que l'on peut appliquer pour prévenir le cancer. »

– P^r Eduardo Franco

La meilleure cible de l'aspirine le cancer colorectal

Emmanuèle Garnier

L'aspirine a une capacité impressionnante de prévenir les cancers colorectaux. Non seulement elle en abaisse de 24 % l'incidence sur une période de vingt ans, mais elle en diminue aussi de 35 % le taux de mortalité¹.

Sur le côlon droit, les effets de l'acide acétylsalicylique deviennent spectaculaires : ils réduisent de 55 % le taux d'apparition des tumeurs malignes au bout de vingt ans et de 66 % le taux de décès qu'elles entraînent.

Le **P^r Peter Rothwell**, de l'Université d'Oxford, et ses collaborateurs sont parvenus à ces chiffres en réanalysant les données de quatre essais cliniques portant sur la prévention des complications vasculaires. Réunissant 14 000 patients, ces études comparaient des personnes sous aspirine à des sujets témoins pendant en moyenne six ans. Au cours d'un suivi médian de dix-huit ans, 391 (2,8 %) des participants ont eu un cancer du côlon. Les données sur le cancer étaient recueillies au cours des études et obtenues pendant le suivi grâce au registre national des cancers et aux certificats de décès.

Les chercheurs se sont aperçus que les effets protecteurs de l'aspirine augmentent avec la durée de la consommation. Ainsi, après cinq ans de prophylaxie, l'incidence du cancer du côlon droit chute de presque 70 % sur vingt ans et le taux de décès de 76 %. L'aspirine est un peu moins puissante contre le cancer rectal, dont elle réduit le taux de 42 %, et est inefficace contre les tumeurs du côlon gauche. Tous ces effets n'apparaissent cependant pas avant une période de latence de sept à huit ans.

« C'est une étude bien faite et très

importante », estime le **D^r Benoît Panzini**, gastro-entérologue au CHUM. Il a d'ailleurs présenté l'article, publié dans *The Lancet*, à ses collègues de l'Hôtel-Dieu. « Ils ont été impressionnés par les chiffres. Les données sont très cohérentes et très robustes. Chacune des études analysées avait des résultats semblables, qu'on regarde une courte ou une longue exposition à l'aspirine, l'incidence ou la mortalité. C'est du beau travail. »

Des réponses à des questions en suspens

L'étude du **D^r Rothwell** apporte un nouvel éclairage sur le pouvoir anticancéreux de l'acide acétylsalicylique. « Même si cela fait vingt ans que l'aspirine est associée à une réduction du cancer du côlon, surtout grâce à des études d'observation, il restait des questions en suspens. Cette étude répond à certaines d'entre elles », explique le **D^r Panzini**.

Il y avait d'abord la question de l'efficacité. « On n'avait pas eu, jusqu'à présent, des résultats aussi clairs », explique le spécialiste. L'analyse présente des données prospectives récoltées sur une longue période chez un nombre important de patients.

La méta-analyse aborde également le problème des doses. Contrairement aux recherches qui avaient jusqu'alors porté sur de fortes concentrations (500 mg par jour et plus), le **P^r Rothwell** et ses collaborateurs se sont intéressés à de plus faibles quantités. Ils ont montré que les doses de 75 mg sont aussi efficaces que celles de 300 mg. Cependant, les concentrations de 30 mg ne semblent pas avoir les mêmes effets anticancéreux.

Reste la question du rapport risque-avantage. Les auteurs n'ont malheureusement pas évalué le taux de mortalité totale qui aurait pu englober les décès dus aux effets indésirables de l'aspirine : ulcères hémorragiques, perforation ou atteinte inflammatoire de l'intestin. « Si on avait ces données et qu'elles étaient favorables, il ne resterait plus qu'à faire un calcul coût-avantage. Ensuite, la prise d'aspirine pourrait être incluse dans les lignes directrices », indique le **D^r Panzini**.

1. Rothwell PM, Wilson M, Elwin CE et coll. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials. *Lancet* 2010 ; 376 (9754) : 1741-50.

