

Cardiaque et dépressif ?

Un antidépresseur plutôt qu'une psychothérapie



D^r François Lespérance

La dépression majeure est fréquente chez les patients atteints d'une maladie coronarienne. Quel est le meilleur traitement pour eux ? Une psychothérapie ou un antidépresseur ? La molécule est le plus efficace des deux, ont découvert

des chercheurs dirigés par le **D^r François Lespérance**, chef du Service de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. La psychothérapie interpersonnelle n'ajouterait rien à un suivi clinique hebdomadaire, notent-ils dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*¹.

L'étude CREATE (*Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy*), menée par les investigateurs canadiens, est un essai clinique à répartition aléatoire comprenant 284 patients venant de neuf centres universitaires, dont 130 de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Les sujets, des patients non hospitalisés, avaient subi un

infarctus du myocarde ou une revascularisation cardiaque ou encore présentaient un blocage d'au moins 50 % d'une coronaire ou plus. Tous souffraient de dépression majeure depuis au moins quatre semaines.

Peu efficace pour une première dépression

Les participants de CREATE ont d'abord été répartis de manière aléatoire en deux groupes. Pendant les douze semaines de l'étude, le premier a uniquement bénéficié d'un suivi clinique hebdomadaire. Les consultations, qui duraient de 20 à 25 minutes, permettaient de surveiller les symptômes dépressifs et cardiaques, de vérifier les effets secondaires des médicaments et de renforcer la fidélité au traitement. Le second groupe a reçu, en plus de ce suivi, une psychothérapie interpersonnelle. Une méthode qui permet de traiter des types de problèmes fréquents chez les victimes d'une maladie coronarienne : conflits interpersonnels, difficulté à faire une transition, perte, deuil et isolement social. Dans chacun de ces

Schéma de l'étude

284 patients			
142 patients suivi hebdomadaire + psychothérapie interpersonnelle		142 patients suivi hebdomadaire	
67 patients	75 patients	75 patients	67 patients
Citalopram	Placebo	Citalopram	Placebo

1. Lespérance F, Frasure-Smith N, Koszycki D et coll. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007 ; 297 : 367-79.

deux groupes, la moitié des participants prenait parallèlement un placebo et l'autre de 20 mg à 40 mg de citalopram (Celexa) par jour (*figure*).

Résultats ? Dans le volet pharmacologique, l'antidépresseur s'est révélé supérieur au placebo. Le taux de réussite chez les patients (diminution d'au moins 50 % de la dépression par rapport au début) a été de 40,1 % dans le groupe témoin et de 52,8 % dans le groupe sous antidépresseur ($P = 0,03$). Des pourcentages qui correspondent aux résultats des autres études sur le citalopram.

Un fait troublant émerge cependant des analyses de sous-groupes bien que ces dernières soient toujours sujettes à caution : le citalopram était à peine plus efficace que le placebo chez les sujets victimes d'une première dépression. Le même phénomène a été observé dans une autre étude sur des personnes atteintes de maladie coronarienne, note le D^r Lespérance². « Les dépressions qui surviennent plus tardivement dans la vie auraient peut-être une physiopathologie différente et pourraient être plus difficiles à traiter par des inhibiteurs de la sérotonine. Les études tendent d'ailleurs à montrer que ces médicaments sont un peu moins efficaces chez les personnes âgées. »

Dans quelle mesure ces données sont-elles importantes ? « Je crois qu'on doit commencer par prescrire un antidépresseur au patient dépressif ayant un trouble coronarien, même s'il en est à sa première dépression. Cependant, le médecin et le patient ne doivent pas avoir de trop grandes attentes », estime le D^r Lespérance.

Changer de perspective concernant la psychothérapie ?

Et qu'en est-il de la psychothérapie

interpersonnelle ? Tout comme la thérapie cognitive, elle est habituellement recommandée pour les patients souffrant de dépression. Mais dans l'étude CREATE, ce type de traitement n'a pas été plus efficace que le suivi hebdomadaire. Ainsi, la psychothérapie a permis de réduire la dépression de moitié chez 43,0 % des patients et le suivi clinique l'a fait chez 50,0 % ($P = 0,24$). Dans certains cas, le travail thérapeutique s'est d'ailleurs révélé peu performant. Ainsi, chez les patients qui considéraient avoir un faible soutien social ou qui fonctionnaient plus difficilement dans la vie quotidienne, le suivi clinique seul était clairement supérieur à la thérapie interpersonnelle.

