

LA SANTÉ à l'aube de l'an 2000

Le nouveau défi: consolider les acquis



Photo La Tribune, archives



FRANÇOIS
GOUGEON

Maintenant que le gros de la réorganisation est complété dans le réseau de la santé et des services sociaux, le défi des prochaines années sera de consolider le tout pour assurer la meilleure continuité et complémentarité dans les services à la population.

Les dernières années, sous le vocable de virage ambulatoire - une appellation qui a eu mauvaise presse à cause de compressions budgétaires sans précédent introduites en même temps - une nouvelle organisation s'est mise en place.

Ainsi, les services de base de chaque MRC (CLSC, hôpital, centre d'hébergement) ont été regroupés sous une seule administration, sauf celle de Sherbrooke. Cependant, les chambardements ont été majeurs dans la capitale estrienne, où se concentrent les établissements régionaux avec chacun leur mandat bien spécifique:

le CUSE pour les soins de courte durée, spécialisés et tertiaires, l'Institut de gériatrie pour les 65 ans et plus, le Centre de réadaptation de l'Estrie (CRE) pour la réadaptation et ainsi de suite.

Si bien que ces fusions et regroupements d'établissements publics en Estrie ont permis de passer de 40 à 15 administrations différentes; ce qui simplifie la gestion, évite les compétitions entre établissements, réduit les coûts et facilite les discussions entre intervenants.

«Les structures ont été réduites et adaptées de façon à obtenir une meilleure complémentarité dans les soins et services à la population... Le défi c'est maintenant de s'assurer que l'arrimage se fasse réellement entre les établissements au sein de la région», explique le directeur général de la Régie régionale de l'Estrie, Jean-Pierre Duplantie.

Les exemples en ce sens ne manquent pas: ça peut aussi bien être dans le cas d'un jeune en difficulté que le travailleur social du CLSC de son coin réfère au Centre jeunesse de l'Estrie sans avoir à tout reprendre le processus d'évaluation ou encore une personne âgée qui a dû être hospitalisée au CUSE et qu'on puisse



J.-Pierre Duplantie
moment concerné.

Et M. Duplantie n'hésite pas à affirmer que la réforme, à travers bien des difficultés d'implantation, a amélioré le sort des Estriens. «C'est ici qu'on a eu le moins de cafouillis... Aujourd'hui, l'Estrie est la région après Montréal et Québec qui est la plus autonome en terme de capacité de réponse aux besoins de services des gens», fait-il valoir.

«C'est sûr que l'accent à mettre dans l'avenir c'est s'assurer du meilleur continuum de soins pour les patients et ce, sans distinction qu'on habite un coin ou l'autre de l'Estrie, reconnaît également le doyen de la faculté de médecine de Sherbrooke, Michel Baron. Quand on aura accompli ça, on parlera d'un véritable fonctionne-

ment en réseau. Et je suis confiant qu'on va y arriver parce qu'en Estrie, c'est plus facile que dans d'autres régions de faire du réseautage.»

Le directeur général du CLSC de Sherbrooke, Denis Lalumière, retient lui aussi qu'après l'adaptation des structures, la prochaine étape c'est d'organiser le système en réseau. «On devra parler davantage en terme de continuité et pas juste d'accessibilité des soins. On a encore du chemin à faire en ce sens-là et pas juste de la part du CLSC, à qui on a beaucoup demandé pour être une alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement, mais de tout le monde dans le réseau», fait-il valoir.

Mais une chose est certaine, cet effort additionnel nécessitera encore la collaboration des ressources humaines à l'intérieur des établissements. «Ces dernières années, les ressources humaines ont été sollicitées comme jamais pour assurer le succès de la réforme... Malheureusement, ces gens-là n'ont guère été valorisés. Et pourtant, sans leur appui, le plus beau plan d'organisation sur papier ne pourra jamais fonctionner», exprime Jean-Pierre Duplantie.

Un remue-méninges au CUSE

Une profonde réflexion impliquant de nombreux acteurs sera lancée ces jours-ci par le Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE), en vue de définir son avenir pour les prochaines années, possiblement la première décennie du prochain millénaire.

«On va débuter prochainement un processus de planification stratégique, pour définir exactement vers quoi on évolue dans les 5-10 prochaines années... On veut clairement identifier la contribution distinctive du CUSE pour l'avenir», a soumis le directeur général de l'établissement, Jean-Pierre Chicoine.

Par cet exercice de remue-méninges ou de «réforme du curriculum», on veut en venir à identifier les axes où le CUSE mettra particulièrement les efforts dans l'avenir. «En quoi, dans quels domaines, selon quelles axes, le CUSE doit-il être unique? On est le plus petit CHU (centre hospitalier universitaire) avec la plus petite faculté de Médecine au Québec. Si on est juste la plus petite réplique des autres et qu'on ne se définit pas des créneaux bien particuliers où mettre nos efforts, alors on est menacé. Et puis on ne peut pas prétendre se lancer tout azimut et être excellent dans tout», dit encore Jean-Pierre Chicoine.

Et selon lui, le CUSE a une longueur d'avance sur les autres pour entreprendre une telle réflexion dont les résultats en terme de pistes d'action seront connus en avril 2000. «On a réalisé plus rapidement qu'ailleurs et avec un succès appréciable la fusion et la réorganisation des services sur deux sites, fait valoir M. Chicoine. Cela nous donne des outils pour entreprendre ce processus de planification stratégique, sans oublier qu'à Sherbrooke, il y a toujours eu une tradition d'innovation.»

Tout en précisant que le nombre de lits n'est plus le critère de base pour déterminer l'importance d'un établissement mais plutôt son niveau d'activités, le grand patron du CUSE dit s'attendre à d'autres changements dans l'avenir. Notamment une organisation de soins non plus calquée sur le modèle de services qu'on connaît présentement mais en fonction des groupes de clientèles à desservir. Comme par exemple une organisation pour les personnes âgées et ainsi de suite. «Cela aura l'avantage d'impliquer encore plus les patients», croit en outre M. Chicoine.

«C'est indéniable qu'il faut envisager des changements. L'environnement change rapidement. Et alors qu'il faut avoir des organisations plus souples pour y faire face, on a des règles



J.-Pierre Chicoine

rigides; ça m'apparaît plutôt incompatible.»

Par ailleurs, en rapport avec son rôle régional, le CUSE fera en sorte d'intervenir pour améliorer le sort des populations et des établissements limitrophes, comme à Lac-Mégantic, Asbestos et ailleurs en Estrie où les services sont plus limités.

«Je pense au développement de

la télé-médecine, comme par exemple effectuer une échographie à l'hôpital de Lac-Mégantic et dont le diagnostic est donné sur le champ par le CUSE... Il existe différentes technologies de communication de la sorte qui peuvent faciliter la vie des gens sans avoir à se rendre au CUSE. Et ça va être un incitatif au recrutement des médecins en région: ils vont se sentir appuyer par leurs collègues du CUSE», a aussi exposé Jean-Pierre Chicoine.

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

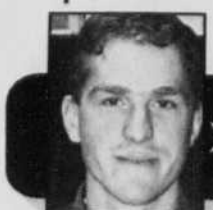
Pavillon Argyll
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5
569-3661

Pavillon D'Youville
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
821-5100

Des ressources au service de l'autonomie des personnes

- ♦ 1100 employés (cinquième plus important employeur en région)
- ♦ 40 médecins de famille et spécialistes
- ♦ Équipe de recherche en gériatrie et gérontologie constituée de plus de 60 personnes
- ♦ 330 bénévoles
- ♦ Budget annuel de l'Institut : 35 millions de dollars
- ♦ Budget annuel du Centre de recherche : plus de 2 millions de dollars

Le laser au service de l'homme



R.-CHARLES QUIRION

L'amélioration des techniques de traitement au laser permet une multitude de vertus. Une des plus reconnues demeure cependant la correction de la vision par chirurgie réfractive.

Le Dr. Jacques Grégoire de la Clinique Vision Grégoire à Sherbrooke admet qu'à l'arrivée du laser comme mode de traitement en 1992, les gens étaient craintifs de tenter l'expérience.

«Ce sont les gens satisfaits qui ont fait la réputation de la chirurgie réfractive au laser. La diminution des prix a également contribué à attirer plus de patients», soutient le Dr. Grégoire.

Si la première génération de lasers n'agissait qu'en surface, l'arrivée du lasik a permis de traiter plus en profondeur.

«Depuis deux ou trois ans, nous pouvons traiter les myopies jusqu'à moins 10. Au niveau de l'hypermétropie, nous allons jusqu'à plus trois ou quatre, tout dépendant de l'âge de la personne. Avec l'amélioration des techniques le lasik a pris une place majeure», poursuit Jacques Grégoire.

Le Dr. Grégoire ne cache pas qu'une telle chirurgie ne réussisse pas à 100 pour cent. Le taux d'une myopie zéro, après la première intervention se situe à environ 80 pour cent. Par contre, avec une deuxième intervention cette proportion atteint 95 pour cent.

«Comme les verres correcteurs, la chirurgie réfractive a également ses inconvénients. La sécheresse oculaire, les halos de lumière et la myopie nocturne peuvent être présents chez certains patients. Par contre, avec le temps, ces inconvénients disparaissent», souligne Jacques Grégoire.

Le Dr. Grégoire procède également à la greffe de cristallin pour ceux qui ne peuvent être traités par le laser. Dans quelques années, les personnes souffrant d'une myopie extrême pourront avoir recours à l'implantation permanente de lentilles.