L'aspirine et les lacunes de la coloscopie

L'étude de l'équipe du D^r Rothwell met en lumière un étrange phénomène : l'aspirine diminue davantage le taux de mortalité que l'incidence du cancer colorectal. Comment cela se fait-il ? Le comprimé pourrait avoir un effet particulier sur les tumeurs à croissance rapide, avancent les chercheurs. « Le nombre plus faible de cas de cancers mortels dans les groupes sous aspirine, alors que ces derniers ne semblent pas avoir bénéficié d'un diagnostic plus précoce, semble indiquer une véritable différence dans l'agressivité des cancers des deux groupes », écrivent-ils.

L'analyse britannique révèle un autre fait intrigant : l'acide acétylsalicylique, redoutable contre le cancer du côlon droit, est impuissant contre celui du côlon gauche. « Il est de plus en plus clair que les cancers de ces deux parties du côlon ont une épidémiologie et une biologie différente, mentionne le D^r Panzini. On sait qu'*in vitro* l'aspirine semble mieux inhiber au moins un type de cancer du côlon droit que le reste des tumeurs digestives. »

L'aspirine pourrait, par ailleurs, grâce à ses effets contre le cancer du côlon droit, combler une lacune de la coloscopie. Cet examen détecterait mal les tumeurs de la partie ascendante du gros intestin, selon certaines études. « Il est par conséquent probable que ces deux approches du cancer colorectal vont être synergiques », estiment les auteurs. Le D^r Panzini trouve l'idée intéressante. « Cela ouvre la porte à des façons d'associer prévention et dépistage. Cependant, la coloscopie nous donne des résultats immédiats, alors que l'aspirine a un temps de latence de cinq à dix ans. »

L'effet de l'acide acétylsalicylique pourrait par ailleurs être encore plus puissant que ce que laisse présager l'étude britannique. Les sujets sous aspirine devaient prendre le médicament en moyenne six ans et étaient suivis au total environ 18 ans. « On se dit : qu'est-ce que ce serait s'ils avaient pris de l'aspirine pendant toute la durée du suivi », indique le gastro-entérologue. Les auteurs présument aussi que la différence entre

le groupe témoin et le groupe expérimental se serait accrue si les sujets de ce dernier groupe avaient continué à prendre la molécule.

Qui pourrait prendre de l'aspirine ?

Qui, finalement, pourrait bénéficier d'une prophylaxie anticancéreuse par l'aspirine ? Certains gastro-entérologues prescrivent déjà le médicament à des patients particulièrement exposés au cancer du côlon. Peut-on maintenant penser à le recommander à toute la population ou simplement à certains groupes ?

L'étude ne répond pas vraiment à la question. La majorité des sujets de l'analyse étaient des hommes dans la soixantaine, dont près de la moitié fumait et qui présentaient des risques de problèmes vasculaires. Il n'est pas sûr que l'on puisse utiliser leurs résultats pour prévenir le cancer colorectal chez des personnes ayant des prédispositions familiales ou un syndrome de Lynch. « Ces deux groupes constituent des populations spécifiques dont le problème tient à des pathophysiologies différentes. Il n'y a aucune certitude que les observations du P^r Rothwell soient applicables à ces gens-là », soutient le spécialiste.

L'idée d'une prophylaxie générale est également loin. « Les résultats des chercheurs britanniques sont très encourageants parce qu'ils éliminent quelques obstacles à la prévention du cancer du côlon par l'aspirine. Mais le principal frein reste : l'absence d'une évaluation précise des rapports risques-avantages et coûts-avantages dans une population générale. On ne peut donc recommander actuellement l'aspirine comme traitement préventif », souligne le D^r Panzini.

Malgré tout, il n'est pas impossible qu'un jour le citoyen ordinaire prenne son cachet d'aspirine quotidien pour échapper au cancer colorectal. Cette maladie vient au deuxième rang des cancers les plus fréquents dans les pays développés. « Sur le plan de la santé publique, on est obligé de se poser davantage de questions à la suite de l'étude britannique, reconnaît le gastro-entérologue. Je crois qu'il est maintenant important de faire des études sur des populations plus générales. » ☞

Attention à la facturation de forfaits pour différents services



Dr Michel Desrosiers

Facturer un service non assuré est légal, mais facturer un forfait annuel comprenant plusieurs services non assurés ne l'est pas, selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « La RAMQ estime que le forfait est un modèle inacceptable. À ses yeux, on ne peut demander des frais pour un service qui

n'a pas été donné », explique le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Le médecin doit donc faire payer le patient chaque fois qu'il remplit un formulaire, rédige un billet d'absence, fait un résumé de dossier, etc. Et que se passe-t-il s'il propose un forfait ? Le patient peut s'en plaindre à la RAMQ qui le remboursera, puis réclamera la somme au médecin. « Le clinicien peut donc se retrouver dans une situation où

il a fourni au patient certains services, mais doit rembourser à la Régie le prix total du forfait », affirme le D^r Desrosiers.