Comment expliquer ces résultats paradoxaux ? Certaines avenues intéressantes existent. « La psychothérapie est un travail qui semble difficile pour certains patients. Elle nécessite de prendre conscience de certains faits et d'essayer de changer des éléments de sa vie ou de sa vision des choses », explique le D^r Lespérance.

CREATE n'est pas la première étude à remettre en cause l'efficacité d'un traitement comme la psychothérapie interpersonnelle. Choisit-on la mauvaise tactique pour certains patients ? Peut-être. « Souvent, les modèles de psychothérapie travaillent à partir des facteurs susceptibles d'être à la source de la dépression. Par exemple, la psychothérapie interpersonnelle s'intéresse aux enjeux relationnels chez des patients ayant de graves conflits interpersonnels et la psychothérapie cognitive se penche sur les processus de la pensée chez les personnes ayant des distorsions cognitives. Or, certaines études semblent indiquer que cette dernière thérapie est moins efficace chez les gens qui présentent de nombreuses distorsions cognitives et que la psychothérapie interpersonnelle fonctionne moins bien chez ceux qui ont

2. Glassman AH, O'Connors CM, Califf RM et coll. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002 ; 288 : 701-9.

une très mauvaise opinion de leurs relations interpersonnelles. On devrait donc peut-être changer notre perspective », avance le psychiatre. Peut-être faudrait-il choisir des approches qui se concentrent sur les forces des patients plutôt que sur les difficultés à la source de leur dépression.

Néanmoins, la psychothérapie n'est pas totalement à exclure de l'arsenal des cliniciens qui traitent des patients dépressifs souffrant de problèmes coronariens. « Le médecin peut orienter vers la psychothérapie ceux qui semblent très motivés et très intéressés par ce type de travail. Il peut recommander la psychothérapie interpersonnelle en particulier à ceux qui ont un bon soutien social. Ces gens-là pourraient davantage en bénéficier. » Mais la première étape reste la prescription d'un antidépresseur. Le citalopram (Celexa) ou la sertraline (Zoloft). Une autre étude a montré que cette dernière était également efficace chez les patients atteints d'une maladie coronarienne².

Devant toutes ces données, les **D^{rs} Alexander Glassman et Thomas Bigger**, qui signent un éditorial dans le *JAMA*³, estiment pour leur part que les cardiaques en proie à une dépression ne devraient pas être laissés sans soins. « La dépression est une affection chronique qui engendre une grande souffrance, réduit l'observance aux conseils médicaux, aux traitements médicamenteux et aux efforts de prévention secondaire. En outre, des études ont montré que la sertraline et le citalopram sont des médicaments efficaces et sûrs. Les médecins devraient donc faire le dépistage de la dépression chez les patients atteints d'une maladie coronarienne et les traiter sans tarder par un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine. » 🦋

Nouvel effet secondaire des ISRS augmentation du risque d'ostéoporose

Les personnes de 50 ans et plus qui recourent aux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) auraient un risque deux fois plus élevé de subir une fracture par fragilité osseuse au cours des cinq années subséquentes, ont découvert des chercheurs canadiens qui publient leurs résultats dans *Archives of Internal Medicine*¹. Le risque associé à ces antidépresseurs serait similaire à celui des corticostéroïdes.

« Les ISRS diminueraient non seulement la densité minérale osseuse, mais aussi la qualité de l'os », explique le **D^r David Goltzman**, directeur du Centre du métabolisme osseux au Centre universitaire de santé McGill et l'un des principaux auteurs de l'étude. On savait d'ailleurs déjà que les ostéoblastes et les ostéocytes possédaient des récepteurs et des transporteurs de sérotonine.

Un risque lié à la dose

Les chercheurs ont découvert le nouveau facteur de risque d'ostéoporose après avoir analysé les résultats d'une cohorte de 5008 adultes de 50 ans et plus, suivis pendant cinq ans dans sept villes du Canada, dont Québec. Parmi ces sujets, 137 prenaient quotidiennement des ISRS au début de l'étude.

