

# Biais de publication

## les antidépresseurs moins efficaces que dans la littérature



D<sup>r</sup> François Lespérance

La littérature médicale serait-elle un prisme grossissant ? Elle donnerait, en tout cas, une image de l'efficacité des antidépresseurs plus importante qu'elle ne serait. Pourquoi ? Parce que de nombreuses données négatives ne sont pas publiées, parce que des études négatives sont présentées comme

positives et parce que les effets des médicaments sont amplifiés.

Ces faits ont été découverts par le D<sup>r</sup> Erick Turner, de l'Oregon Health and Science University, et ses collaborateurs, qui publient de troublantes observations dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>. Les chercheurs ont choisi douze antidépresseurs pour lesquels ils ont comparé les données publiées dans la littérature médicale à

celles de la Food and Drug Administration (FDA). L'agence américaine tient non seulement un registre des études réalisées pour l'homologation d'un médicament ou l'ajout d'une indication, mais aussi une banque des résultats de ces essais cliniques.

Les chercheurs ont trouvé, dans les registres de la FDA, 74 études sur les antidépresseurs qu'ils examinaient. Selon les analyses de l'agence, 38 de ces recherches avaient des résultats positifs et 36, des résultats négatifs (figure 1). Toutes les études positives ont été publiées, sauf une. Du côté des études aux résultats négatifs ou douteux, la situation est inquiétante : trois ont été publiées, 22 ne l'ont pas été et 11 l'ont été, mais en présentant les résultats comme étant positifs !

Mais comment peut-on métamorphoser un essai négatif en une étude positive ? Simplement en changeant la méthodologie de l'étude. L'équipe du D<sup>r</sup> Turner s'est aperçue que la méthode qui avait au départ été communiquée à la FDA n'était plus la même dans les articles publiés. Comme les résultats du critère d'évaluation initial ne s'étaient pas avérés significatifs au cours de leur étude, les auteurs ont présenté un autre résultat positif comme s'il était

1. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et coll. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 252-60.

Figure 1. Les 74 études de la FDA sur les antidépresseurs

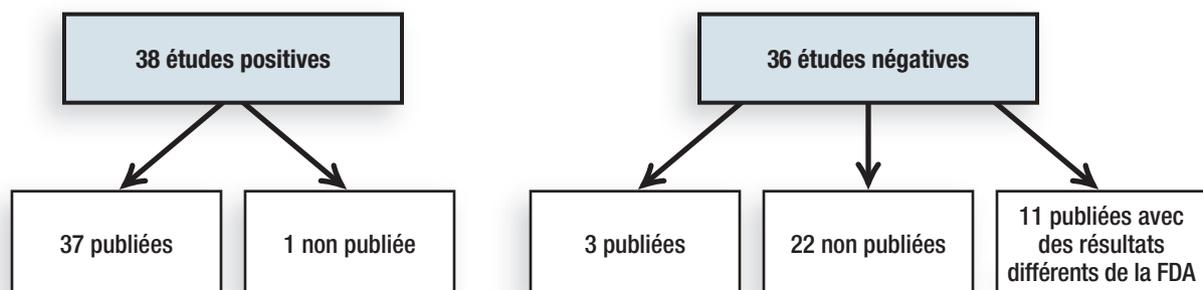
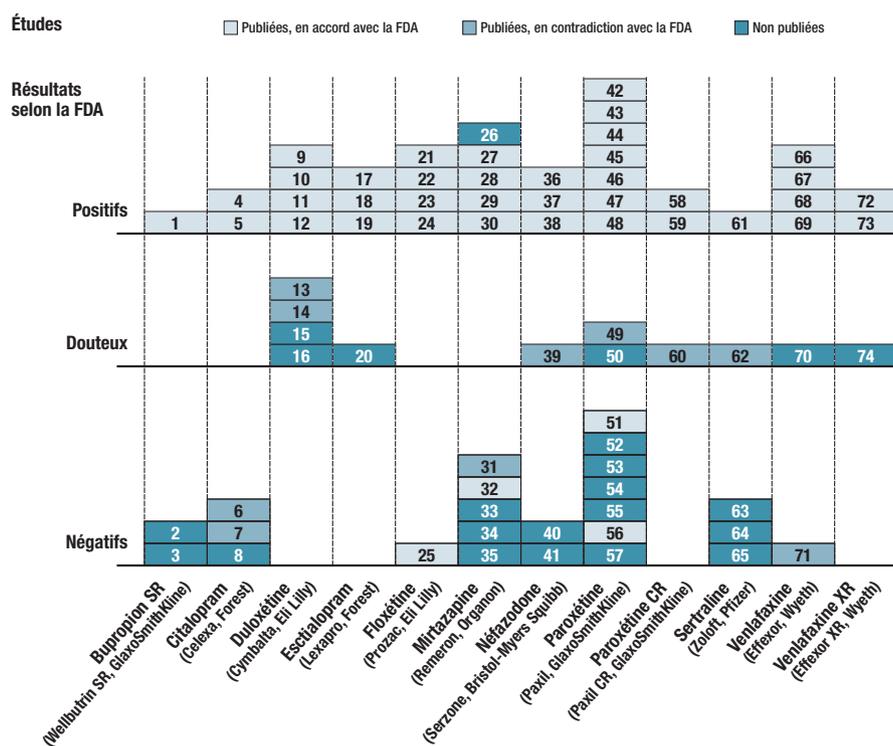