En outre, la Régie n'informe pas toujours rapidement le praticien qu'il doit lui remettre le prix du forfait. Les sommes en jeu peuvent donc s'accumuler et devenir très élevées. « Le médecin peut avoir une désagréable surprise au bout de quelques mois. »

La Fédération ne partage pas la manière de voir de la RAMQ. « Nous avons discuté avec la Régie et fait des démarches politiques pour changer la situation, mais cela n'a rien donné. Est-ce qu'on va devoir faire trancher la question par un juge ? », se demande le D^r Desrosiers.

Pourtant, le Collège des médecins du Québec ne s'oppose pas aux forfaits annuels. Dans un document rédigé en 2008, il précise les règles à respecter :

- 1) Le patient doit donner son autorisation après qu'on lui a expliqué la nature du forfait annuel, les services qui sont couverts et ceux qui sont exclus. Il est recommandé que ce soit un membre du personnel et non le médecin qui s'assure que le consentement du patient est libre et éclairé. Le contrat doit, par ailleurs, prévoir une clause d'annulation avec remboursement.
- 2) Le contrat ne doit viser aucun service assuré par la RAMQ.
- 3) L'entente ne doit pas influencer sur l'exercice professionnel du médecin que se soit sur le plan de la disponibilité ou de la qualité des soins. **EG**

Petite augmentation pour les omnipraticiens

Les médecins de famille bénéficieront d'une hausse de 1,742 % dès le 1^{er} avril. Cette augmentation s'appliquera à tout : les examens, les techniques, les actes, les échographies, les radiographies, etc. Même le plafond des allocations de congé de maternité sera majoré.

Il s'agit d'une quatrième bonification destinée à permettre aux omnipraticiens québécois de rattraper sur le plan financier leurs collègues du reste du Canada. Tout le processus va s'étendre sur huit ans.

Dans certains domaines, l'application de la hausse a été devancée :

- le forfait annuel pour l'inscription générale de la clientèle est ainsi bonifié depuis le 1^{er} janvier, pour des raisons pratiques.
- la hausse du tarif des constats de décès, elle, remonte au 1^{er} mars. La majoration a été effectuée en même temps que l'on a séparé la rémunération pour remplir le formulaire SP3 (bulletin de décès) de la rétribution du constat de décès.

Quelques éléments ne seront toutefois pas touchés par l'augmentation de 1,742 % :

- le remboursement du kilométrage, parce qu'il est fixé selon la politique du Conseil du trésor ;
- les primes pour la pratique dans les régions éloignées et isolées, puisqu'elles sont rattachées à celles de la fonction publique. **EG**

Entrevue avec le D^r Mario Dubois

Mécontentement et démotivation parmi les omnipraticiens



D^r Mario Dubois

Le D^r Mario Dubois, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean (AMOSL), remarque que dans sa région les omnipraticiens sont démotivés. Ils ont été outrés par les propositions que le gouvernement a déposées en décembre dernier dans le cadre du renouvellement de l'Entente générale.

M.Q. – Quelle est l'atmosphère dans votre région ?

M.D. – Il y a un grand mécontentement parmi les médecins en raison des dernières propositions du gouvernement. Les omnipraticiens sont au courant du dépôt ministériel et disent : « On n'accepte pas ces offres. Elles n'ont pas de bon sens. » On commence à en avoir assez de ne pas avoir de propositions décentes.

M.Q. – Comment se manifeste le mécontentement ?

M.D. – Le mécontentement peut s'exprimer par le syndrome de la chaise vide. Les médecins sont moins motivés à participer à certains comités. Dans une ville, par exemple, une réunion du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'a pas eu lieu. Il n'y a pas de mot d'ordre. Chacun fait ce qu'il veut. Ce sont des initiatives individuelles. Dans le territoire de Jonquière, où je suis responsable de la coordination médicale, un véritable refroidissement s'est produit. Cette année, on devait faire une tournée complète du territoire pour aller frapper à la porte de chaque omnipraticien pour quémander une, deux, trois ou quatre places pour des patients qui n'arrivent pas à se trouver un médecin de famille. Mais, en ce moment, avec la tournure que prennent les négociations, cela a été mis de côté.