Dans le cadre de l'étude CaMos (*Canadian*



D^r David Goltzman

3. Glassman AH, Bigger JT. Antidepressants in coronary heart disease: SSRIs reduce depression, but do they save lives? *JAMA* 2007 ; 297 : 411-2.

1. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD et coll. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Arch Intern Med* 2007 ; 167 : 188-94.

Multicentre Osteoporosis Study), une équipe de recherche a interviewé de manière détaillée plusieurs milliers d'adultes pour connaître leurs différents facteurs de risque d'ostéoporose et leur ont fait passer une ostéodensitométrie. Chaque année, les sujets recevaient un questionnaire pour vérifier s'ils avaient subi une fracture au cours des douze derniers mois. Lorsque c'était le cas, les chercheurs demandaient la radiographie. Les fractures considérées comme ostéoporotiques étaient celles qui survenaient après un traumatisme minime, comme le fait de tomber d'un lit, d'une chaise ou à partir de la position debout. À la fin de l'étude, les sujets ont été réinterviewés de manière exhaustive.

Finalement, au bout de cinq ans, l'incidence des fractures par fragilité osseuse a été de 13,5 % dans le groupe des 137 personnes qui prenaient initialement des ISRS et de 6,5 % dans l'ensemble

de la cohorte. L'augmentation du risque associé à la prise de ces antidépresseurs est ainsi de 2,1 (intervalle de confiance à 95 % : 1,3-3,4).

L'effet ostéoporotique des ISRS serait, par ailleurs, lié à la dose. « Nous avons découvert que chaque fois que la dose doublait, le risque de fracture ostéoporotique augmentait de 1,5 fois », précise le **D^r Brent Richards**, l'un des

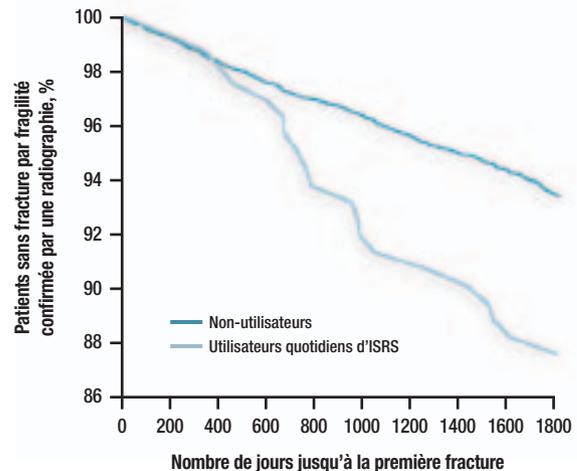
principaux auteurs de l'étude, qui a mené la recherche dans le cadre de sa spécialisation en endocrinologie à l'Université McGill.

Les participants prenant un ISRS au début de l'étude présentaient, par ailleurs, une plus faible densité minérale osseuse (DMO) à la hanche. « Même si les ISRS peuvent diminuer la DMO, ils ont un effet qui va au-delà, en réduisant également la qualité de l'os », précise



D^r Brent Richards

Survie sans fracture avec l'utilisation d'un ISRS



Source : Arch Intern Med 2007 ; 167 : 188-94. ©American Medical Association 2007.

le D^r Goltzman. En outre, les sujets initialement sous ISRS tombaient deux fois plus souvent. « Nous supposons que les chutes étaient causées par des hypotensions et des syncopes, des problèmes associés à ces antidépresseurs. » Mais l'accroissement du taux de fractures par fragilité osseuse restait plus élevé chez les personnes prenant des antidépresseurs malgré la correction pour la DMO et le taux de chutes.

Être conscient du risque

Le risque de fracture ostéoporotique augmente-t-il avec la consommation prolongée d'ISRS ? Les données ne permettent pas de le savoir. Sur les 137 participants qui prenaient initialement ces médicaments, seulement 66 y recouraient encore cinq ans plus tard. Leur risque de fractures ostéoporotiques n'en a cependant pas été accru. « Comme nous ignorons combien de temps chaque sujet a pris des ISRS, tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il est rassurant de voir que ceux qui les utilisaient aussi à la fin de l'étude ont connu une augmentation du risque similaire à celle des autres », indique le D^r Richards.