Figure 2. Publication des études et décision réglementaire de la FDA



La figure montre les études qui ont été publiées et celles qui ne l'ont pas été. Presque toutes les études que la FDA a jugées positives (rangée du haut) ont été publiées conformément à l'évaluation de l'agence. Par contre, la plupart des études dont la FDA a estimé les résultats négatifs (rangée du milieu) ou douteux (rangée du bas) ont été publiées d'une manière qui va à l'encontre du jugement de l'organisme ou n'ont pas été publiées. Les nombres dans chaque case indiquent les études individuelles et correspondent au numéro d'études indiqué dans le tableau A de l'annexe supplémentaire ([www.nejm.org](http://www.nejm.org)).

Source : Turner EH et coll. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 252-60. Copyright © 2008 Massachusetts Medical Society. Tous droits réservés.

l'objectif principal de l'essai clinique.

Le portrait global est troublant. Ainsi, selon la littérature médicale, 94 % des essais cliniques portant sur les douze antidépresseurs sont positifs. D'après la FDA, seulement 51 % le seraient. Au total, les données de 5292 sujets, c'est-à-dire de 42 % des participants de l'ensemble des études, manquent ou sont présentées à tort comme étant positives.

Aucun des douze antidépresseurs n'échappe à ces procédés. Pour chacun, les résultats d'au moins une étude n'ont pas été publiés ou encore ont été présentés comme étant positifs alors que la FDA les jugeait autrement (figure 2). Par exemple, dans le cas du bupropion SR (Wellbutrin SR) une étude positive de 230 patients a été publiée, mais

deux négatives comprenant ensemble 627 sujets ne sont apparues nulle part.

Mais il y a plus. « Nous avons découvert que l'efficacité de cette classe de médicaments est moins grande que ce que l'on pourrait en conclure en examinant seulement la littérature publiée », estiment le D<sup>r</sup> Turner et son équipe. Dans les études parues dans les revues médicales, l'effet des médicaments est, selon le produit, de 11 % à 69 % plus important que dans les analyses de la FDA. Une augmentation médiane de 32 %.

### Les conséquences

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le D<sup>r</sup> François Lespérance, chef du service de psychiatrie, est à peine étonné des résultats du D<sup>r</sup> Turner. Comme bien de ses collègues, il s'était rendu compte que les antidépresseurs n'étaient pas aussi efficaces que le

prétendaient les études. Il ne se fait plus d'illusion. « L'industrie a un intérêt économique à vendre des pilules. Il faut que les médecins en tiennent compte dans l'interprétation des résultats. C'est comme si on demandait aux sociétés pétrolières de faire une étude sur le réchauffement de la planète. »

Il reste que la publication de résultats presque uniquement favorables peut avoir des conséquences sur la pratique de nombreux cliniciens. « La médecine factuelle est valable dans la mesure où les données probantes sur lesquelles elle se fonde sont complètes et non biaisées. La publication sélective d'essais cliniques – et des données de ces études – peut mener à des estimations irréalistes de l'efficacité des

médicaments et modifier le rapport apparent risques-avantages », indiquent les auteurs.

Toutefois, les écarts qu'ont découverts les chercheurs n'ont pas mis la population en danger. « Les données ont quand même été transmises à la FDA qui donne l'autorisation de la mise en marché, souligne le D<sup>r</sup> Lespérance, lui-même chercheur et professeur à l'Université de Montréal. Les médecins ne disposaient pas de ces résultats-là, mais la FDA et Santé Canada, des organismes publics imputables, les possédaient. »

Quel regard faut-il maintenant jeter sur les antidépresseurs ? « Étant donné que les résultats attendus sont un peu moins bons que ce que certains auraient pu penser, il faut être encore plus prudent quand on parle à nos patients des attentes qu'ils peuvent avoir. On ne doit prescrire le traitement que lorsque les indications sont claires. Il faut prendre plus de temps pour s'en assurer et, par la suite, évaluer les bienfaits prévus. De plus, il faut également insister davantage sur les approches non pharmacologiques du traitement de la dépression. »

### On est tous responsables

Qui est coupable de la situation ? On ne peut, tout simplement, jeter la pierre à l'industrie pharmaceutique. Les auteurs de l'étude eux-mêmes ne sont pas sûrs de savoir qui est responsable. « Nous ne pouvons pas déterminer si le biais observé résulte du fait que les auteurs ou les commanditaires n'ont pas soumis leurs manuscrits, s'il vient de la décision des rédacteurs en chef des périodiques et des réviseurs de ne pas les publier ou s'il tient des deux », soulignent les auteurs.

En fait, tout le monde aurait sa part de responsabilité. « Le problème n'est pas seulement au niveau de l'industrie, mais aussi au niveau des médecins qui participent aux études cliniques et des revues scientifiques qui veulent publier des articles intéressants. C'est toute la chaîne de communication qui est en cause », estime le D<sup>r</sup> Lespérance. Effectivement, il est plus facile de publier des résultats positifs que négatifs. Et non seulement le public médical, mais aussi les patients et les médias ont soif d'espoir et de résultats positifs.