M.Q. – Quelle sera la suite ?

M.D. – Les médecins sont prêts à passer à l'action. Je pense que lorsque le signal sera donné, il sera suivi. Cela fait quand même bientôt un an que nous avons déposé nos demandes et que nous n'avons reçu du gouvernement que des propositions inadéquates. On attend donc avec impatience et anxiété. On est prêts à partir, ça bouillonne !

M.Q. – Vous avez, par ailleurs, un nouveau site Web (amosl.ca) ?

M.D. – C'est beaucoup plus qu'un site d'association. C'est un genre de portail régional de santé. Sous la responsabilité de l'AMOSL, les D^s Robert Charron, François Arsenault et Olivier Gagnon, tous trois de notre bureau, ont formé un comité. Ils se sont adjoint des médecins spécialistes, des représentants du Technocentre et des représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux. Ce groupe de travail avait comme mandat d'élaborer un projet de site Web régional qui, d'une part, favorise les communications informatiques entre les médecins, que ce soit entre les spécialistes et les omnipraticiens ou entre les médecins de famille eux-mêmes, et qui, d'autre part, facilite les communications entre l'Agence et les médecins en général.

Le site appartient à l'Association, mais l'Agence y participe financièrement. Les spécialistes, qui eux n'ont pas d'association régionale, ont aussi été d'importants partenaires. Le D^r Patrick Trudeau, chirurgien généraliste de Chicoutimi, qui a été leur porte-parole, nous a informés des besoins et des attentes de ses collègues.

On peut maintenant obtenir dans notre nouveau portail diverses informations provenant des médecins spécialistes, de l'Agence, du département de santé communautaire, de la Régie de l'assurance maladie et d'autres sources. Ce site nous permet aussi de communiquer entre nous par un système de courriels. On n'a donc pas à chercher l'adresse électronique d'un docteur X.

M.Q. – En cette période de négociations, ce site va être utile.

M.D. – Lorsque le site sera complètement opérationnel, ce sera un moyen de communication extraordinaire. Si je veux envoyer un message à tous les omnipraticiens, ce sera facile. Le site fonctionnera pleinement quand tous les médecins omnipraticiens et spécialistes auront leur numéro d'identification et leur mot de passe.

M.Q. – Qui a accès au site ?

M.D. – Le site est d'abord destiné aux omnipraticiens et aux spécialistes. Les représentants de l'Agence y ont un accès limité. Ils peuvent consulter certaines sections, mais ne peuvent pas lire un avis que j'envoie, comme président d'association, à mes membres en négociation. Les représentants de l'Agence peuvent cependant nous faire parvenir des informations sur toute situation de santé régionale ainsi que toute l'information pertinente qu'un médecin recevait avant en version papier. Le public, lui, ne peut entrer dans le site.

M.Q. – Le portail contient aussi un bottin ?

M.D. – Notre site comporte un important bottin divisé par territoires. Il comporte les noms et les courriels de tous les médecins de famille et de bien des spécialistes. Quand les médecins s'enregistrent pour la première fois, ils ont la possibilité d'inscrire des informations supplémentaires et de demander que certains renseignements demeurent confidentiels. Personne n'y aura accès à part les gestionnaires du site.

M.Q. – Et quand ce site sera-t-il prêt ?

M.D. – Il est prêt. Il fonctionne actuellement, mais il faut que les usagers aient un numéro d'identification et un mot de passe. Mes collaborateurs et moi avons commencé une tournée régionale la semaine dernière. On présente le site et on donne aux médecins leur numéro et leur mot de passe.

MQ – Que renferme d'autre votre portail ?

M.D. – Le volet le plus important du site est un calendrier pour la formation médicale continue. Tous les congrès de la Fédération et toutes les formations données dans chaque territoire y seront inscrits. Les représentants pharmaceutiques responsables du perfectionnement auront accès au site seulement pour indiquer leur formation et donner des détails sur les objectifs. Éventuellement, dans une deuxième étape, les médecins pourront s'inscrire en ligne.