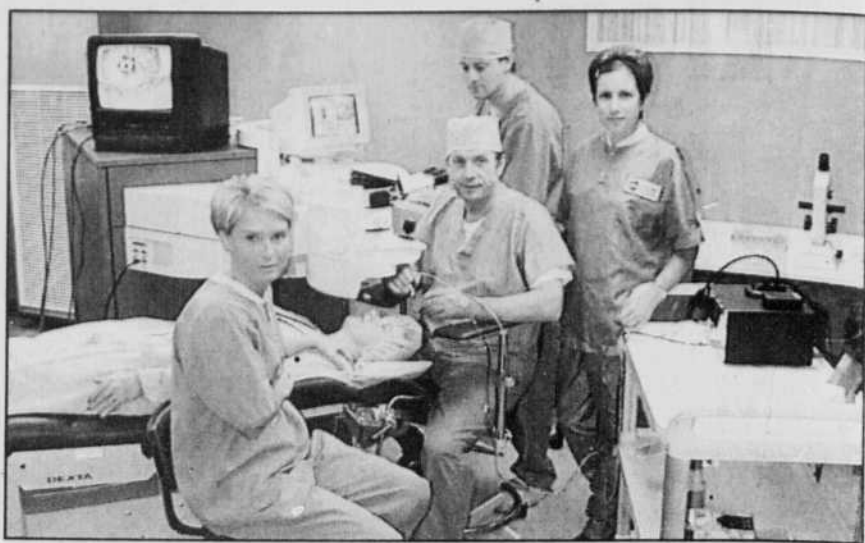
Cependant, la correction de la vision n'est pas le seul bienfait du laser. À la Clinique médico-esthétique du Dr. Élise Bernier à Sherbrooke, les troubles de la peau peuvent être traités avec un laser au CO2 ou avec le laser erbium.

Contrairement à la chirurgie réfractive qui est en pleine expansion, le Dr. Bernier avoue que le laser au niveau des soins de la peau subit les effets de la publicité négative à son endroit.

«Il y a eu un engouement à la sortie du laser en 1996. Par contre, certains cas négatifs

Photo La Tribune, René-Charles Quirion

Le Dr. Jacques Grégoire et toute son équipe de la Clinique Vision Grégoire de Sherbrooke réussissent de véritables petits miracles avec le laser. Les troubles de myopie jusqu'à moins 10 et d'astigmatisme jusqu'à plus 3 peuvent être réglés avec l'avènement des lasers.



«Grâce au laser, les problèmes de la peau peuvent être traités. Les problèmes de pigmentation, les cicatrices, les rides, les sautes de peau, les séquelles de la varicelle ou de l'acné peuvent être enrayés avec de bons soins au laser.

«Avec l'élimination des cellules âgées de

la peau, nous favorisons la reproduction de nouvelles cellules. Nous ne pouvons arrêter le processus du vieillissement de la peau, mais nous pouvons le retarder», estime le Dr. Elise Bernier.

Les techniques de la médecine ne cessent d'évoluer. À l'aube du troisième millénaire, nous ne sommes pas à la fin des progrès de la science. Le laser contribue déjà et continuera à aider la médecine dans divers domaines.

La chiropratique et la physiothérapie

Des techniques maintenant apprivoisées

R.-CHARLES QUIRION

Longtemps craintes par les patients, la chiropratique et la physiothérapie prennent une expansion considérable au cours des dernières années. L'amélioration des techniques et le bouche à oreille faisant leur oeuvre.

Chiropratique, qui vient du grec faire ou pratiquer avec ses mains, se sert des pouvoirs de guérison naturels de l'organisme et n'a recours ni aux médicaments ni à la chirurgie. À l'Ordre des chiropraticiens du Québec, le chiropraticien est défini comme un professionnel de la santé qui considère l'être humain dans sa globalité et qui tient compte de ses pouvoirs naturels de récupération.

Le Dr. Bertrand Veilleux du Centre chiropratique du même nom à Rock Forest, explique que la chiropratique soigne le système nerveux.

«Le système nerveux, c'est le moteur du corps. Si l'énergie ne passe pas bien, il ne

peut pas fonctionner parfaitement», soutient Dr. Veilleux.

Il déplore le fait que les gens soient mal informés sur les bienfaits de la chiropratique.

«Les gens s'en servent comme pansement. Une fois que la douleur est disparue, ils arrêtent leurs traitements. Il faut faire de la chiropratique notre pain quotidien et vérifier régulièrement l'état de notre système nerveux. La douleur est le dernier symptôme à apparaître et le premier à disparaître. Cependant, il faut aller plus en profondeur pour régler définitivement le problème», assure le Dr. Bertrand Veilleux.

Par des manipulations manuelles, à l'aide de leviers et de blocs ou avec un activateur, le chiropraticien peut traiter, les entorses lombaires, les déplacements du nerf sciatique, l'asthme bronchite, les migraines, l'insomnie causée par le stress, les douleurs intercostales, les torticolis, les otites, l'arthrite ou les bursites.

«Le plus important, c'est de muscler la colonne vertébrale. Elle doit être en santé pour que le reste fonctionne bien», poursuit

Dr. Bertrand Veilleux.

La présidente de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, Mariette Lantier, explique que la physiothérapie, pour sa part, traite toutes les problématiques qui affectent la fonction physique des individus.

«Nos cas relèvent parfois de lourds traumatismes causés par les accidents d'autos, les chutes dans le fond des piscines ou les chutes en ski. Cependant, ce n'est qu'un exemple de ce que les physiothérapeutes peuvent accomplir», indique Mme Lantier.

Selon la présidente de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, cette discipline soigne des cas forts différents par rapport à la chiropratique.

«Dans leur charte, les chiropraticiens tentent de corriger les douleurs, tandis que nous tentons d'améliorer la fonction physique des individus. Les techniques utilisées par les physiothérapeutes sont assez complexes», mentionne Mme Lantier.

Les physiothérapeutes souffrent du fait que certains individus s'improvisent physiothérapeutes, alors que leur champ de compétences n'est pas spécifique à la physiothérapie. L'Ordre des physiothérapeutes du Québec tente de se faire reconnaître une exclusivité de leurs compétences auprès du gouvernement du Québec.

«C'est surtout pour la sécurité du public que nous tentons de recevoir cette exclusivité. La physiothérapie est une discipline qui demande une formation universitaire dans le champ de la médecine de recherche. Le public ne doit pas être pris en otage par des gens qui n'ont pas la moitié de la formation requise pour exercer cette profession», souligne Mariette Lantier.

La recherche est une souche qui occupe une place importante dans cette discipline. La tendance de la profession tend à donner encore plus de place à la recherche de nouvelles techniques de physiothérapie.

Quelque 3200 physiothérapeutes sont enregistrés au Québec, dont 60 pour cent qui pratiquent en clinique privée. Selon la présidente de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, il manque d'effectifs dans cette profession. Les programmes de physiothérapie aux universités de Montréal, McGill et Laval ont admis plus d'étudiants dans leurs programmes au cours des dernières années.

Pour les soins en clinique privée, il est primordial pour le patient de savoir à qui il a affaire. S'informer sur la profession et ses pratiques demeure la meilleure façon de trouver réponse à son problème.

Imacom-Duquerra, Christian Landry

Le chiroprathe Bertrand Veilleux, de Rock Forest, tente de régler les problèmes des gens en partant de la base, c'est-à-dire du système nerveux. Il considère que la population a besoin d'informations pour que la chiropratique prenne de plus en plus d'importance et dépasse la phase pansement.



Au-delà des apparences

il y a l'équilibre et l'harmonie

Vous méritez le seul centre de chirurgie esthétique en région tenu par un spécialiste.

Épilation

Laser traitement des rides, de la couperose, des varicosités et des taches brunes

Endoscopie

rajeunissement du visage et des paupières, chirurgie esthétique des seins et du ventre

Liposculpture

par ultrasons
Chirurgie esthétique du nez, des oreilles et du menton

Clinique privée, bloc opératoire complet et choix d'anesthésie locale ou générale



Centre de chirurgie esthétique Sherbrooke

Dr J.L. BERGERON, chirurgien esthétique
750, 13^e Avenue Nord, bureau 100, Sherbrooke 822-0442

Clinique de physiothérapie

Physiothérapeute, membre de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec
Pierre Desruisseaux, pht

Si vous souffrez de douleurs dues à un problème musculosquelettique, vous pouvez bénéficier de services de physiothérapie.

- Tendinite
- Bursite
- Capsulite
- Maux de cou et de dos
- Séquelles de fracture ou d'entorse
- Spasme, contusion, claquage musculaire
- Arthrite, arthrose, etc.

Qui défraie le coût des traitements?

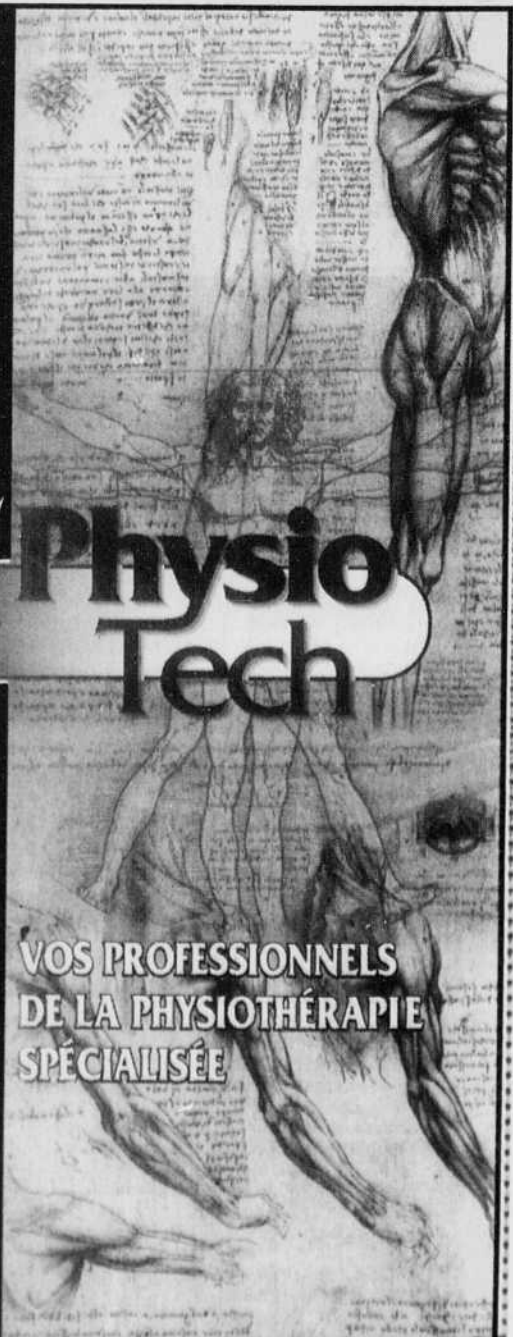
- 1) Le client (les honoraires sont remboursés par la majorité des compagnies d'assurance)
- 2) La CSST* (accident de travail)
- 3) La SAAQ* (accident de la route)

* Nécessite une ordonnance médicale.