L'étude du D<sup>r</sup> Turner et de ses collègues soulève néanmoins des problèmes scientifiques, si ce n'est éthiques, inquiétants. Des études non positives étaient présentées comme l'étant. Des effets médicamenteux étaient globalement plus puissants dans les publications que dans les données de la FDA. « Cela me déçoit, reconnaît le D<sup>r</sup> Lespérance. Je suis déçu des sociétés pharmaceutiques, mais surtout des médecins investigateurs. Ils ont collaboré à ces études-là, mais faisaient tout de même la promotion des antidépresseurs sans tenir compte de toutes les études négatives. Le principal conflit à mes yeux vient de ce que des scientifiques, des professeurs, des chercheurs ne présentent qu'une partie de l'information. Cela soulève la question des conflits d'intérêts du monde scientifique. Les chercheurs peuvent collaborer avec l'industrie pharmaceutique, mais doivent garder leur autonomie et leur indépendance. »

La solution ? Publier les résultats de toutes les études, positives et négatives, dans Internet. « L'information pourrait ainsi être accessible, même si elle n'est pas publiée dans des revues scientifiques. Des chercheurs pourraient donc effectuer plus facilement et plus rapidement des méta-analyses », précise le D<sup>r</sup> Lespérance. Ce n'est probablement qu'une question de temps avant que cette solution s'impose.

Le débat peut cependant aller au-delà des biais de publication, des effets moins importants que prévu et des écarts éthiques. La voie qu'offrent les sociétés pharmaceutiques n'est pas la seule. Il faudrait explorer davantage les différentes interventions non pharmacologiques. « Les psychothérapies ou l'exercice peuvent être très utiles pour traiter la dépression, mais ils ne donnent droit à aucun brevet. Il faut trouver des façons d'encourager les études sur les méthodes non médicamenteuses, d'en diffuser les résultats et de favoriser l'utilisation de celles qui se sont révélées efficaces », explique le D<sup>r</sup> Lespérance. Il existerait, par exemple, des méta-analyses sur les effets de l'exercice sur la dépression. Mais aucun représentant ne parcourt les différents hôpitaux pour promouvoir l'activité physique. 🏃

# Fénofibrate et rétinopathie

## un exemple de biais d'interprétation



Dr Jean-Louis Chiasson

Est-ce trop beau pour être vrai ? Chez les diabétiques, un médicament comme le fénofibrate pourrait diminuer de 37 % la nécessité de recourir à un traitement au laser pour la rétinopathie ? C'est effectivement ce que soutient une étude parue dans le *Lancet*<sup>1</sup>. Malheureusement, malgré tout le prestige de la publication, l'article comporte d'importants biais.

Les auteurs de l'étude FIELD (*Fenofibrate Intervention and Event*

*Lowering in Diabetes*) présentent des conclusions particulièrement séduisantes. « Les avantages substantiels du fénofibrate concernant la nécessité de recourir à un traitement au laser pour la rétinopathie diabétique sont susceptibles de s'ajouter aux bienfaits d'une bonne maîtrise de la glycémie et de la pression sanguine dans le traitement du diabète de type 2. Les avantages apparaissent rapidement après le début du traitement. »

L'essai clinique FIELD comprenait 9795 patients de

1. Kreech AO, Mitchell P, Summanen PA et coll. Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007 ; 370 : 1687-97.

50 à 75 ans atteints du diabète de type 2, dont la moitié, choisis au hasard, avaient pris 200 mg par jour de fénofibrate et l'autre, un placebo. La nécessité d'un premier traitement au laser était significativement plus faible dans le groupe sous fénofibrate. Ainsi, 3,4 % de ces patients ( $n = 164$ ) ont reçu un traitement pour leur rétinopathie naissante contre 4,9 % ( $n = 238$ ) dans le groupe témoin. Une réduction de 31 % ( $P = 0,002$ ) pour le premier traitement, parallèle à une baisse de 37 % pour l'ensemble des traitements au laser ( $P = 0,0003$ ). « Les avantages pour la rétine constituent un bon argument pour envisager l'emploi du fénofibrate dans la prise en charge de la maladie oculaire liée au diabète », préconisent les chercheurs à la lumière de leurs résultats.

Mais quand on analyse les données de l'étude en considérant l'ensemble de l'essai clinique FIELD, tout doit être remis en question. Le critère d'évaluation principal de cette étude était en fait la réduction du risque de complications coronariennes graves. Toutefois, cet objectif n'a pas été atteint, comme l'a montré un article publié en 2005<sup>2</sup>. Et ce fait n'est pas sans répercussions sur l'objectif tertiaire que constituait la diminution du taux de rétinopathies.

« Dans n'importe quelle étude, quand le critère d'évaluation principal est négatif, les objectifs secondaires et, à plus forte raison, tertiaires, deviennent encore moins crédibles, tranche le Dr Jean-Louis Chiasson, chef du Service d'endocrinologie du Centre hospitalier de l'Université

2. Keech A, Simes RJ, Barter P et coll. Effects of long term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIEL study): randomised controlled trial. *Lancet* 2005 ; 366 : 1849-61.