En dehors de la section syndicale, qui contient des informations et des bulletins que l'on peut aussi envoyer électroniquement, le portail comporte des hyperliens avec les sites de la FMOQ, du Collège des médecins du Québec, de l'Agence et d'autres organismes. On peut également consulter les sites des différents centres de santé et de services sociaux de la région et des associations médicales. De plus, il y aura un forum de discussion pour les médecins, ce qui rendra la suite dynamique.

Il y a, par ailleurs, sur ce site des fils RSS qui constituent une sorte d'abonnement gratuit. Par exemple, si un gastro-entérologue veut recevoir tout ce qui se fait en recherche dans sa spécialité, il peut s'inscrire à des revues et recevoir automatiquement et quotidiennement, par courriel, tous les documents nécessaires. Cela peut également être utile pour les omnipraticiens.

Notre site est un outil de communication avancé. La Fédération le regarde de près, car notre formule est exportable. Les autres associations peuvent nous demander conseil si notre modèle les intéresse.

M.Q. – Qu'y a-t-il de nouveau dans votre région sur le plan des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau ?

M.D. – Nous avons maintenant neuf GMF dans lesquels pratiquent plus de cent médecins et vingt-trois infirmières. Au 1^{er} janvier 2011, 101 294 patients étaient inscrits. Cela fonctionne bien. Il y a également trois autres projets de GMF, dont deux à Chicoutimi et un à La Baie.

En ce qui concerne les cliniques-réseau, c'est plus difficile. Il y en a une à Alma qui fonctionne déjà. Deux autres pourraient également ouvrir, une à Chicoutimi et une autre à Jonquière. Une lettre d'intention concernant celle de Jonquière a d'ailleurs été envoyée à l'Agence.

M.Q. – Vos GMF ont-ils des surplus budgétaires ?

M.D. – Nous avons appris vendredi dernier qu'ils en avaient. Lorsqu'un GMF est accrédité, le ministère de la Santé et des Services sociaux envoie, semble-t-il, une somme à l'Agence. Si le groupe n'a pas encore d'infirmières ou de système informatique, l'argent n'est pas totalement dépensé. Cela fait donc des surplus budgétaires. Les sommes finissent par être assez importantes sur le plan régional.

Nous avons été informés à la dernière minute, comme toujours, que le Ministère offre aux GMF la possibilité d'utiliser ces surplus budgétaires en créant des projets pour augmenter la clientèle inscrite ou pour améliorer les services offerts. Chaque GMF va donc présenter des projets pour essayer de récupérer tout cet argent. Le problème est que le gouvernement a fixé des critères tellement serrés, que je pense qu'il va rester des surplus dans le compte de banque.

M.Q. – Quel type de projet serait possible ?

M.D. – On pourrait, par exemple, augmenter le nombre d'infirmières, engager une nutritionniste supplémentaire ou une travailleuse sociale à temps partiel. Toutefois, le budget n'est pas récurrent. Une fois l'argent épuisé, le personnel embauché devra partir. C'est comme ça ! Les surplus budgétaires sont quand même une bonne nouvelle.

Il faut déposer les projets d'ici un mois. Le Ministère doit tout avoir en main le 1^{er} avril. C'est le genre de demandes compliquées à faire. Il y a un cadre, et il faut que tout soit bien inscrit : la description du projet, les objectifs et les indicateurs de résultats. Les GMF vont donc se retroucher les manches pour trouver des projets permettant d'améliorer le service à la clientèle, tout en tenant compte du fait que le budget ne sera pas récurrent. ☺

X^e colloque Gérard-Hamel

« Mêlons-nous de nos affaires »

Emmanuelle Garnier



Photo : Emmanuelle Garnier
D^{re} Josée Bouchard

Les 26 et 27 mai prochain, les médecins de famille seront invités à se « mêler de leurs affaires » au cours du colloque Gérard-Hamel qui aura lieu à Québec. « On veut faire prendre conscience aux omnipraticiens qu'il faut qu'on s'occupe de nos affaires, de ce qui se passe sur le terrain, des structures dans lesquelles on pratique. Si on ne le fait pas, d'autres le feront pour nous », indique la présidente du comité organisateur,

la D^{re} Josée Bouchard.

Le congrès se penchera ainsi sur l'engagement du médecin dans son milieu de pratique. À l'heure de l'interdisciplinarité, les omnipraticiens doivent en connaître certains faits. « Il y a des professionnels de la santé qui veulent venir faire du travail médical pour nous aider. Il faut faire attention. On reste responsable de l'acte médical. Il faut aussi prendre conscience qu'on risque de perdre des champs de pratique », explique la D^{re} Bouchard.