AUCUNE LISTE D'ATTENTE

(819)845-7720

91, rue St-Georges, Windsor
(sous-sol de la clinique médicale de Windsor)



Physio Tech

VOS PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE SPÉCIALISÉE

Faculté de Médecine de Sherbrooke

Élément-clé du réseau de la santé

FRANÇOIS
GOUGEON

Mal connue ou mal perçue de la population en général, la faculté de Médecine de Sherbrooke n'en demeure pas moins un élément-clé du réseau de la santé en Estrie.

«Les gens ne le voient peut-être pas mais ce qui nous a grandement aidé dans la réorganisation du réseau socio-sanitaire, c'est la présence de la faculté de Médecine de Sherbrooke. Le statut universitaire à des établissements, comme le CUSE, l'Institut de gérontologie et le CLSC de Sherbrooke, a un impact positif direct sur la gamme et la qualité

de soins et services offerts à la population», commente Jean-Pierre Duplantie, de la Régie régionale de l'Estrie.

Le doyen de ce joyau de l'Université de Sherbrooke, le Dr Michel Baron, ne fait pas qu'acquiescer, il en rajoute. «Sans la faculté de Médecine, la population de l'Estrie n'aurait pas l'accessibilité des soins qu'elle a actuellement... Comme on attire beaucoup d'étudiants de l'extérieur et que plusieurs prennent racine ici après leurs études, on est une région qui n'a pas de pénurie d'omnipraticiens», fait valoir le doyen, signalant que si leur répartition pose parfois problème sur le territoire (la MRC d'Asbestos par exemple connaît une pénurie), les établissements, avec le CUSE en tête, peuvent prendre les dispositions pour corriger le problème.

Première des 16 facultés de médecine au Canada à avoir mis l'accent sur un renouveau pédagogique, le doyen Baron estime que la prochaine décennie devra être faite d'efforts encore plus marqués en ce sens.

«Notre travail c'est de former des médecins, de bons médecins, comme dans le domaine de la médecine de famille, des internistes. Pas des gens avec des spécialités pointues mais des médecins spécialisés capables de polyvalence. On ne relâchera pas les efforts en ce sens-là... On doit s'assurer que les médecins qu'on forme puissent répondre aux besoins des communautés sans cesse en mouvement et en mutation. Et on doit pas trop mal y réussir car, tout proportion gardée, on est la faculté qui forme le plus de médecins qui vont travailler et qui restent en région, plutôt que de se concentrer dans des grands centres urbains comme Montréal», explique Michel Baron, signalant en outre l'importance sans cesse grandissante dans la formation des infirmières bachelères.

D'autre part, tout le complexe biomédical qui se met en place depuis l'installation du Centre de recherche clinique et de l'Institut de pharmacologie est également redevable à la faculté de Médecine. «Il y a certainement eu des visionnaires du côté de l'Université de Sherbrooke. Aujourd'hui, avec des investissements de près de 50 millions \$ dans ces deux centres, on a tout ce qu'il faut pour arriver à des résultats prometteurs», fait valoir le maire Francis Gagnon dont la Ville de Fleurimont est l'un des partenaires dans le complexe biomédical.

Mais il rappelle qu'il faut être patient car c'est de l'investissement dans du long terme avant d'en tirer les fruits. «On connaît un niveau de recherche sans précédent, avec des contrats pour environ 30 millions \$ actuellement. C'est plein de chercheurs sur le campus et c'est sûr qu'un jour, ça va débloquer concrètement», soutient encore le maire Gagnon dont l'optimisme n'a d'égal que la patience qu'il cultive dans les dossiers du complexe biomédical.

Chose certaine, un des premiers projet à avoir vu le jour dans l'Institut de pharmacologie, celui du professeur-chercheur Pierre Deslongchamps, connu sous le nom de Néokimia, a le vent dans les voiles et prépare déjà le terrain en vue d'un deuxième plan d'affaires pour du refinancement. Cette fois, on parle d'un peu plus de 6 millions \$, ce qui avait été requis pour le premier plan.

C'est la preuve pour M. Deslongchamps que ça va très bien pour la compagnie dont la mission est de créer des banques de molécules pour des applications dans de nouveaux médicaments appelés à combattre différentes maladies: cancer, maladies infectieuses, etc. «Grâce à d'excellents chercheurs, on a pu développer un potentiel véritable, pas juste sur papier et les entreprises commencent à s'intéresser sérieusement à notre travail», a fait valoir M. Deslongchamps.



Dr. Michel Baron



Pierre Deslongchamps



Francis Gagnon



Tout le complexe biomédical qui se met en place depuis l'installation du Centre de recherche clinique et de l'Institut de pharmacologie est également redevable à la faculté de Médecine.



Fondé en 1980, le Centre de recherche clinique du Centre universitaire de santé de l'Estrie a pour mission de développer et de supporter la recherche en santé, qu'elle soit à caractère fondamental, clinique, épidémiologique, évaluatif ou opérationnel. Partenaire avec la Faculté de médecine et doté d'une équipe de chercheurs hautement qualifiés et de professionnels dévoués et compétents, le Centre de recherche vise une place de choix sur les marchés internationaux. Voici quelques thèmes de recherche privilégiés par les équipes de recherche du Centre.

Gerisoft 2000

Un projet novateur pour l'évaluation de la perte d'autonomie

La qualité de vie des personnes âgées est une préoccupation de plus en plus présente pour les chercheurs en médecine gériatrique. En effet, des statistiques démontrent que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est important (soit 15 % à 20 % des 712 personnes âgées, hospitalisées au CUSE en 1996-1997). Non dépistés et ignorés, ces patients perdront encore plus de capacité fonctionnelle. Tandis que bien évalués et traités adéquatement, ils auront des durées de séjour hospitalier plus courtes, retourneront à domicile et consommeront moins de médicaments. L'approche d'équipe est essentielle pour dépister et évaluer la perte d'autonomie (c'est une maladie qui malheureusement ne s'opère pas et ne se guérit pas avec une prescription). Presque 50 % des personnes en perte d'autonomie sont référées au CLSC. D'où la nécessité de transférer les données intégrales des évaluations à ce partenaire. L'approche réseau est importante pour réduire les handicaps et les incapacités de la perte d'autonomie.

Le virage ambulatoire crée un besoin impérieux de supporter la recherche sur les maladies gériatriques comme les états confusionnels et la perte d'autonomie et ainsi de valider des modes d'intervention qui ne bousculent pas la personne âgée hospitalisée. Il est impératif de mettre en place des moyens plus efficaces pour évaluer les différents aspects de la perte d'autonomie et pour répondre à des questions fondamentales de la distribution de soins à la personne âgée. Dans l'atteinte de ces objectifs, le docteur Marcel Germain, de la médecine générale gériatrique du Centre de recherche clinique du CUSE, a créé Gerisoft 2000. Ce logiciel précieux permet la saisie, la gestion et l'analyse des données par les professionnels de l'équipe multidisciplinaire de même que le transfert du dossier informatisé des patients en perte d'autonomie aux autres établissements du réseau. Gerisoft 2000 utilise des outils valides et fiables (au-delà de 30 outils et grilles) pour compléter l'évaluation multidisciplinaire dont le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle créé par le docteur Réjean Hébert de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Déjà on peut constater les premières retombées de l'utilisation de Gerisoft 2000. Il a permis de mesurer l'efficacité d'un nouveau mode de traitement des personnes hospitalisées avec des pertes d'autonomie, un concept créé et expérimenté au CUSE. L'équipe de consultation gériatrique thérapeutique a fait l'objet de plusieurs publications et contribue largement à la prise en charge rapide et efficace des personnes âgées dans notre centre hospitalier. L'expérimentation du prototype se poursuit présentement à la Cité de la Santé de Laval. Gerisoft inc. a reçu l'acceptation officielle du ministère de l'Industrie et du Commerce du Québec et se joindra au nouveau Centre de développement des technologies de l'information de Sherbrooke (CDTI). Ceci devrait permettre à la jeune compagnie de créer des liens privilégiés avec des centres de recherche en gériatrie.



DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ DE L'ESTRIE

Site Fleurimont, 3001, 12e Avenue Nord, pièce 2873

La thérapie génique

La médecine a connu de nombreux succès au cours des dernières décennies avec l'avènement des vaccins, des antibiotiques et de la biotechnologie. Malgré des progrès importants dans le traitement et le diagnostic, certaines maladies comme le cancer, le SIDA, l'hémophilie et la fibrose kystique demeurent toujours incurables.

Le récent développement d'une nouvelle approche appelée thérapie génique donne certains espoirs pour les patients atteints de maladies jusqu'ici incurables. La thérapie génique consiste à introduire des gènes correcteurs/thérapeutiques dans les cellules d'un individu malade. Cette nouvelle approche, au potentiel révolutionnaire, vise à traiter des maladies génétiques héréditaires comme la fibrose kystique et l'hémophilie mais aussi des maladies plus répandues dans notre société telles que le cancer et le SIDA.