**Tableau. Pourcentage de sujets touchés par une progression de deux degrés de la rétinopathie dans la sous-étude**

	Groupe sous fénofibrate ( $n = 512$ )	Groupe sous placebo ( $n = 500$ )	P
Ensemble des sujets ( $n = 1012$ ) touchés	9,6 % ( $n = 46$ )	12,3 ( $n = 57$ )	0,19
Sujets sans rétinopathie initiale ( $n = 966$ ) touchés	11,4 % ( $n = 43$ )	11,7 % ( $n = 43$ )	0,87
Sujets avec rétinopathie initiale ( $n = 46$ ) touchés	3,1 % ( $n = 3$ )	14,6 % ( $n = 14$ )	0,004

de Montréal. Les objectifs secondaires et tertiaires ne fournissent que des données servant à élaborer des hypothèses qui doivent être prouvées dans une nouvelle étude faite en bonne et due forme. »

Les chercheurs de l'étude, eux, étaient plus indulgents à l'égard de leurs résultats. Même s'ils reconnaissaient dans leur première étude que leur critère d'évaluation principal n'avait pas été atteint, ils soulignaient que le fénofibrate avait réduit le taux total de troubles cardiovasculaires, surtout grâce à la diminution du taux d'infarctus du myocarde non mortels et de revascularisations. « Le taux plus élevé de patients du groupe témoin qui ont commencé un traitement par statine pourrait avoir masqué un effet bénéfique un peu plus important du traitement », faisaient-ils valoir dans l'article sur leur étude principale.

### Les sous-groupes d'une sous-catégorie

Quel lien y aurait-il eu entre le fénofibrate et la réduction du besoin de traitement au laser ? Les chercheurs de l'étude FIELD eux-mêmes se l'expliquaient difficilement. Ils avaient noté, avec une certaine perplexité, que la nécessité des traitements au laser n'était pas liée au taux de lipides dans le sang. « Tout cela peut être purement dû au hasard », avance pour sa part le D<sup>r</sup> Chiasson, également professeur de médecine à l'Université de Montréal.

Les chercheurs ont également effectué une sous-analyse sur 1012 participants, dont ils ont pris des photos standardisées de la rétine (*tableau*). Le taux de patient dont la rétinopathie a progressé de deux degrés a été similaire dans le groupe sous fénofibrate et dans le groupe témoin. Toutefois, dans la sous-catégorie des patients atteints d'une rétinopathie préexistante ( $n = 17$ ), les résultats devenaient significatifs. La maladie oculaire avait progressé de deux degrés chez 3,1 % ( $n = 3$ ) des sujets sous fénofibrate alors que ce pourcentage était de 14,6 % ( $n = 14$ ) chez les témoins ( $P = 0,004$ ). La faille ? Évidemment, le très petit nombre de participants. « Même si ces données sont significatives, elles ne prouvent rien. Elles n'ont aucune valeur. Dans le meilleur des cas, cela pourrait être vrai ; dans le pire cela peut être dû à tout, sauf au fénofibrate », indique l'endocrinologue.

L'étude FIELD a tout de même confirmé

quelques faits connus : les traitements au laser sont plus fréquents chez les sujets dont la glycémie et la pression sanguine sont mal maîtrisées ainsi que chez ceux qui présentent le plus de complications microvasculaires.

Finalement, le volet oculaire de l'essai FIELD n'apporte aucun fait nouveau. « Cet article est un bon exemple pour montrer comment des auteurs peuvent tirer des conclusions qui ne sont pas appuyées par des données », estime le D<sup>r</sup> Chiasson. Pourtant, ces résultats ont été présentés dans le *Lancet*. « C'est ce qui est dommage. Normalement, quand une revue publie une étude comme celle-là, elle devrait, d'une part, demander aux auteurs de nuancer beaucoup plus leurs conclusions et, d'autre part, présenter un éditorial pour remettre les pendules à l'heure. »

## Un nouveau triptan : le Frova une demi-vie de 26 heures

L'arsenal contre la migraine s'est enrichi d'un nouveau triptan, le Frova (frovatriptan). Déjà vendu en Europe et aux États-Unis, cet agoniste des récepteurs 5-HT<sub>1</sub> a une intéressante particularité : une demi-vie de 26 heures. Sa longue durée d'action lui permet ainsi de réduire les récurrences de la migraine pendant 24 heures.