Malgré les données troublantes de l'étude, les ISRS sont loin d'être à bannir chez les

patients âgés. « Ces médicaments sont très utiles pour traiter la dépression, et nous ne prônons pas leur arrêt ou leur rejet quand ils sont indiqués, précise le D^r Goltzman. Cependant, le patient et le médecin doivent savoir que ces agents sont associés à une augmentation du risque de fractures par fragilité osseuse. Le patient doit donc adopter des habitudes de vie qui diminuent le risque d'ostéoporose, comme avoir un niveau d'activité physique suffisant, un apport adéquat en vitamine D et en calcium, limiter sa consommation d'alcool, ne pas fumer, etc. Le patient devrait également passer une ostéodensitométrie avant de commencer à prendre un ISRS, à plus forte raison s'il a déjà eu une fracture par fragilité osseuse. » Les résultats des chercheurs, qui touchent deux affections fréquentes, la dépression et l'ostéoporose, ont ainsi d'importantes implications pour la santé des personnes âgées. 📖

Statines l'importance du cholestérol HDL

Les bienfaits des statines ne seraient pas seulement liés à la réduction du taux de cholestérol LDL, mais aussi à la hausse du taux de cholestérol HDL. Ces médicaments seraient même associés à une régression de l'athérosclérose des coronaires quand non seulement ils diminuent substantiellement le taux de cholestérol LDL, mais accroissent aussi la concentration de HDL de plus de 7,5 %, révèle une nouvelle étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association*¹.

Des chercheurs de la clinique de Cleveland, en Ohio, ont analysé les données brutes de quatre études : REVERSAL², CAMELOT³, ACTIVATE⁴ et ASTEROID⁵. Ensemble, ces essais comprenaient 1455 sujets présentant une obstruction de 20 % et plus d'une coronaire importante. Les participants, qui ont été traités par des statines pendant 18

ou 24 mois, selon les études, ont passé une échographie intravasculaire de leur artère partiellement bloquée au début et à la fin de l'essai clinique. Les chercheurs se sont servis de ces résultats pour étudier le lien entre les variations des taux de cholestérol HDL et LDL et le volume de l'athérome.

Les données révèlent que le traitement par une statine a permis de faire passer le taux de cholestérol LDL de 3,2 mmol/l en moyenne à 2,3 mmol/l, une réduction de 23,5 % ($P < 0,001$). Le taux de cholestérol HDL, qui était de 1,1 mmol/l, a augmenté à 1,2 mmol/l, une hausse de 7,5 % ($P < 0,001$). Le rapport cholestérol LDL/cholestérol HDL a ainsi été réduit de 26,7 %. Ces changements ont été accompagnés de modifications de l'athérome, dont le volume total a diminué de 2,4 mm³ ($P < 0,001$). Cependant, le pourcentage du volume de l'athérome par rapport au volume occupé par la paroi de l'artère a crû en moyenne de 0,5 % ($P = 0,001$). Ces résultats, un peu paradoxaux, pourraient s'expliquer par un remodelage de l'artère.

Chez certains sujets, la thérapie a particulièrement bien fonctionné. L'athérome a ainsi diminué de 5 % et plus chez ceux dont le taux de cholestérol LDL était inférieur à la moyenne (2,3 mmol/l) et dont le taux de cholestérol HDL a augmenté de plus de 7,5 % durant le traitement. Par contre, la plaque athéromateuse a progressé chez les

1. Nicholls SJ, Tuzcu EM, Sipahi I et coll. Statins, high-density lipoprotein cholesterol, and regression of coronary atherosclerosis. *JAMA* 2007 ; 297 : 499-508.

2. Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P et coll. Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004 ; 291 : 1071-80.

3. Nissen SE, Tuzcu EM, Libby P et coll. Effects of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMELOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004 ; 292 : 2217-25.

4. Nissen SE, Tuzcu EM, Brewer HB et coll. Effect of ACAT inhibition on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 1253-63.

5. Nissen SE, Nicholls SJ, Sipahi I et coll. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA* 2006 ; 295 : 1556-65.

participants dont ces paramètres allaient dans la direction opposée.

« Ces données semblent indiquer que la hausse du taux de cholestérol HDL qui se produit pendant le traitement par une statine est cliniquement pertinente quand elle est associée à une baisse intensive du taux de cholestérol LDL et devrait être considérée lors de la sélection du traitement et de la gestion subséquente des patients ayant une maladie coronarienne », estiment les auteurs de l'étude, le **D^r Stephen Nicholls** et ses collaborateurs.