Les docteurs Claudine Rancourt et Alain Piché du groupe d'oncologie du Centre de recherche clinique du CUSE et membres du Département de microbiologie et d'infectiologie, tous deux spécialistes en thérapie génique, travaillent à mettre au point des stratégies de thérapie génique pour le traitement du cancer ovarien, du SIDA, et des cancers associés au SIDA. Ils ont développé des approches pour le cancer ovarien dans lesquelles les cellules tumorales sont modifiées à l'aide de gènes capables d'augmenter leur sensibilité aux agents de chimiothérapie augmentant ainsi l'efficacité du traitement. Une autre approche utilisée est celle où l'on prélève des cellules normales de la cavité abdominale pour les modifier génétiquement en laboratoire, avant de les réimplanter dans l'abdomen aux endroits où se trouvent les tumeurs ovariennes, afin de leur faire sécréter des molécules anti-tumorales qui vont détruire les tumeurs. Des approches similaires sont utilisées dans le contexte du SIDA afin de rendre les lymphocytes T, les cellules attaquées par le virus, résistantes au VIH et limiter ainsi l'infection et la propagation de la maladie.

Claudine Rancourt et Alain Piché
Département de microbiologie et d'infectiologie
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke
Téléphone (819) 564-5321

Centre d'Imagerie Métabolique et Fonctionnelle (CIMF)

Le Centre de recherche clinique du CUSE est fier d'abriter depuis 1998 un Centre de Tomographie d'Émission par Positrons (TEP) au sein du Centre d'Imagerie Métabolique et Fonctionnelle.

La TEP est une modalité d'imagerie qui utilise des quantités infinitésimales de traceurs radioactifs, le plus souvent liés à une molécule dont le rôle est spécifique à une fonction ou un organe, pour visualiser et suivre son cheminement en fonction du temps à l'intérieur de l'organisme humain ou animal. La TEP fait appel à des radio-isotopes de courte demi-vie qui se désintègrent par émission de positron, une particule d'antimatière qui s'annihile aussitôt avec un électron du milieu pour donner des photons de haute énergie que l'on peut détecter à l'extérieur de l'organisme à l'aide d'un scanner TEP. Grâce à ce mode de détection à distance, la TEP se révèle un outil unique pour étudier la physiologie et le métabolisme des organes internes de façon non-traumatisante. Jusqu'à maintenant ce sont la neurologie, la psychiatrie, la cardiologie et l'oncologie qui en ont le plus bénéficié. La TEP permet, entre autres, de mesurer l'activité cérébrale, d'évaluer la fonction cardiaque et de détecter les tumeurs malignes au niveau moléculaire. Elle permet aussi de vérifier de façon beaucoup plus précoce l'efficacité d'un traitement

et d'en assurer le suivi à un coût réduit. Sur le plan de la recherche médicale, la TEP permet l'évaluation de nouveaux médicaments potentiels et de nouvelles approches thérapeutiques bien avant de débiter les essais cliniques.

La réalisation des études TEP nécessite une instrumentation des plus sophistiquées pour produire des radio-isotopes émetteurs de positrons, pour marquer les biomolécules avec ces radio-isotopes et pour acquérir des images 3D de la distribution du radio-traceur en fonction du temps. Le CIMF possède un cyclotron médical de dernière génération, un laboratoire de radiochimie équipé d'unités de synthèse automatisée et deux scanners TEP. Le premier possède des capacités d'imagerie 3D pour les études pancorporelles chez l'humain et est utilisé pour la recherche clinique et pour des investigations cliniques. Le second, de très haute résolution, est destiné exclusivement aux applications de recherche sur modèle animal.

L'exploitation de la TEP fait appel à un personnel hautement qualifié pour la préparation et l'administration des substances radioactives et pour l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des images fonctionnelles. Le CIMF regroupe des médecins nucléistes du Service de médecine nucléaire du CUSE et des équipes de recherche en radiochimie et en imagerie qui comprennent des physiciens, des chimistes, des biochimistes et des biologistes.

Personne à contacter

Johan E. Van Lier, Ph.D., Professeur et directeur
Département de médecine nucléaire et de radiobiologie
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke
Téléphone (819) 346-1110 poste 14603
Télécopieur (819) 564-5442
jvanlier@courrier.usherb.ca

Télématique biomédicale

Le Laboratoire de Télématique Biomédicale (LTB) du Réseau en Santé Respiratoire du FRSO est en pleine expansion. Dans le cadre de sa mission scientifique, technologique et pédagogique, les membres du réseau en santé respiratoire ont privilégié les axes de recherche suivants: apnée chez l'adulte et chez l'enfant, l'asthme, infection du poumon, maladies pulmonaires obstructives chroniques, les soins critiques respiratoires. De plus, le Laboratoire est ouvert au partenariat privé pour supporter la création et le développement d'outils informatiques pour la recherche en pneumologie clinique basée sur l'utilisation des nouvelles technologies. Les objectifs du LTB se regroupent donc en trois volets.

Objectifs logistiques

- Développer des outils de recherche performants tels que des banques de données (Syndrome de mort subite du nourrisson) en mode réseau entre les différents centres de recherche et procurer un support adéquat aux usagers.
- Procéder à l'analyse spécifique des besoins à moyen et long terme des nouveaux projets de réseau.
- Instaurer les procédures nécessaires à la protection des fichiers et au transfert des informations à caractères scientifiques.
- Participer à l'analyse statistique des données collectées en collaboration avec les équipes des chercheurs (essais cliniques, publications).

Objectifs techniques

- Implanter et tester les logiciels dont les chercheurs ont besoin.
- Gérer la banque de données centrale sur un serveur.
- Acquérir, transférer et manipuler les images médicales pour leur utilisation ultérieure en recherche.

Objectifs didactiques

- Organiser des conférences en réseau.
- Proposer des stages sur une base régulière à des étudiants en les impliquant dans des projets de recherche dans l'optique de leur donner une formation complémentaire en télématique biomédicale.
- Présenter annuellement les réalisations à un congrès international et représenter le Réseau en santé respiratoire.

Personnes à contacter

Éric Rousseau, Ph.D., professeur titulaire
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Yvan Fortier, coordonnateur informatique
Réseau en Santé Respiratoire du FRSO

Téléphone (819) 564-5371

rsrqcourrier.usherb.ca
www : http://www.crc-cuse.usherb.ca/rsrq/respir.htm

«Il faut adapter les structures existantes»

□ Pour le Dr Réjean Hébert, c'est la réponse aux besoins d'une population vieillissante



KARINE TREMBLAY

Pour répondre aux besoins d'une population vieillissante sans cesse croissante, le Québec devra diversifier ses lieux d'hébergement et imaginer de nouvelles ressources.

Tel est le constat du Dr Réjean Hébert, directeur du centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

«Traditionnellement, les lieux d'hébergement pour personnes âgées ont été bâtis à l'image d'hôpitaux. Ce sont de grandes infrastructures qui conviennent à une certaine clientèle, mais qui ne répondent pas à tous les besoins. Certaines personnes âgées souffrent de problèmes cognitifs sévères tandis que d'autres ne sont qu'en perte légère d'autonomie. On doit donc adapter les structures existantes tout en développant des ressources intermédiaires d'hébergement», explique le Dr Hébert.

L'implantation d'appartements surveillés, la création de milieux de vie plus petits et une plus grande accessibilité aux services de maintien à domicile compteraient parmi les nouveaux modèles de services à étudier.

«Dans les années 1970, les gens se procuraient un certificat de bonne santé pour entrer au foyer. C'était pour eux un cheminement normal de se retrouver en milieu d'hébergement. Vingt-cinq ans plus tard, la situation a beaucoup changé. Alors qu'ils avaient au départ une vocation de lieux d'hébergement, les foyers sont graduellement devenus des lieux de soins. À l'heure actuelle, pour 100 personnes âgées, quatre places en lieu d'hébergement sont disponibles. S'il faut accroître le nombre de lits disponibles dans les institutions pour suivre l'augmentation du

nombre de personnes âgées, il importe aussi de développer de nouveaux modèles», note le Dr Hébert.

Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent actuellement 13 pour cent de la population, pourcentage qui devrait atteindre 14 pour cent d'ici 2005.

«Le vieillissement de la population préoccupe les chercheurs depuis plusieurs années déjà, mais les recherches concernant l'hébergement se sont accrues au cours des cinq dernières années. Divers scénarios sont imaginés. À l'Institut de gériatrie, par exemple, plutôt que d'ajouter une aile à notre actuel pavillon, on est à réfléchir sur la possibilité de construire un bâtiment plus petit, séparé de notre bâtisse actuelle mais rattaché aux mêmes services», souligne le Dr Hébert.

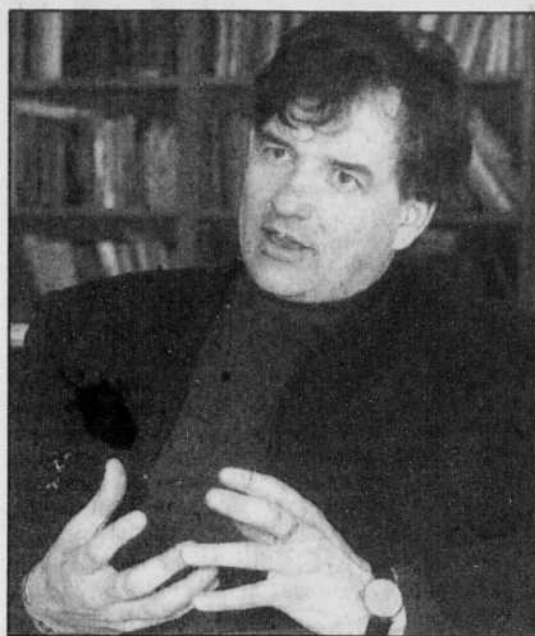
Parallèlement à la restructuration du système d'hébergement public, les ressources dans le domaine privé se développent elles aussi, soulevant de nouveaux enjeux.