« Le frovatriptan pourrait être utile dans les cas de migraines prolongées ou récidivantes, mais aussi dans celui des migraines menstruelles qui peuvent durer deux ou trois jours », explique le D<sup>r</sup> **Luc Marchand**, directeur de la clinique de la migraine au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Dans le domaine des maux de tête menstruels, le Frova pourrait même être employé en mini-prophylaxie quand aucun traitement ponctuel n'a fonctionné chez une patiente. « Ce triptan ne doit normalement pas être pris de manière prophylactique, mais la migraine menstruelle est un



Photo : Stéphane Lord, CHUM

D<sup>r</sup> Luc Marchand

problème particulier. Comme la fenêtre de temps où elle va se manifester est en général bien définie, on peut se permettre de recourir à un médicament pendant une courte période. »

L'action prolongée du Frova ne fonctionne cependant pas chez tous les patients. Une série de trois essais cliniques montre que parmi les sujets soulagés en quatre heures par 2,5 mg de frovatriptan, de 47 % à 51 % (selon l'étude) n'ont pas eu de nouvelle migraine pendant 24 heures<sup>1</sup>. Ces trois essais, subventionnés par le fabricant, comparaient le Frova au placebo chez quelque 2000 sujets migraineux. Dans les groupes témoins, seuls de 22 % à 27 % des sujets ont bénéficié d'un répit d'au moins 24 heures.

### **Aussi efficace que les autres triptans**

Sur le plan de la durée d'action, le frovatriptan détrône dorénavant le naratriptan (Amerge) dont la demi-vie était de quelque sept heures et, dans la même lancée, dépasse de loin tous les autres triptans. Procure-t-il cependant un soulagement aussi rapide et adéquat ? « Sur le plan de l'efficacité globale, je dirais qu'il n'est pas très différent des autres triptans », évalue le D<sup>r</sup> Marchand, également chef du Service de neurologie du CHUM.

Les trois études financées par le fabricant indiquent qu'au bout de deux heures, selon l'essai clinique, de 37 % à 46 % des sujets prenant le triptan n'avaient plus mal à la tête ou ne souffraient plus que d'une légère migraine, ce qui n'était le cas que de 21 % à 27 % des sujets sous placebo ( $P \leq 0,001$ ). Après quatre heures, de 56 % à 65 % des participants traités par le Frova étaient soulagés contre de 31 % à 38 % des sujets témoins ( $P < 0,001$ ).

Le médicament agissait en un temps médian de 3,25 heures dans les trois études réunies, alors que les patients sous placebo éprouvaient un soulagement en 6,17 heures. Chez certains sujets, cependant, l'effet du frovatriptan était rapide : le quart des participants qui l'ont pris ont ressenti un apaisement en 1,5 heure.

Le nouveau triptan a également été plus efficace que le placebo contre les nausées, la photophobie et la phonophobie qui accompagnaient les migraines.

1. Ryan R, Géraud G, Goldstein J et coll. Clinical efficacy of frovatriptan: placebo-controlled studies. *Headache* 2002 ; 42 (suppl. 2) : S84-S92.

Quatre heures après la prise du médicament, de 57 % à 64 % des patients sous frovatriptan ne ressentait plus de gêne fonctionnelle ou n'en avaient qu'une légère par rapport à un taux de 36 % à 43 % dans le groupe témoin.

« Sur le plan du soulagement, le frovatriptan est intéressant, mais je le vois surtout comme une option supplémentaire. Globalement, tous les triptans possèdent une certaine efficacité, mais il y a des variations d'une molécule à l'autre. Quand un triptan ne fonctionne pas, cela vaut la peine d'en essayer un autre », indique le D<sup>r</sup> Marchand.

En ce qui concerne la satisfaction des patients, de 44 % à 51 % ont estimé que le frovatriptan était un bon ou un excellent traitement contre la migraine alors que pour le placebo le taux allait de 17 % à 30 %.

### **Inconvénients**

Le principal inconvénient du frovatriptan ? Probablement son prix. Un comprimé de 2,5 mg coûte environ 18 \$. Mais il est à peine plus cher que l'Imitrex (sumatriptan), maintenant un générique, qui revient à quelque 17 \$ le cachet.

Le Frova est par ailleurs susceptible de provoquer les mêmes effets secondaires que les autres triptans. « De rares cas de manifestations coronariennes ou d'arythmies graves sont survenus à la suite de l'administration d'autres agonistes des récepteurs 5-HT<sub>1</sub> et, par conséquent, pourraient aussi se manifester avec Frova<sup>MD</sup> », prévient la monographie.

Le frovatriptan est donc contre-indiqué chez les patients atteints de cardiopathie ischémique, de syndromes vasculaires cérébraux ou périphériques, de valvulopathie ou d'arythmies cardiaques. La présence d'affections cardiovasculaires sous-jacentes, comme une maladie athéroscléreuse, peut également être dangereuse. Le nouveau triptan est par ailleurs contre-indiqué chez les patients atteints d'hypertension grave ou mal maîtrisée, car il peut augmenter la pression artérielle.