M^{re} Isabelle Germain, avocate chez McCarthy Tétraut, expliquera donc les enjeux médocolégaux liés à l'interdisciplinarité. Le D^r Claude Rivard, lui, se penchera sur l'intégration des infirmières et des IPS en soins de première ligne.

Le colloque s'adresse, entre autres, aux jeunes. « On veut qu'ils s'impliquent. Les changements

dans le milieu médical et syndical sont pour eux. Ils doivent prendre la relève », mentionne la D^{re} Bouchard. La première partie du congrès leur expliquera donc les dessous du réseau : les PREM, les AMP, le système de dépannage, les GMF, etc. D'où cela vient-il ? Qui décide ? Comment est-ce géré ? Ces informations seront d'ailleurs utiles à tous les médecins. « Quand les omnipraticiens comprendront comment fonctionne le réseau, ils pourront aller frapper aux bonnes portes. Ils seront capables de demander des choses et de changer des situations. »

Les communications sont également importantes pour prendre en main ses affaires. Plusieurs ateliers expliqueront la façon de communiquer efficacement avec les membres, les médias et les associations, mais aussi comment tirer profit d'Internet et des réseaux sociaux.

Certaines conférences permettront, par ailleurs, de mieux comprendre le monde syndical : « La négociation des ententes », donnée par M^{re} Philippe Desrosiers,

chef négociateur de la FMOQ et « Grands principes et exercices de lobbying au Québec », prononcée par le D^r Pierre Martin.

Pour le médecin qui doit intégrer des changements dans sa pratique, trois ateliers lui indiqueront comment s'y prendre. Quelle démarche adopter pour mieux gérer le changement. Quels outils employer pour en tirer profit. Comment déceler des situations de changement.

Le Colloque Gérard-Hamel fournira ainsi aux médecins de

famille des outils et des informations qui leur permettront d'être plus engagés dans leur milieu. « Le colloque s'adresse à tous les omnipraticiens du Québec », précise la présidente. Le congrès sera par ailleurs agrémenté, dans la soirée du 26 mai, du spectacle lyrique *Masques et Bergamasques*. 📺



Prix du numéro de l'année 2008 et 2009 deux responsables de thème récompensées

Emmanuèle Garnier



D^{re} Pascale Sergerie

Les D^{res} **Pascale Sergerie** et **Francine Allard** ont reçu chacune, à titre de responsable de thème, le *Prix du numéro de l'année* respectivement de 2008 et de 2009 remis par le rédacteur en chef du *Médecin du Québec*, le D^r **Martin Labelle**. Cette récompense, décernée par le comité de rédaction scientifique de la publication, est constituée d'une plaque et d'une somme de 1000 \$.

« Il s'agit d'un prix d'excellence pour la section de formation continue de la revue. Il tient compte à la fois du contenu et du processus de rédaction. Il souligne également le leadership du responsable de thème, le travail d'équipe des auteurs et leur collaboration avec le personnel de l'équipe du *Médecin du Québec* », explique le D^r Labelle.



D^{re} Francine Allard

La D^{re} Sergerie a dirigé une équipe de professionnels qui ont rédigé avec elle le numéro *Le don d'organes, pensons-y, parlons-en* publié en avril 2008. Les textes ont été conçus « afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé à cette thématique et de démontrer que chacun, dans son milieu respectif, peut faire la différence », indique la responsable de thème dans son introduction.

La D^{re} Allard, pour sa part, s'est entourée de médecins et d'autres professionnels de la santé pour réaliser le numéro de février 2009 intitulé : *L'alcool, loin d'être banal*. L'objectif des auteurs était de fournir aux lecteurs « une mine d'informations sur les effets de l'alcool sur la santé et sur les principales interactions entre l'alcool et les médicaments. »

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- **Avril 2011**
**L'éthique
et la médecine légale**
- **Mai 2011**
L'imagerie médicale
- **Juin 2011**
La prostate
- **Juillet 2011**
L'antibiothérapie
- **Août 2011**
**Le retard de croissance
chez l'enfant**
- **Septembre 2011**
L'obésité
- **Octobre 2011**
**La dermatologie
et la médecine esthétique**
- **Novembre 2011**
Le suivi de grossesse



pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Infirmière compétente et médecin efficace

Le D^r Alain Lesage, de Mont-Laurier, pratique depuis trente ans avec une infirmière. Cette collaboratrice, qu'il paie lui-même, est à la fois indispensable et rentable. « Elle me permet de voir dix et même quinze patients de plus par jour », explique l'omnipraticien, qui a une clientèle de 2000 à 3000 patients.