«La place du privé devra être l'objet d'un débat public. Il faudra avoir un regard critique sur la privatisation dans le domaine des soins aux personnes âgées pour s'assurer de la qualité des services», mentionne le Dr Hébert.

Parmi les autres défis qui se dessinent, ce dernier souligne le décloisonnement des services aux personnes âgées.

«Maisons d'hébergement, CLSC et hôpitaux travaillent souvent en vase clos. Il y aurait moyen d'intégrer ces trois services pour qu'il existe une meilleure coordination entre eux. Pour les personnes âgées, cela pourrait se traduire par un quichet unique où un intervenant évaluerait les besoins de la clientèle et l'orienterait vers les bons services, dispensés aux bons endroits», mentionne le Dr Hébert.

Cette idée semble faire consensus parmi les ressources concernées puisque le Comité local de concertation des services aux personnes âgées de la MRC de Sherbrooke, mis sur pied en 1998, travaille présentement



Dr Réjean Hébert

à arrimer les services offerts par les différents établissements et organismes pour les personnes âgées.

«On voudrait que les services se complètent davantage. Les interventions entre domaines privé et public pourraient elles aussi être améliorées. Qu'est-ce qui empêcherait, par exemple, le CLSC d'offrir des services de soins dans des lieux d'hébergement privés comme les résidences Soleil?», s'interroge la coprésidente du Comité local de concertation des services aux personnes âgées, Ginette Gilbert.

Cette dernière évoque l'image d'un retour du balancier avec l'augmentation de ressources alternatives à l'hébergement.

«Il y a une augmentation, par exemple, des services de maintien à domicile. Les familles sont mieux entourées, notamment par l'établissement de services qui leur donnent un peu de répit», indique Mme Gilbert.



Ginette Gilbert

Ce à quoi opine le Dr Hébert, insistant sur les différentes initiatives prises au cours des dernières années pour alléger la tâche des familles qui gardent grand-papa ou grand-maman à la maison.

«Mais comme le maintien à domicile coûte moins cher à la société que le placement en maison d'hébergement, il faudra peut-être, aussi, voir si des mesures incitatives ne pourraient pas être mises de l'avant sur le plan financier», affirme le Dr Hébert.

Celui-ci est également directeur scientifique du Colloque international concernant les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement qui se déroulera à Sherbrooke les 23, 24 et 25 septembre prochain. Lors de cet événement d'importance, diverses problématiques concernant les personnes âgées seront abordées, dont le remaniement des services d'hébergement.

Médecine alternative

La loi de la vigilance est recommandée

KARINE TREMBLAY

Il n'y a pas que l'esprit qu'il faut avoir ouvert, l'œil aussi... Dans l'approche naturopathique comme dans toute autre médecine alternative, c'est la loi de la vigilance qui demeure et qui perdurera tant et aussi longtemps qu'une législation ne sera pas mise en place pour encadrer la profession.

De l'avis même de naturopathes, l'absence de lois régissant leur métier constitue en effet le principal écueil de celui-ci.

«Le titre de naturopathe est malheureusement très galvaudé. Actuellement, sur le plan légal, un individu peut, en quelques jours, fonder son école, se diplômer de celle-ci et s'afficher docteur en naturopathie», souligne le président du Collège des naturopathes du Québec, Gaëtan Brodeur.

Rassurant? Certes pas, concède M. Brodeur, qui précise qu'à l'heure actuelle, le Collège des naturopathes travaille de concert avec le gouvernement du Québec pour établir un cadre de législation.

«Nous voulons une juridiction, mais pas à n'importe quel prix. C'est-à-dire que nous avons le souci d'offrir des services de haute



qualité et nous ne ferons pas de concessions là-dessus. Si la loi imposait des standards moins élevés que ceux que nous préconisons, alors nous préférierions nous en passer», souligne M. Brodeur.

Fondé en 1967, le Collège des naturopathes compte moins de 200 membres répartis à travers la province. Respectant un code de déontologie strict, le Collège agit un peu comme le chien de garde de la profession.

«Pour entrer dans nos rangs, il faut avoir été diplômé d'une école reconnue par le Collège. Présentement, il n'y a que l'Institut naturopathique de Montréal qui répond à nos critères. Celui-ci offre un cours de quatre ans totalisant 4600 heures», indique Gaëtan Brodeur.

Ce dernier définit la naturopathie comme étant une gestion des habitudes de vie saines, qui va chercher la cause du mal plutôt que simplement tenter d'en soulager les

symptômes.

«Le naturopathe va tenter de plonger un organisme vivant dans les meilleures conditions possibles de santé», exprime-t-il.

Ces conditions de santé, du reste, interagissent entre elles, remarque la naturopathe sherbrookoise Danielle Gosselin.

«On peut imaginer la situation en pensant à une table. Si celle-ci n'a pas ses quatre pattes, elle sera branlante. C'est un peu la même chose qui se passe avec la santé: si l'un de ses piliers tombe, elle vacillera», affirme Mme Gosselin, spécialisée en nutrition et coauteure du *Guide des bons gras*.

Selon elle, alimentation, gestion du stress, environnement et activité physique sont divers facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne.

Fait important, le naturopathe ne pose pas de diagnostic, laissant ce rôle d'expertise à la médecine.

«La naturopathie ne remplace pas la médecine dite traditionnelle ou moderne, mais elle peut jouer un rôle complémentaire», estime le directeur du marketing de la chaîne Jean-Marc Brunet Le Naturiste, Alexandre D. Brunet, qui poursuit présentement une formation en naturopathie.

«En naturopathie, on tente d'amener les gens à devenir responsables de leur santé en leur faisant prendre conscience que leur mode de vie influence leur état général», ajoute-t-il.

Selon ce dernier, les dernières statistiques révèlent que près de la moitié de la population aurait eu recours à la naturopathie au cours des dernières années.

«Pour retrouver la santé, les gens sont très ouverts à de nouvelles approches. Ils veulent essayer des méthodes plus douces qui ne leur occasionneront pas tout plein d'effets secondaires. Ils sont aussi plus informés qu'avant grâce aux documents sur le marché et à l'avènement d'Internet», mentionne M. Brunet, qui voit dans ces constats une formidable avancée pour la naturopathie.

Ayant elle-même remarqué les changements survenus au sein de la population au cours des 25 dernières années, Danielle Gosselin partage cette opinion mais considère qu'il y a encore du chemin à parcourir.

«Les États-Unis sont en avance sur nous à ce chapitre. Là-bas, il y a tout un mouvement de médecines alternatives qui a pris forme. N'empêche, les gens sont de plus en plus conscients de leurs choix de vie et certains médecins reconnaissent la valeur de la naturopathie.»

Pour M. Brodeur, si les sentiers de la naturopathie sont défrichés, il faut maintenant avancer sur les chemins de l'éducation populaire.

«Beaucoup de gens viennent consulter un naturopathe en espérant ressortir avec «LA» pilule miracle qui les guérira de tous leurs maux. Il importe donc de renverser la vapeur, de faire voir aux gens que la guérison ne vient pas nécessairement dans une pilule, mais qu'elle découle d'un ensemble de facteurs dont ils sont responsables jusqu'à un certain point», juge-t-il.

Ces pages spéciales sur La santé et l'an 2000 sont une réalisation de l'équipe rédactionnelle de

La Tribune

Raymond Tardif, président-éditeur
Jacques Pronovost, rédacteur en chef
Maurice Cloutier, directeur de l'information

Ont contribué à cette

édition: Pascale Breton
Catherine Schlager
François Gougeon
René-Charles Quirion
Pierre Sévigny
Karine Tremblay

Bien mastiquer... pour une meilleure santé!

Une alimentation variée et équilibrée qui est bien mastiquée est déjà à moitié digérée. D'où l'importance d'avoir une prothèse adéquate et bien ajustée, qui permettra à vos dents d'agir efficacement comme outils de transformation.

Une mauvaise mastication peut en effet entraîner des distonctionnements aux prochaines étapes de la digestion. On recommande donc de faire vérifier vos prothèses annuellement.

Doménic Lussier, d.d.

Lise Boisvert

Pour une prothèse dentaire parfaitement adaptée

«Votre bien-être est au cœur du travail du denturologue Doménic Lussier, d.d. Il met tout en œuvre pour vous procurer un aspect fonctionnel maximal, tout en se préoccupant de l'esthétisme... sans oublier votre confort, naturellement!»

Chaque examen buccal est donc fait avec grand soin afin de déceler toutes les particularités de vos gencives et de vos articulations. Un minimum de visites est prévu pour obtenir une qualité optimale des prothèses. Les ajustements représentent une étape cruciale.

Des services professionnels et personnalisés:

- consultation gratuite;
- fabrication sur place de prothèses complètes ou partielles, de protecteurs buccaux, de prothèses avec base molle, de plaques occlusales (sur l'étrérence) et de prothèses sur implants;
- accueil 7 jours sur 7, sur rendez-vous le soir et les fins de semaine;
- service d'urgence pour les réparations effectués en une heure.

Et n'oubliez pas: «une prothèse bien ajustée se laisse oublier!»

CLINIQUE DE DENTUROLOGIE DOMÉNIC LUSSIER

Tél.: (819) 573-2000

Consultations LDR

- Tarot
- Carte du ciel
- Mouvement fondamental

Lise et Daniel Richard (819) 846-3761

67, Provencher, C.P. 823 Bromptonville, JOB 1HO

1^{er} Semaine d'octobre 99 Cours d'astrologie niveau 1* Inscrivez-vous dès maintenant! Apprenez à monter une carte du ciel et à l'interpréter (*débutant)

FRANÇOIS POUDRIER d.d. DENTUROLOGISTE

François Poudrier est établi à Windsor depuis 20 ans! Il offre différents services à toute la population de la région.