Ces mises en garde inquiètent peu le D<sup>r</sup> Marchand. « Le phénomène migraineux est un problème qui apparaît typiquement chez le jeune adulte. Le patient n'est donc pas dans une catégorie d'âge où le risque de maladie cardiaque est élevé. Il faut cependant se méfier de l'hypertension artérielle non maîtrisée chez les jeunes patients. » Chez les

personnes plus âgées, la situation est différente. « Si le patient approche de la cinquantaine, on doit être prudent parce que c'est un âge où les maladies cardiaques sont parfois silencieuses. Le recours au frovatriptan peut alors être dangereux parce que la molécule agit en produisant un vasospasme. »

Quelle sera la place du Frova ? « On n'a pas encore le triptan qui remplacerait tous les autres. L'effet du frovatriptan dure plus longtemps, mais cela ne donne pas nécessairement un avantage clinique à tous les patients. En Europe et aux États-Unis, les médecins n'ont pas cessé de prescrire les autres triptans depuis son lancement. Néanmoins, le frovatriptan pourrait être intéressant pour certains types de patients, notamment ceux qui souffrent de migraines prolongées, récidivantes ou menstruelles. »

## Sexualité des personnes âgées encore un tabou

Francine Fiore

La sexualité des personnes âgées demeure encore taboue. Autant les patients que les médecins hésitent à en parler ouvertement. Pourtant, de nombreux aînés ont une vie sexuelle active, mais ont différents problèmes sur ce plan, révèle une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>.

La D<sup>re</sup> **Stacy Tessler Lindau**, de l'Université de Chicago, et ses collaborateurs ont effectué une recherche sur 3005 Américains de 57 à 85 ans. Les chercheurs ont découvert que bien des aînés étaient actifs sexuellement. La fréquence de leurs relations sexuelles pouvait même être similaire à celle des adultes plus jeunes. Ainsi, même chez les gens de 75 à 85 ans, 54 % de ceux qui avaient une vie sexuelle active affirmaient qu'ils faisaient l'amour au moins deux ou trois fois par mois.

Néanmoins, le pourcentage des personnes sexuellement actives diminue avec l'âge. Ainsi, 73 % des personnes de 57 à 64 ans avaient des relations

sexuelles, 53 % parmi les 65 à 74 ans et 26 % chez les 75 à 85 ans.

### Parler de sexualité

Les personnes âgées hésitent souvent à discuter de leur vie sexuelle avec un praticien. Selon l'étude de la D<sup>re</sup> Tessler Lindau, seulement 38 % des hommes et 22 % des femmes ont parlé de leur sexualité à leur médecin après avoir atteint l'âge de 50 ans. Environ la moitié des répondants sexuellement actifs ont par ailleurs mentionné aux chercheurs qu'ils étaient aux prises avec un problème sexuel qui les ennuyait et qu'ils souhaiteraient résoudre.

Chez les femmes, les troubles les plus fréquents étaient une baisse du désir (43 %), un manque de lubrification vaginale (39 %) et de la difficulté à atteindre l'orgasme (34 %). Chez les hommes, les troubles érectiles (37 %) constituent le principal problème. Parmi les répondants, 14 % utilisent un médicament ou un supplément alimentaire afin d'améliorer leur fonction sexuelle. Pour bien des hommes, les difficultés venaient également d'un orgasme trop rapide (28 %), d'une perte d'intérêt pour la sexualité (28 %), de l'anxiété de performance (27 %) ou de l'incapacité à atteindre l'orgasme (20 %).

« Ces résultats correspondent à nos observations, constate le D<sup>r</sup> **Pierre Alarie**, coordonnateur de l'unité de dysfonction sexuelle du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et président de l'Association de médecine sexuelle du Québec. En 1992, nous avons fait une petite enquête auprès de 500 médecins<sup>2</sup>. Chez la femme, le problème le plus fréquent était la dyspareunie et ensuite la baisse du désir sexuel. Par ailleurs, en l'absence d'un partenaire stable, les femmes ont tendance à arrêter toute activité sexuelle, même si elles sont intéressées et ressentent du désir. Chez les hommes, les principaux problèmes sont les troubles érectiles. Le dysfonctionnement



D<sup>r</sup> Pierre Alarie

Photo : Jacques Fiore

1. Tessler Lindau S, Schumm P, Laumann EO et coll. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007 ; 357 ; 762-74.

2. Alarie P, Champagne M-A, Villeneuve R. Sexualité et dysfonctions sexuelles. Dans : M. Arcand et R. Hébert. *Précis pratique de gériatrie*. 3<sup>e</sup> éd. Edisem/Maloine ; 2007. pp. 911-34.

complet passe de 5 % à 40 ans à 15 % à 70 ans. »

L'étude américaine montre également que la sexualité est associée de près à l'état de santé chez les personnes âgées, surtout chez les hommes. « Les personnes en bonne santé physique sont plus susceptibles d'être engagées dans une relation maritale ou un autre type de relation intime et, par conséquent, à avoir des rapports sexuels », soutiennent les auteurs. Leur étude, comme d'autres recherches, indique par ailleurs qu'un problème comme le diabète est associé à des problèmes d'érection.

L'évaluation de l'état physique du patient demeure fondamentale, confirme le D<sup>r</sup> Alarie. « Le médecin doit passer en revue les antécédents médicaux et chirurgicaux et chercher les anomalies endocriniennes, vasculaires et neurologiques. Il doit également se pencher sur les habitudes de vie et les médicaments utilisés », précise le médecin de famille spécialisé en médecine sexuelle.

En outre, chez l'homme âgé, le médecin doit être à l'affût des signes d'hyperprolactinémie (céphalées, troubles des champs visuels, gynécomastie-galactorrhée), d'hypogonadisme (baisse de la pousse de la barbe, atrophie testiculaire, etc.) ou encore de maladies neurologiques ou vasculaires. Il devra faire également un examen des organes génitaux externes et des organes adjacents (prostate, etc.).