Le D^r Lesage donne chaque jour de 20 à 25 consultations sur rendez-vous. Quand, entre ces entrevues, des patients se présentent pour une petite urgence, l'infirmière les rencontre. « Si c'est un cas qui se règle facilement, comme réviser les ordonnances d'un patient, vérifier la pression artérielle ou la glycémie, ou srasser une future maman, elle le fait pour moi », explique le clinicien.

L'infirmière est également précieuse pour les consultations sur rendez-vous. Elle prépare le patient, prend la pression, sort la lame pour les examens gynécologiques, participe au suivi des grossesses, etc. « Il y a beaucoup moins de perte de temps quand l'infirmière fait une partie du travail », indique le D^r Lesage. Dans une région qui manque cruellement de médecins, sa collaboration avec l'infirmière lui a permis de devenir très efficace. **EG**

Une bandelette sur la bouche des ronfleurs

Certains de vos patients se plaignent de ronfler ? Les bandelettes nasales ne les ont pas aidés ? Il existe une manière particulièrement efficace de les utiliser. Habituellement, on installe la bandelette sur le dessus du nez. Cependant, elle fonctionne encore mieux si on la colle... sur la bouche. Il faut la placer perpendiculairement aux lèvres, en partant de la base du nez jusqu'au menton.

« La bandelette doit garder les lèvres jointes sans forcer. Elle permettra de maintenir la bouche fermée et la mandibule en place, évitant en partie aux tissus mous de la cavité buccale de se déplacer vers l'arrière. En médecine dentaire, un appareil utilise le même principe. Cette façon de faire crée en plus un effet de sourdine et empêche la vibration des lèvres au passage de l'air expiré », explique le D^r Jean-Marie Deschênes, omnipraticien au CLSC de Pohénégamook.

Y a-t-il des précautions à prendre ? Les voies nasales doivent être bien dégagées. L'adhésif de la bandelette, quant à lui, colle bien, mais s'enlève sans arracher la peau.

« L'élimination des bruits adventices améliore l'entente entre conjoints », précise le D^r Deschênes. Il conseille, par ailleurs, d'embrasser sa tendre moitié avant d'apposer la bandelette. **EG**

Formulaire « CW » et témoignage aux États-Unis

Les camionneurs qui vont aux États-Unis doivent faire remplir par leur médecin un formulaire particulier pour renouveler leur permis de conduire de véhicule lourd. Le numéro de ce rapport ne diffère que par une lettre de celui qui est conçu pour les conducteurs qui restent au Canada : « CW » à la place de « CS ».

Le formulaire « CW » expose-t-il le clinicien à des risques particuliers ? S'il y avait un procès à la suite d'un accident aux États-Unis, le médecin devrait-il s'y rendre pour témoigner ? Pourrait-il être lui-même poursuivi ?

Il faut savoir que le formulaire, que le médecin traitant peut difficilement refuser de remplir, n'augmente pas les risques d'une situation fâcheuse. « Même si le clinicien ne répondait pas au questionnaire, il pourrait quand même devoir aller aux États-Unis pour témoigner à titre de médecin traitant », explique le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ et avocat. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) protégerait-elle alors le médecin ? Elle ne paie que les frais de défense et ne rembourserait donc pas les coûts du déplacement. « Cependant, l'ACPM pourrait peut-être s'arranger pour que le médecin témoigne par vidéoconférence », indique le D^r Desrosiers.

La possibilité de problèmes liés au rapport « CW » est en fait faible, entre autres parce qu'il s'agit d'un document canadien. « Cela réduit le risque que la poursuite, le cas échéant, ait lieu aux États-Unis. Auparavant, quand les médecins devaient remplir un formulaire américain, la situation était différente. » **EG**

L'enfant et les écrans

De Sylvie Bourcier



Les écrans, que ce soit sous la forme d'un ordinateur, d'un iPad, d'un iPod touch ou du téléviseur, sont omniprésents. Et les enfants n'échappent pas à leur influence. Consultante en petite enfance, **M^{me} Sylvie Bourcier** explique les effets qu'ils ont sur les jeunes, du bébé au préadolescent.