Possibilité de déplacement à domicile pour les personnes âgées.

91, rue Saint-Georges Windsor Québec J1S 1J7 Tél.: (819)845-7431

Fabrication et réparation de prothèses dentaires

- complètes
- partielles
- sur implants
- base molle
- rebasage

AUSSI APPAREILS ANTI-RONFLEMENT

Le cancer

Beaucoup de progrès réalisés mais...



PASCALE BRETON

Statistiques alarmantes ou au contraire optimistes selon les cas, ce qui est certain c'est que beaucoup de progrès ont été faits au cours des dernières années en regard du cancer, mais malgré tout, une personne sur trois en sera atteinte au cours de sa vie.

Si le cancer de la peau est maintenant le plus répandu, c'est cependant le cancer du poulmon qui cause le plus de décès, la courbe est même en ascension fulgurante depuis quelques années. En effet, presque le tiers des décès attribuables au cancer chez l'homme et le quart chez la femme sont dus au cancer du poulmon.

Au tournant du siècle, le cancer est un sujet d'actualité. Chacun connaît, de près ou de loin, quelqu'un qui a vécu un cancer, si bien qu'il est facile de s'imaginer que la situation va en s'aggravant. Avec le vieillissement de la population, le nombre de malades augmentera inévitablement.

Par contre, il y a davantage de prévention, la détection se fait plus rapidement, si bien que l'incidence de cancer est certes plus élevée, mais il y a moins de mortalité. En 1999, 129 000 nouveaux cas de cancer, dont le quart au Québec, devraient être répertoriés, et 63 400 personnes vont décéder des suites du cancer.

«Nous découvrons les cancers beaucoup plus tôt, il y a 100 ans, les médecins trouvaient la tumeur lorsqu'elle était de la gros-

seur d'une prune, tandis que maintenant, même si la tumeur est de la grosseur d'un petit pois, les médecins peuvent la voir», mentionne Sylvie Cajalait, de la Fondation québécoise du cancer.

Pouvoir détecter les cancers à un stade moins avancé a évidemment beaucoup d'impact, mais malheureusement, certains types de cancer, comme ceux du pancréas et du poulmon, sont très difficiles à traiter.

Le premier type de cancer est cependant très rare, si bien que le nombre de décès est également peu élevé. Par contre, ce n'est pas du tout la situation qui prévaut en ce qui concerne le cancer du poulmon.

En 1999, chez les hommes, 4000 des 17 500 nouveaux cas de cancer qui seront enregistrés au Québec devraient d'ailleurs être liés au poulmon, cancer le plus fréquent chez l'homme, tandis que chez la femme, il arrive au deuxième rang derrière le cancer du sein, mais connaît une forte progression depuis quelques années.

«Le cancer du poulmon est un véritable désastre et ce qui est d'autant plus attristant, c'est qu'il serait facile de le prévenir. Pour la plupart des cancers, il est difficile d'en définir les causes de façon précise, mais pour le poulmon, on sait que la cigarette est la responsable», lance le Dr Jean Dufresne, hémato-oncologue au Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE).

L'inquiétude vient aussi de la génération actuelle d'adolescents - et surtout d'adolescentes - qui commencent à fumer très jeunes, particulièrement les jeunes femmes de 13 à 19 ans.

Les habitudes de vie ont aussi un rôle à jouer, si bien que certains types de cancers se développent davantage

dans une région du pôle qu'une autre. Le cancer du colon est, par exemple, beaucoup plus répandu en Amérique du Nord, où il se classe d'ailleurs au troisième rang en terme d'incidence. Le régime riche en graisse de la population n'aide pas sa cause.

«C'est vrai que les gens qui ont la peau noire, par exemple, ne développent pas souvent ce type de cancer. Il est fortement lié à la diète nord-américaine. Par contre, on ne peut pas savoir pourquoi il frappe une personne et non pas son voisin, alors que les deux consomment beaucoup de fast food et de matières grasses», souligne le Dr Dufresne.

Le cancer du sein, chez la femme, et le cancer de la prostate, chez l'homme, sont aussi parmi les plus répandus. Le taux de mortalité, par contre, a diminué de façon notable, surtout depuis le début de la décennie des années 90.

Une femme qui développe le cancer du sein a maintenant deux chances sur trois d'en guérir. Les nombreux messages de prévention et le programme de dépistage qui existe au Québec ont certes contribué à diminuer le taux de mortalité.

«La majorité des cancers du sein sont découverts par la femme elle-même. De plus en plus, nous faisons davantage attention à notre corps. Pour la prostate, c'est un peu moins évident, car il faut procéder au toucher rectal, mais en connaissant les antécédents familiaux, c'est déjà un bon pas», affirme Sylvie Cajalait, de la Fondation québécoise du cancer.

La recherche est intensive dans le domaine du cancer. A tous les ans, de nouveaux médicaments ou des traitements sont trouvés, qui offrent de meilleurs résultats avec moins d'effets secondaires, mais le médicament parfait n'existe pas... du moins pas encore.

«On commence à tester la thérapie génique, qui consiste à transmettre à une population de cellules cancéreuses un gène qui les rendrait vulnérables. Par contre, nous en sommes qu'au début. Est-ce que ce sera la clé? Il est encore trop tôt pour le dire», déclare le Dr Jean Dufresne, du CUSE.

La combinaison de divers traitements, comme la chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie, donne aussi des résultats encourageants. Par contre, tous les procédés de recherche ainsi que les médicaments sont très coûteux, et le Canada, même s'il se défend de façon honorable, n'est pas aussi avancé en terme de recherche que l'Europe ou les États-Unis.

Ainsi, un traitement d'immunisation pour enrayer le cancer du sein coûte 25 000 \$ par patiente, tandis qu'un traitement pour le cancer des ganglions peut varier entre 12 000 \$ et 16 000 \$.

«Les taxanes sont un nouveau traitement pour vaincre le cancer du sein, explique encore le Dr Dufresne. En fait, ce sont deux médicaments faits à partir d'un arbre du Pacifique, l'if, et qui a un haut taux de réponse à plusieurs cancers. Il coûte environ 2000 \$ par traitement et il en faut parfois plusieurs par patient. L'expérience a révélé que c'est un bon médicament, mais il n'y a pas de miracle non plus.»

La radiothérapie, qui date du début du siècle, est une forme de traitement qui a bien survécu au temps, si bien

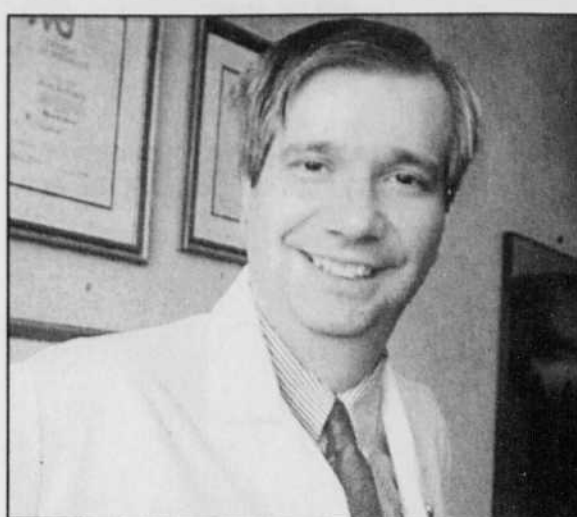


Photo Imacom-Daquerre, René Marquis

Le Dr Jean Dufresne, hémato-oncologue au CUSE, s'attriste de la grande progression du cancer du poulmon, d'autant plus qu'il serait possible de l'éviter.

qu'aujourd'hui, les services de radio-oncologie des hôpitaux sont des plus sophistiqués et performants.

La plupart des cancers peuvent bénéficier de traitements de radiothérapie et le taux de guérison est même encourageant dans plusieurs cas. Ainsi, les chances de guérir d'un cancer de la peau sont presque de 100 pour cent, tandis que pour le cancer du sein et de la prostate, le taux de guérison se situe entre 85 et 90 pour cent, tandis que pour le cancer du col de l'utérus, les chances sont supérieures au deux tiers.

«La radiothérapie permet d'améliorer notre façon de faire en localisant la situation. Avec un scanner que nous allons bientôt acquérir, il sera même possible de faire une coupe tridimensionnelle de la cellule et de l'irradier. Il y a eu une grande accélération due à la technologie au fil des années et même si le matériel est coûteux, je pense que c'est le prix à payer pour le rendre accessible aux patients», explique le Dr Abdenour Nabid, chef du service de radio-oncologie au CUSE.

Tout est maintenant informatisé et le champ d'action est infiniment précis. Les spécialistes peuvent reconstituer l'endroit de la tumeur, faire différentes coupes en trois dimensions à leur écran, décider des doses d'irradiation à donner au patient, le tout à l'ordinateur.

Encore là, difficile de dire qu'elle sera le remède miracle pour vaincre une des maladies les plus importantes du siècle. La radiothérapie, combinée avec d'autres traitements, pourrait se révéler efficace selon le Dr Nabid. «La sophistication de la radiothérapie va se traduire par une amélioration notable de réussite», croit-il.

En radiothérapie, comme dans tout ce qui concerne l'oncologie - étude des tumeurs cancéreuses -, la recherche clinique est aussi très importante puisqu'elle permet de tester des médicaments sur des patients volontaires, qui ne pourraient d'ailleurs se les procurer autrement. Le processus est toutefois long, puisqu'il faut d'abord les tester sur des animaux puis passer par trois phases sur l'humain, mais il reste que le tout permet de faire des pas de géant.