L'étude américaine va dans le même sens que des données sur d'autres traitements augmentant le taux de cholestérol HDL. Ainsi, certaines études, mais pas toutes, ont montré que les fibrates, qui produisent une augmentation modeste du taux de cholestérol HDL, réduisaient le taux d'événements cliniques. D'autres recherches ont indiqué que la hausse du taux de cholestérol HDL associée à la niacine diminuerait le taux d'infarctus du myocarde non mortels. Il reste maintenant à déterminer si l'augmentation du taux de cholestérol HDL, associée à une importante baisse de la concentration de cholestérol LDL que produisent les statines, réduira réellement les incidents cliniques. 📖

Livres *Emmanuèle Garnier*

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

de l'Agence de santé publique du Canada et du Groupe de travail d'experts en matière d'infections transmissibles sexuellement



Depuis 1997, le taux d'infections par *Chlamydia*, de gonorrhées et de syphilis infectieuses, les trois infections transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, augmente constamment, révèle la dernière édition des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Le document insiste sur la nécessité de renforcer les efforts. L'essor des trois maladies pourrait s'expliquer par certains facteurs : l'âge précoce des premières relations sexuelles, la popularité de drogues comme l'ecstasy et la méthamphétamine, le manque de connaissances des modes de transmissions des ITS, les relations sexuelles jusqu'à un âge avancé, etc.

Fortes des dernières études, les nouvelles Lignes directrices abordent des sujets essentiels comme les soins primaires et les ITS. Elles fournissent, par exemple, un questionnaire d'évaluation du risque d'ITS, décrivent le counselling sur les pratiques sexuelles à risque réduit et donnent les composantes de l'examen physique. Le document indique également comment prendre en charge et traiter un patient en fonction du syndrome qu'il présente : prostatite, ulcérations génitales, pertes vaginales, etc. Il enseigne également la prise en charge et le traitement d'infections spécifiques comme les infections gonococciques, les infections par le virus de l'hépatite B, la lymphogranulomatose vénérienne, etc.

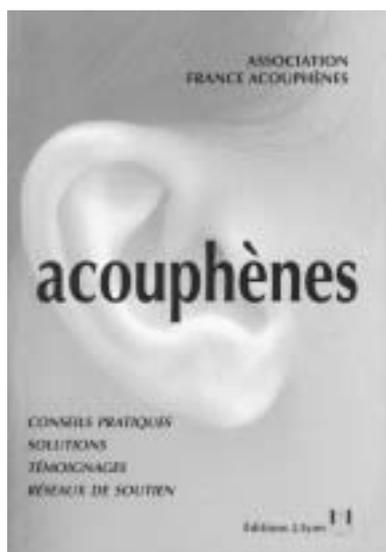
La nouvelle édition s'est enrichie de plusieurs chapitres depuis sa version antérieure de 1998. Elle se penche dorénavant sur des populations spécifiques, comme les travailleurs de l'industrie du sexe, les détenus, les délinquants, les immigrants, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Les lignes directrices abordent également des questions comme les agressions sexuelles chez les enfants, la consommation de substances psychoactives et la grossesse. L'information du document est souvent présentée sous forme de tableaux faciles à consulter et est étayée de nombreuses références.

Agence de santé publique du Canada, 2006, Ottawa, 426 pages.

Pour obtenir un exemplaire gratuit, composer le 1 877 999-7740 ou le 1 866 804-4372. La publication est également disponible à www.sante-publique.gc.ca/its.

Acouphènes

Association France Acouphènes



L'apparition d'un acouphène peut être le début d'un long cauchemar. « Toute ma vie a été bouleversée. Je n'en peux plus, il m'empêche de dormir ; je ne peux plus travailler ; il me distrait ; je ne peux plus étudier ; je peux même plus sortir », explique l'une des nombreuses personnes qui témoignent dans ce livre. La présence de ces sifflements, de ces bruits répétitifs et persistants peut causer une détresse profonde.

Rédigé par l'Association France Acouphènes, cet ouvrage explique ce que sont les acouphènes. Il en existe différents types : les acouphènes neurosensoriels, psychiques, d'oreille externe, d'oreille moyenne, etc.