L'évaluation comprend aussi les antécédents sexuels, la discussion des problèmes et l'évaluation psychologique. « Le bilan sexuel de chaque partenaire du couple constitue l'élément clé du diagnostic, indique le D<sup>r</sup> Alarie. Le médecin doit examiner chaque phase de la réponse sexuelle, soit le désir, l'excitation, l'orgasme, mais aussi des facteurs comme la douleur pendant les relations sexuelles. »

### **L'évaluation des problèmes sexuels**

Bien que les deux sexes puissent éprouver des difficultés sexuelles, les femmes ont moins tendance à parler de leurs problèmes à un médecin. « Les raisons de ce manque de communication sont dues au fait que les patients et les médecins n'osent pas entamer la discussion à ce sujet, souvent à cause de la différence de sexe et d'âge entre le médecin et le patient, estiment les chercheurs. De plus, l'attitude négative de la société concernant la

sexualité des gens âgés, particulièrement des femmes, ne favorise pas le dialogue. »

Lorsque les patients abordent d'eux-mêmes la question de la sexualité, le médecin doit les encourager à se confier, estime le D<sup>r</sup> Alarie. « S'ils n'en parlent pas, c'est au médecin de poser des questions. » La diminution de l'activité sexuelle peut entraîner des conséquences importantes sur la vie des gens, précise le clinicien. « Cette situation peut conduire certaines personnes vers l'alcoolisme et la dépression. Il est possible de rétablir la fonction sexuelle afin que les gens demeurent actifs sur ce plan et bien dans leur peau. »

On dit souvent que la sexualité se passe dans la tête. Selon **M. Richard Villeneuve**, psychologue et sexologue, ce vieux dicton est vrai. La dépression et l'anxiété peuvent diminuer le désir sexuel. « Parmi les patients que je rencontre, il s'agit d'un problème de couple dans la majorité des cas. Le médecin peut donc diriger les patients vers un sexologue dont l'approche est complémentaire. Il y a des femmes âgées de plus de 80 ans qui connaissent l'orgasme pour la première fois. »

Les médecins peuvent également orienter leurs patients vers différents professionnels spécialisés en médecine sexuelle en communiquant avec le Réseau de médecine sexuelle du Québec (RMSQ). Fondé en 2003 par le D<sup>r</sup> Alarie et M. Villeneuve, ce réseau regroupe des médecins et des sexologues-cliniciens. L'un de ses objectifs est d'offrir un service complet au public. Le Réseau est formé de cellules soignantes dirigées par un médecin de famille ayant reçu une formation d'une année en médecine sexuelle. Ce dernier est entouré d'un groupe de professionnels composé d'urologues, de gynécologues, de cardiologues, de psychiatres, de psychologues, de sexologues et d'endocrinologues. Actuellement, il y a treize cellules dans huit régions et le Réseau prévoit en créer de nouvelles.

Renseignements : [www.rmsq.com](http://www.rmsq.com) ou 514 871-0293. 📞

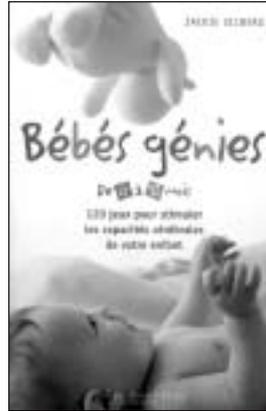


M. Richard Villeneuve

Photo : Jacques Fiore

## Bébés génies

De Jackie Silberg



Bébé est un petit génie en devenir. Il suffit de le stimuler. Ainsi, jouer avec bébé, lui parler, lui faire entendre de la musique et lui chanter des chansons sont des activités normales et banales. Pourtant, elles contribuent énormément à son développement cérébral.

Conçu spécialement pour les parents et leurs tout-petits, cet ouvrage propose un éventail de jeux et de comptines qui activent les différentes zones des petits cerveaux.

Destinés aux enfants de 0 à 1 an, regroupés par tranches de trois mois, ces jeux agissent aux phases les plus propices du développement. Ils permettent de transmettre de nouvelles connaissances, dont les rudiments du langage, et de développer la motricité.

Apprendre en s'amusant, voilà le secret pour bien démarrer dans l'existence. Par exemple, puisque bébé reconnaît la voix de ses parents, on le masse doucement en souriant et en répétant son nom jusqu'à ce qu'il nous regarde. Un autre exercice consiste à le bercer en lui disant « je t'aime » et en lui posant un baiser sur le nez, la tête, les pieds, etc. Les chercheurs estiment que ce jeu favorise la formation de liens affectifs entre les parents et l'enfant. Plus un bébé est cajolé, tenu et bercé, plus il deviendra autonome et sûr de lui. Par ailleurs, jouer avec une marionnette, en la faisant apparaître un peu partout et en la faisant parler assure la formation de milliers de connexions cérébrales.