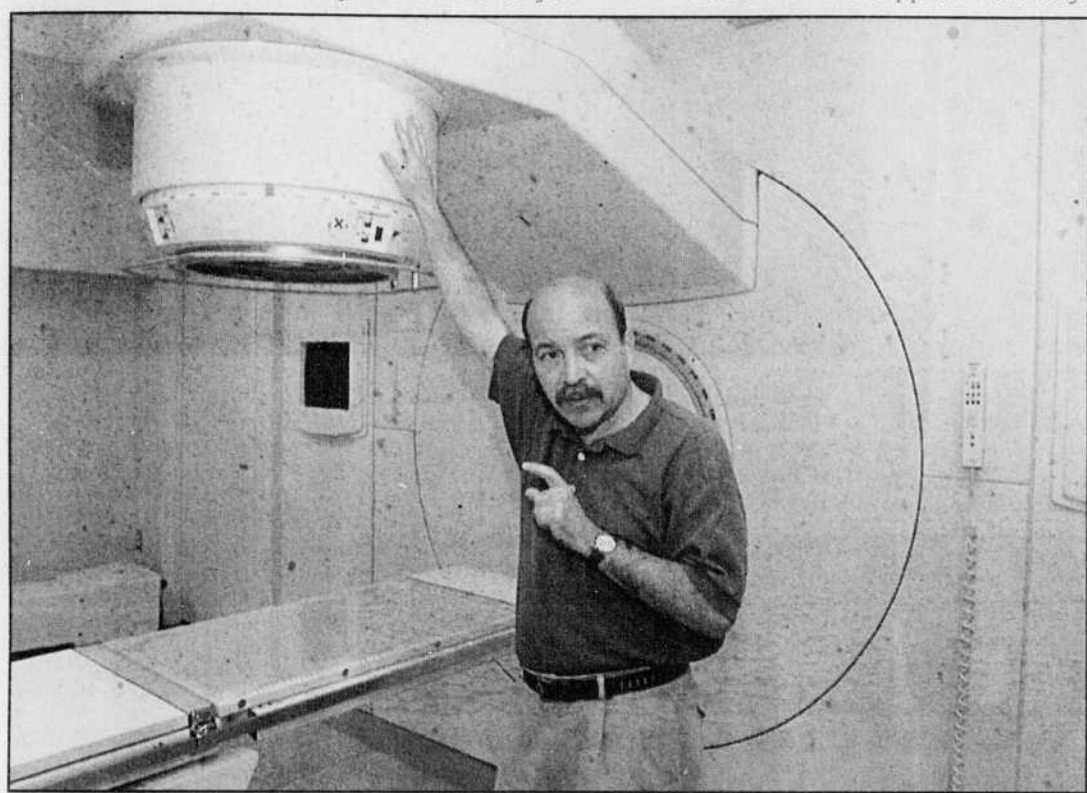
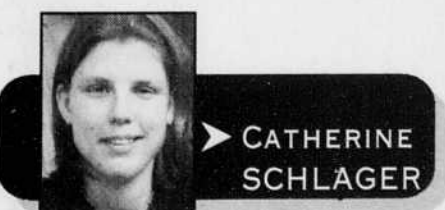


Photo Imacom-Daquerre, Claude Poulin

Chef de service au département de radio-oncologie du CUSE, le Dr Abdenour Nabid affirme qu'avec les appareils de plus en plus sophistiqués, les chances de guérison seront encore meilleures.

Pour adoucir les derniers instants



CATHERINE SCHLAGER

Qui n'a pas un jour rêvé de mourir tout en douceur? Pour des milliers de cancéreux qui voient souvent arriver la mort à grands pas, le recours aux soins palliatifs en institution ou à domicile permet d'adoucir leurs derniers instants et vient mettre un baume à leurs souffrances et à leurs craintes.

Depuis quelques années, les soins palliatifs se sont considérablement développés au Québec et jouissent même d'une popularité croissante. Ainsi, l'Association québécoise des soins palliatifs est active depuis 1989 tandis que certaines universités offrent désormais des programmes pour former les intervenants en soins palliatifs. Qui plus est, on affirme même que le Québec serait l'un des endroits les plus avancés dans la pratique des soins palliatifs. C'est dire à quel point cette nouvelle approche est maintenant devenue essentielle.

«Les soins palliatifs sont appelés à se développer davantage, estime Mario Dubuc, chef du Service des soins palliatifs pour le CUSE. Par contre, beaucoup de besoins sont encore non comblés et les institutions sont sensibles à cette réalité. Présentement, nous avons entre 20 et 35 lits qui sont occupés par des gens atteints de maladies oncologiques (cancers) qui reçoivent des soins palliatifs. D'autres maladies dégénératives relatives aux troubles pulmonaires, cardiaques ou neurologiques pourraient également faire l'objet de soins palliatifs mais il nous manque les effectifs nécessaires.»

Les intervenants en soins palliatifs considèrent la mort comme un processus normal, de telle sorte qu'ils ne la hâtent et ne la retardent pas, mais font plutôt prendre conscience au patient que celui-ci doit demeurer aussi actif que possible jusqu'à la toute fin. Si la mort respecte son cours normal, des mesures sont quand même prises pour atténuer la douleur et les symptômes en intégrant des dimensions psychologiques et spirituelles et en invitant les proches à jouer un rôle important dans le processus de la mort.

Inaugurée en octobre 1997, la Maison Aube-Lumière est née du désir de l'abbé Desève Cormier de doter la région sherbrookoise d'une institution vouée aux

cancéreux en phase terminale qui se situait à mi-chemin entre le domicile et l'hôpital.

«Il fallait convaincre la Régie régionale que Sherbrooke n'avait pas de maison pour les gens atteints de cancer en phase palliative, contrairement aux autres villes. Nous devions également leur démontrer que la maison était là pour rester et, qu'en ce sens, ils devaient nous aider», se rappelle Marie-Paule Kirouac, directrice générale de la Maison Aube-Lumière où l'on offre également les services de répit à la famille, de dépannage et d'accompagnement du deuil.

Depuis ses débuts, la Maison a accueilli gratuitement près de 200 patients qui ont tous manifesté le désir de venir y effectuer un séjour. «Les gens qui viennent veulent mourir ici, affirme Mme Kirouac. En ce sens, la durée moyenne des séjours n'est que de 19 jours. Les gens qui veulent séjourner à la Maison doivent faire remplir une demande d'admission formelle par leur médecin, demande qui est ensuite évaluée par le médecin de la Maison, moi-même ainsi que la coordonnatrice. Si la personne répond aux critères et que nous avons de la place, l'admission se fait dans la journée même.»

Pour assurer le bon fonctionnement d'une telle institution, le travail des 125 bénévoles qui effectuent près de 20 000 heures de bénévolat chaque année demeure essentiel. Sélectionnés selon des critères très précis, les bénévoles doivent épouser la philosophie de l'organisme, philosophie selon laquelle il importe de soulager le malade ainsi que sa famille au niveau physique, psychologique et spirituel et répondre à ses moindres besoins.

«Les soins palliatifs à Sherbrooke sont vraiment bons, pense Marie-Paule Kirouac. Les médecins et les infirmières travaillent comme autrefois dans les campagnes. Ils prennent parfois des heures avec un patient. Les infirmières qui viennent travailler à la Maison le font parce qu'elles veulent vraiment être ici. Elles sont pleines d'énergie à donner et de petites attentions. Nous recevons constamment des lettres de félicitations et de remerciements pour les bons soins que nous avons prodigués aux patients. C'est un régal de sentir toute cette chaleur humaine autour de soi.»

Mise sur pied en 1986 par un groupe de professionnels de l'Hôtel Dieu de Sherbrooke, La Rose des vents de l'Estrie s'est d'abord orientée vers les soins palliatifs à domicile puis ensuite revoit son mandat et l'élargit vers l'accompagnement et le soutien aux gens atteints de cancer ainsi qu'à leurs proches.



Imacom-Daquerre, Christian Landry

La Maison Aube-Lumière se spécialise dans les soins palliatifs dispensés aux cancéreux en phase palliative. Dix chambres sont à la disposition de ceux qui veulent adoucir leurs derniers instants. Sur la photo, l'infirmière en chef, Céline Roy, est attentive aux moindres besoins de la patiente Sylvie Desrochers, sous l'œil attentif de la directrice générale, Marie-Paule Kirouac.

«Nous avons élargi nos services en 1998, mentionne Monique Duquette, directrice générale de l'organisme. Nous proposons maintenant l'accompagnement des cancéreux du début à la fin de leur maladie ainsi que les groupes d'entraide pour affronter le deuil. Les services de répit à la famille et d'accompagnement des gens qui doivent être traités en chimiothérapie ou en radiothérapie sont toujours disponibles.»

Disposant d'une cinquantaine de bénévoles formés spécialement pour la tâche et d'une coordonnatrice qui évalue d'abord les besoins des malades, La Rose des vents de l'Estrie peut répondre de façon très professionnelle à quelque 500 personnes chaque année.

«Les gens sont très reconnaissants puisque nos bénévoles font preuve d'une très

grande écoute, sont humains et très patients. Il y a aussi des liens incroyables qui se créent entre les bénévoles et les malades qui sont accompagnés lors de leurs traitements», souligne Anne-Marie Poirier, coordonnatrice à La Rose des vents.

Le service d'accompagnement et de soutien du malade dès l'annonce de la maladie jusqu'à la toute fin est très apprécié puisque de récentes statistiques démontrent que 90 pour cent de la population souhaite mourir à la maison. «Mourir à la maison, oui, c'est possible, croit Mme Poirier. Nous suivons les nouvelles philosophies en ce sens et nous respectons surtout la personne dans ses choix à elle. Je crois cependant qu'il y a de l'éducation à faire à ce niveau. On doit préparer psychologiquement les gens à apprivoiser la mort.»