Quelle que soit leur cause, ils sont le plus souvent accompagnés sinon d'une perte auditive, du moins d'un dysfonctionnement des cellules sensorielles.

S'adressant aux personnes atteintes d'acouphènes, le livre décrit les tests existants et passe en revue les différents traitements possibles. On y trouve ainsi des informations sur les médicaments, la thérapie acoustique d'habituation (*Tinnitus Retraining Therapy*), la thérapie par le bruit, les thérapies cognitives et comportementales, les appareils acoustiques, l'homéopathie, la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture et l'ostéopathie. Plusieurs personnes qui ont expérimenté ces traitements expliquent les résultats qu'elles ont obtenus.

Comme bien souvent les diverses thérapies ne parviennent pas à éliminer totalement les acouphènes, le dernier chapitre donne des conseils pour mieux vivre avec ces bruits internes. Il faut entre autres éliminer le stress, ne pas changer ses habitudes à cause de la présence d'acouphènes, relativiser, éviter le silence et chercher l'aide de professionnels. « Il ne faut surtout pas s'isoler, et la rencontre avec d'autres acouphéniques permet d'échanger et de mieux accepter son état », confie Michel, dans l'un des derniers témoignages. ☺

Éditions Josette Lyon, 2006, Paris, 240 pages, 34,95 \$.

(Suite à la page 131) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 128)

Livres Francine Fiore

Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail

enquêtes en psychodynamique du travail au Québec

Institut de psychodynamique du travail au Québec



En constant bouleversement, le travail peut rendre malade. La mondialisation des marchés, les nouvelles technologies, les fusions, la rationalisation des effectifs, le manque de ressources financières, la précarité des emplois ne sont que quelques-uns des éléments qui touchent non seulement les organisations, mais également les gens qui y travaillent.

Des chercheurs de différentes disciplines de l'Université Laval, de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont fondé, il y a quinze ans, l'Institut de psychodynamique du travail du Québec. Le présent ouvrage

fait état de leurs travaux sur le lien entre le travail et la santé mentale.

La psychodynamique du travail tente de comprendre ce qui pousse une personne à l'action. Les enquêtes présentées ici explorent l'organisation du travail et les mécanismes auxquels les gens recourent pour faire face aux nouvelles exigences d'un domaine en profonde mutation. Différents milieux de travail ont ainsi fait l'objet de recherches exhaustives. Par exemple, une enquête sur des infirmières d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée révèle qu'elles ressentent un manque de reconnaissance ainsi qu'une insatisfaction vis-à-vis des médecins, qui ne travaillent pas en partenariat avec elles.

De même, une étude évalue le travail en CLSC, alors qu'une autre observe celui des machinistes d'une usine de production de moteurs de haute performance. Par ailleurs, l'ouvrage propose des études portant sur les préoccupations de commis au rayonnage en bibliothèque, sur la prévention des troubles musculosquelettiques, sur le travail des agents de la paix en services correctionnels, etc. Dans tous les cas, les chercheurs apportent l'éclairage de la psychodynamique du travail afin de comprendre l'effet de cette activité fondamentale de l'existence sur la santé mentale des personnes. ☞

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2006, 222 pages, 25 \$.

(Suite à la page 141) ▶▶▶

La sexualité de l'enfant expliquée aux parents

Frédérique Saint-Pierre et Marie-France Viau



Jusqu'à quel âge peut-on dormir avec son enfant ou prendre un bain avec lui ? Quelle est l'influence des hormones maternelles sur le nouveau-né ? Comment naissent les bébés ? Autant chez les parents que chez l'enfant, de multiples questions surgissent concernant la sexualité et l'enfance. Dans cet ouvrage, **Frédérique Saint-Pierre**, psychologue, et **Marie-France Viau**, travailleuse sociale à la Clinique sociojuridique du CHU Sainte-Justine, tentent d'apporter certaines réponses.

À partir d'observations précises et de questions que se posent généralement les parents, les auteures font le point sur ce sujet délicat qu'est la sexualité

de l'enfant. Explorant de façon détaillée la place que cette dernière occupe dans le développement normal et global de l'enfant aux différentes périodes de sa vie, elles ne laissent rien au hasard. Ainsi, toutes les étapes physiques, psychologiques et sociales de la sexualité émergente sont passées en revue. Par exemple, il est question du développement psychosexuel de l'enfant de 0 à 5 ans, suivi de la période fondamentale qu'est celle de l'âge scolaire, soit de 6 à 12 ans et de la préadolescence allant de 10 à 12 ans.