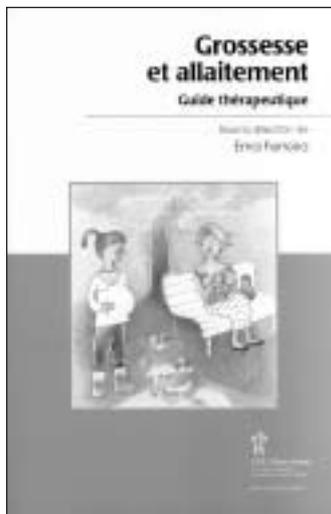
Selon l'auteure, **Jackie Silberg**, spécialiste du développement de l'enfant, le cerveau d'un jeune enfant se développe à un rythme phénoménal. Ses possibilités d'apprentissage sont exceptionnelles et ne se renouvelleront plus au cours de sa vie. C'est donc le moment d'en profiter. En outre, chaque jeu est accompagné de renseignements portant sur les bienfaits qu'il apporte à l'enfant. 📖

Guy Saint-Jean Éditeur, Laval (Québec) 2007, 133 pages, 12,95 \$.

# Grossesse et allaitement

## Guide thérapeutique

*Sous la direction d'Éma Ferreira*



Comment aider la femme enceinte en lui prescrivant un médicament, sans pour autant nuire au développement de l'enfant qu'elle porte ? Voici un guide thérapeutique dont l'objectif est d'assister les professionnels de la santé dans la prise en charge des femmes qui planifient une grossesse, sont enceintes ou allaitent. L'ouvrage permet d'évaluer les risques et de choisir le traitement le plus approprié à chacune d'entre elles.

Conçu à la suite d'un projet du centre Info-médicaments en allaitement et grossesse (IMAGe) de la Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, cet ouvrage

a été rédigé par des médecins et des pharmaciens sous la direction de **M<sup>me</sup> Éma Ferreira**, pharmacienne au CHU Sainte-Justine et professeure à l'Université de Montréal.

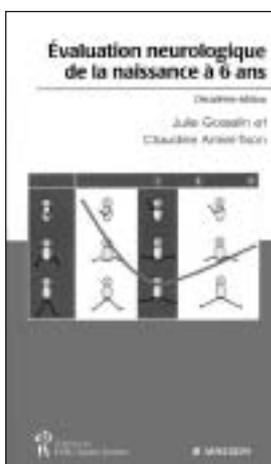
Le lecteur trouvera dans ce guide tout ce qu'il doit savoir concernant les médicaments à utiliser et à éviter ainsi que les effets indésirables les plus fréquemment observés chez l'embryon et l'enfant. Les auteurs rappellent les notions de base sur l'utilisation des médicaments durant la grossesse et l'allaitement, les causes des anomalies congénitales, les principes de tératogenèse et les effets associés aux changements physiologiques sur la pharmacocinétique. Il est également question de nutrition et de suppléments vitaminiques, de tabagisme, de consommation d'alcool et de drogue ainsi que des aspects juridiques des médicaments chez la femme enceinte.

Les modalités de traitement et les données d'innocuité des médicaments sont présentées selon différentes affections dans plusieurs domaines, dont l'endocrinologie, l'infectiologie, la gastro-entérologie, la psychiatrie, et la dermatologie. De nombreuses références scientifiques complètent chaque chapitre. 

Les Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal 2007, 704 pages, 80,00 \$.

## **Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans**

*Julie Gosselin et Claudine Amiel-Tison*



La neurologie clinique est complexe chez le tout jeune enfant. Et pour cause ! Les problèmes touchent un cerveau qui se développe rapidement. En outre, au cours des deux premières années de la vie, l'expression neurologique des affections varie, particulièrement sur le plan neuromoteur.

Cet ouvrage porte donc sur l'évaluation neurologique du nouveau-né et du tout-petit et fait le point sur l'importance des examens neurologiques et crâniens répétés. Il apporte au clinicien des repères précis afin de déceler les problèmes pouvant apparaître à chaque étape du développement de l'enfant. Cette deuxième édition s'est enrichie et permet de repérer les anomalies neuromotrices allant de la paralysie cérébrale incapacitante aux anomalies neurologiques même légères pouvant être liées à certains troubles de l'apprentissage.

Les auteures, **Julie Gosselin**, professeure à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, et **Claudine Amiel-Tison**, professeure de pédiatrie à la Faculté Cochin-Port-Royal et ancienne directrice de recherche de l'INSERM à l'Université Paris V, présentent un instrument d'évaluation simple, précis et évolutif. Cet outil peut être utilisé dès les premiers mois de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école, puisqu'il s'adapte à l'âge du patient.

Dans un premier temps, les auteures rappellent quelques notions de base sur la motricité, puis expliquent leur méthode et l'utilisation de la grille d'évaluation qu'elles ont conçue. Ainsi, il est question du périmètre céphalique et de la croissance somatique, de l'examen crânien, de l'examen neurosensoriel, du tonus musculaire passif, de l'activité motrice, des réflexes primaires, etc. Un chapitre porte sur l'analyse des données recueillies au cours de chaque évaluation. Cet instrument de dépistage, qui permet l'élaboration de stratégies d'intervention, peut être des plus précieux en périnatalogie. ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2007, 160 pages, 39,95 \$.