Tout petit, l'enfant est déjà attiré par la lumière et les sons de l'écran. Une

fascination qui peut avoir à la longue des effets néfastes sur la santé. Elle peut entraîner la sédentarité, pousser l'enfant, par l'intermédiaire de la publicité, à une consommation excessive d'aliments sucrés ou gras et perturber son sommeil.

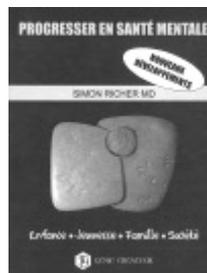
Professeure au certificat « Petite enfance et Famille » de l'Université de Montréal, l'auteure aborde également la question de la dépendance : l'accoutumance à la télé, les enfants accros aux jeux vidéo et la cyberdépendance. Elle soulève aussi le problème de la violence qui émerge des images. Avant l'âge de seize ans, l'enfant américain aura vu 13 000 meurtres violents. Il est également exposé à des images sexuellement explicites qui influenceront sur la construction de son identité sexuelle.

L'écran est toutefois aussi un puissant outil d'apprentissage. Il offre un monde de possibilités aux enfants, leur permet de voyager, de comprendre et de découvrir. Pour en tirer le maximum, M^{me} Bourcier propose plusieurs règles aux parents, entre autres de limiter le temps d'utilisation des écrans, d'interdire certains spectacles ou contenus, d'être disponible pour échanger avec l'enfant et de développer l'esprit critique du jeune. ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2010, 184 pages, 14,95 \$

Progresser en santé mentale Nouveaux développements

De Simon Richer



Pédopsychiatre possédant 50 ans d'expérience, le **D^r Simon Richer** livre sa réflexion sur le peuple québécois et les relations parents-enfants dans un livre dense. Il décrit les maux psychosociaux qui touchent notre société en ce début du 21^e siècle : l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, etc. Il

s'attarde aux automatismes sociaux, comme les solutions de facilité pour se débarrasser des difficultés et les énoncés négatifs, courants au Québec. L'auteur se demande d'ailleurs si le Québec ne serait pas « frileux, trop souvent prisonnier des ornières de ses impulsions et de ses excès émotifs qui le privent des bienfaits de décisions éclairées par une conscience aiguë de la gravité et de la précarité de sa situation ? »

Fondateur du Centre de jour du Département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine, le D^r Richer propose des solutions. Il suggère par exemple la mise sur pied d'un fichier régional des nouveau-nés à risque. Il affirme par ailleurs que les pédopsychiatres ne sont peut-être pas aux bons endroits. Il s'oppose à la tentation d'étiqueter le moindre symptôme chez des enfants très jeunes. L'auteur aborde également les problèmes relatifs à la période de latence et se penche sur l'acculturation dans les milieux ruraux avant de proposer, en conclusion, une pédopsychiatrie proactive. ☞

Éditions Génie créateur, Mont-Laurier, 2010, 304 pages, 50 \$ (plus les frais de poste)

Pour commander le livre :
info@editions geniecreateur.com

Liste des nouveaux GMF annoncés par le ministère de la Santé et des Services sociaux

GMF	Villes ou quartiers desservis
Abitibi-Témiscamingue	
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ GMF TémiscaVie <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Coop Santé TémiscaVie 19, rue Dollard Ville-Marie (Québec) J9V 1L1 <p><i>Nombre de médecins : 9</i></p>	Ville-Marie et les environs
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ GMF Harricana <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Clinique médicale Amos 641, 4^e Rue Ouest Amos (Québec) J9T 2S1 <p><i>Nombre de médecins : 9</i></p>	Territoire des Eskers
Outaouais	
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ GMF Omni-Plateau <p>Point de service principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ OmniClinique de l'Outaouais 28, boul. Mont-Bleu Bureau 202 Gatineau (Québec) J8Z 1J1 <p>Autres points de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Clinique médicale du Plateau 195, boul. de l'Atmosphère Bureau 300 Gatineau (Québec) J9A 0A3 ⊕ Clinique médicale Champlain 195, boul. de l'Atmosphère Bureau 103 Gatineau (Québec) J9A 0A3 <p>Nombre total de médecins : 14</p>	Gatineau et ses environs