Les auteures proposent des pistes de réflexion concernant l'éducation sexuelle, autant sur les plans physique que psychologique. En outre, elles traitent d'une variété de sujets dont la sécurité de l'enfant, la prévention des agressions sexuelles, les différents comportements sexuels des enfants, dont les comportements particuliers comme ceux des enfants agresseurs ou précoces sexuellement. Le livre aborde également des questions comme l'influence des médias et des produits de consommation sur les enfants, l'homosexualité, la sexualité chez l'enfant handicapé, les changements physiques à l'âge de la puberté, etc. En annexe, les deux professionnelles donnent de nombreuses références bibliographiques ainsi que des suggestions de lecture pour les parents et les enfants. ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents, Montréal, 2006, 208 pages, 14,95 \$.

(Suite à la page 160) ▶▶▶

Les personnes âgées et les services de santé

Statistique Canada vient de dévoiler un rapport sur l'utilisation des services de santé par les personnes âgées. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 88 % des personnes âgées ont consulté un omnipraticien ou un médecin dans l'année qui a précédé l'enquête, par rapport à 76 % des personnes de 12 à 64 ans.

Au Canada, il y aurait quelque 4 millions de personnes de 65 ans et plus. Elles représentent 13 % de la population. Elles sont, en général, en meilleure santé que ne l'étaient les gens âgés des générations précédentes. Néanmoins, ce groupe reste plus susceptible de souffrir de problèmes de santé que le reste de la population.

Parmi les personnes âgées interrogées au cours de l'enquête, 92 % ont déclaré avoir pris au moins

un type de médicaments dans le mois qui a précédé l'entrevue, 14 % auraient été hospitalisées au cours de l'année précédente et 15 % auraient reçu des soins à domicile.

Les femmes âgées ont tendance à prendre une plus grande variété de médicaments que les hommes. Ainsi, 27 % des femmes de 65 ans et plus auraient utilisé au moins cinq types de médicaments, comparativement à 16 % des hommes de cette catégorie d'âge.

Les médicaments qu'emploient le plus fréquemment les personnes âgées sont les analgésiques non narcotiques, les antihypertenseurs, les médicaments pour traiter les affections cardiaques, les diurétiques et les remèdes contre les maux d'estomac.

Contrairement à ce que certains pourraient penser, les personnes âgées pauvres ayant fait peu d'études ne sont pas plus susceptibles d'utiliser les services de santé que celles qui sont plus riches ou plus instruites. Le facteur déterminant est simplement le nombre de problèmes de santé chronique dont elles souffrent. 

La petite histoire de Léon

Pour mieux comprendre le diabète

*Monique Lanouette, Suzanne Douesnard,
Monique Gonthier et Angèle St-Jacques*



Le diagnostic du diabète chez un jeune enfant est une nouvelle terrible. Pour permettre à l'enfant et à ses parents de mieux apprivoiser ce qui leur arrive, un joli livre leur explique la maladie, les traitements et les émotions qu'ils traversent.

Destiné aux enfants de 2 à 8 ans, le petit ouvrage permet aux parents de raconter à leur enfant l'histoire de Léon, un petit garçon attachant qui devient diabétique. À travers de jolies images, ils font sa connaissance alors qu'il commence à avoir des symptômes de diabète. Ils le suivent ensuite chez le médecin, puis dans son quotidien. Il doit dorénavant prendre sa glycémie et recevoir des injections d'insuline, mais il lui reste quand même de la place pour des plaisirs d'enfants.

Il arrive à Léon d'en avoir assez du diabète et des piqûres, tout comme l'enfant à qui l'on raconte l'histoire. Ce passage, comme plusieurs autres, donne aux parents l'occasion de discuter avec ce dernier de ses émotions. Ainsi, ce livre est un outil non seulement pour répondre au besoin qu'a l'enfant de comprendre sa maladie et pour permettre aux parents de le soutenir, mais aussi pour dialoguer avec lui. ☺

Éditions du CHU Sainte-Justine, 2005, Montréal, 48 pages, 12,95 \$.