Castonguay plaide en faveur d'un système de santé décentralisé

► LOUISE PLANTE

Collaboration spéciale
Le Nouvelliste

Lorsque Claude Castonguay jette un regard sur le passé, il ne cache pas sa fierté d'avoir participé de très près à la première grande réforme de la santé qu'a connue le Québec, celle qui allait déboucher sur l'assurance-maladie et donner naissance à la désormais célèbre «castonguette», la carte-soleil.

Celui qui fut aussi des premiers travaux sur le Régime des rentes et de la Caisse de dépôt du Québec estime que cette réforme de la santé fut le point culminant de sa carrière politique non seulement à cause de son ampleur mais aussi du nombre de personnes qu'elle a touchées au moment de sa réalisation.

Cela dit, on devine que M. Castonguay suit de très près le déroulement de la seconde réforme. Lorsqu'il s'arrête à décrire le système de santé des premières décennies de l'an 2000, c'est un réseau décentralisé et concurrentiel qu'il souhaite voir émerger que ce soit au niveau des régions, des hôpitaux ou des CLSC.

Ironiquement, l'accessibilité aux services de santé qui fut au cœur de la première réforme demeure toujours un enjeu actuel. «Mais ce sont deux situations différentes, nuance toutefois Claude Castonguay. Dans les années 60, on constatait qu'il y avait peu d'équipements et de ressources dans les parties les moins favorisées des villes et les milieux ruraux. Un des grands objectifs de la première réforme a été de faire en sorte qu'il y ait des ressources aussi semblables que possible à travers le Québec, peu importe le niveau de revenu des citoyens. Et je pense qu'on a atteint cet objectif-là. Ce qui se passe maintenant, ce que l'on retrouve dans les urgences, les listes d'attente, c'est d'une autre nature. C'est un problème que l'on n'a pas vu venir dans toute son ampleur.»

Pour Claude Castonguay, il ne fait pas de doute que le manque de ressources n'est pas l'unique explication. «C'est clairement un problème de planification trop centralisée», analyse-t-il. Non seulement on n'a pas laissé les établissements voir à leurs propres besoins, mais on ne s'est pas soucié des impacts locaux qu'aurait le programme de mise à la retraite négocié centralement à Québec.

Lorsqu'on lui demande si l'actuel mode de rémunération des médecins ne contribue pas lui aussi à créer une pénurie dans certaines spécialités, Claude Castonguay réplique qu'il faut voir plus loin qu'un simple problème de rétribution. Il pointe du doigt une certaine sclérose dans les méthodes médicales. «Cela est apparu de façon marquée dans le virage ambulatoire. On l'a fait de façon brusque et même brutale, alors que si l'on avait laissé le système fonctionner suivant l'offre et la demande, le virage ambulatoire au-

rait été amorcé au moins 10 ans plus tôt. Dans tout le système de santé, on a continué à faire les choses comme il y a 20 ans, et ça se reflète dans toutes sortes d'aspects. On a le même problème au niveau des effectifs médicaux. On a voulu tout planifier, mettre des quotas, et on s'est trompé de façon sérieuse à certains endroits.»

Claude Castonguay croit qu'il faut laisser un peu plus d'initiative aux établissements pour régler leurs problèmes, au lieu d'essayer de toujours planifier centralement du ministère. S'il reconnaît qu'on est dans la bonne voie en fusionnant certains grands hôpitaux, pour des fins de spécialités, de ressources et d'enseignements, il réclame à nouveau plus d'autonomie pour le reste. «Quand on regarde plus loin, pour voir comment les choses devront se faire dans l'avenir, c'est moins clair (ce qu'on entend faire). Si l'on essaie encore de faire ça strictement avec une planification centralisée, j'ai une crainte. Il me semble qu'on serait beaucoup mieux de laisser de l'initiative aux gens qui sont précisément au niveau de la distribution des soins quant à la façon de développer une meilleure manière de répondre aux besoins de la population.»

Le père de la «castonguette» tient le même discours lorsqu'on aborde la question du financement du réseau du système de la santé. Il a lu attentivement le rapport Forget (qui suggère qu'un patient s'inscrive auprès d'un groupe de médecins pour recevoir tous ses services de santé) mais il estime que cette approche, déjà utilisée en Angleterre n'a pas que des qualités. «Il y a une autre façon qui s'en rapproche et qui, moi, m'apparaît beaucoup plus simple, plus efficace, c'est de rémunérer les hôpitaux directement, soit à partir du ministère, soit à partir des lits, pour les services qu'ils rendent. Une nomenclature a été faite et ça fonctionne. Cela a au moins l'avantage d'introduire un certain élément de concurrence dans le système ce qui, moi, m'apparaît très valable.»

Claude Castonguay n'est pas très tendre non plus envers les Régies régionales de la santé et des services sociaux. Il rappelle qu'au moment de leur création, on avait d'abord imaginé créer uniquement trois régies associées à des centres universitaires. Des régies avec un pouvoir réel de décision qui aurait bénéficié d'un pouvoir de taxation auquel devait s'ajouter un système de péréquation pour faire bonne mesure. «Or, cela n'a pas été le cas. L'argent vient de Québec qui dit aux régies comment le dépenser. On a ajouté un palier sans aller jusqu'au bout et les régies sont devenues des extensions du ministère de la Santé, sans qu'on restreigne le personnel de ce dernier pour autant. En ce moment, on a le pire des deux systèmes, déplore-t-il. On devrait faire disparaître la fiction de leur pouvoir et réduire leurs effectifs considérablement. À ce moment-là, s'il y a trop de régies, ce serait moins grave.»

En terminant ce survol de la réforme de la santé,

Claude Castonguay a confié trouver malheureux que les médecins québécois n'entretiennent pas comme leurs collègues des autres provinces un dialogue plus soutenu avec le ministère de la Santé quant à l'organisation des soins. Une lacune à laquelle il faudrait remédier, conseille-t-il.



Photo Le Nouvelliste

Le père de la «castonguette», Claude Castonguay, croit qu'il faut laisser un peu plus d'initiative aux établissements pour régler leurs problèmes, au lieu d'essayer de toujours planifier centralement du ministère. Par ailleurs, il n'est pas très tendre envers les Régies régionales de la santé et des services sociaux.

FLASH info

L'informatique sympathique !

SÉRIE FLASH - P2BX

Boîtier CD-Tour Deluxe ATX
Alimentation 250 watts ATX de qualité industrielle
3 baies 5.25 pouces, 2 baies 3.5 pouces
Ventilateur sur roulement à billes

- Processeur Intel Pentium II 400 Mhz-512k (garantie 3 ans)
- Mémoire vive 64 Mo SRAM PC100 (garantie à vie)
- Carte maîtresse Asus P2BF

OU ABIT BE6 UDMA-66 AU CHOIX

Chipset Intel 82440BX Speed Easy, Ultra DMA
BIOS JumpFree, moniteur PC Health
4 fentes d'extension SDRAM 100 Mhz
1 fente AGP, 6 fentes PCI et 1 fente ISA
2 contrôleurs PCI EIDE (supportant jusqu'à 4 disques durs)
2 ports série, 1 port parallèle, 1 port PS/2, 1 infra-rouge et 2 USB

- Disque dur Quantum Fireball Ka 9.1 Gig DMA66 (gar. 3 ans)
temps d'accès de 8.5 ms, SPS
rpm de 7200, 512 k d'antémémoire
- Lecteur de disquettes 1.44 Mo
- Carte vidéo ATI Expert 128 AGP2x 16 mb 3D 128 bit
accélération 3D RAGE 128 pour les jeux
décodeur DVD et prêt pour HDTV
- Lecteur CD-Rom 48X
- Carte de son Sound Blaster 128 originale de Creative Labs
- Haut-parleurs Yamaha M8 (10 watts RMS) haute fidélité
- Moniteur Viewsonic Optique V55 15 pouces digital (gar. 3 ans)
résolution max 1280x1024, 1024x768@87Hz, NI, On Screen Display (OSD)
SVGA 28 anti-reflets, low radiation et Energy Star
- Clavier 104 touches Win 95/98
- Souris Logitech wheelmouse 3 boutons
- Tapis de souris Flash-Info
- Fax moden GVC 56K V.90 voice interne
avec contrôleleur pas un WinModem III
- Logiciel Microsoft Windows 98 CD

ASSEMBLÉ ICI À SHERBROOKE

OPTIONS

- Intel Pentium 450 (garantie 3 ans)..... 98\$
- Intel pentium III450/500 (garantie 3 ans)..... 117\$/450\$
- Intel Pentium III 550/600 (garantie 3 ans)..... 866\$/940\$
- SDRAM 128Mb PC100 1 barrette 89\$
- Carte vidéo Intel 1740 ou Diamond A50 8Mb AGP75\$
- Carte promise Ultra DMA-66 PCI 79\$
- Moniteur 17 po Optique Q71 .27/GT775 .25 128\$/250\$
- Moniteur 19 po Optiques V95 .26 420\$
- Fax/Modem USRobotics V.90 56K voicemail interne 60\$
- Creative Labs Sound Blaster 256 LIVE OEM 40\$
- Imprimante Lexmark 3200 couleur 1200 dpi (-50%rabais) 249\$
- Scanner Flatbed Couleur 8.5x11 po 36 bit 129\$
- Option DVD Panasonic DVD 5x (CD32X) 60\$

LE PRIX DE LA QUALITÉ

1799 \$*

87.82 \$ / MOIS

Livraison incluse

ViewSonic

WWW.FLASH-INFO.COM

FLASH-INFO
1348, rue Denault
Sherbrooke, Québec J1H 2P8
Tél. : (819) 822-0911
Télec. : (819) 822-0113

À votre service
à Sherbrooke
depuis 5 ans

**Vous êtes ÉTUDIANT?
Nous acceptons le PRÊT MICRO**