

LE DEVOIR

POINT SUR... *la santé*

ATTENTES



Perry Niro

Il est à la tête de BIOQuébec, une association industrielle regroupant plus de 200 entreprises québécoises œuvrant dans le domaine de la biotechnologie. Selon lui, certaines mesures du nouveau budget du ministre des Finances Yves Séguin sont susceptibles de nuire aux entreprises québécoises de biotechnologies.

Page 4

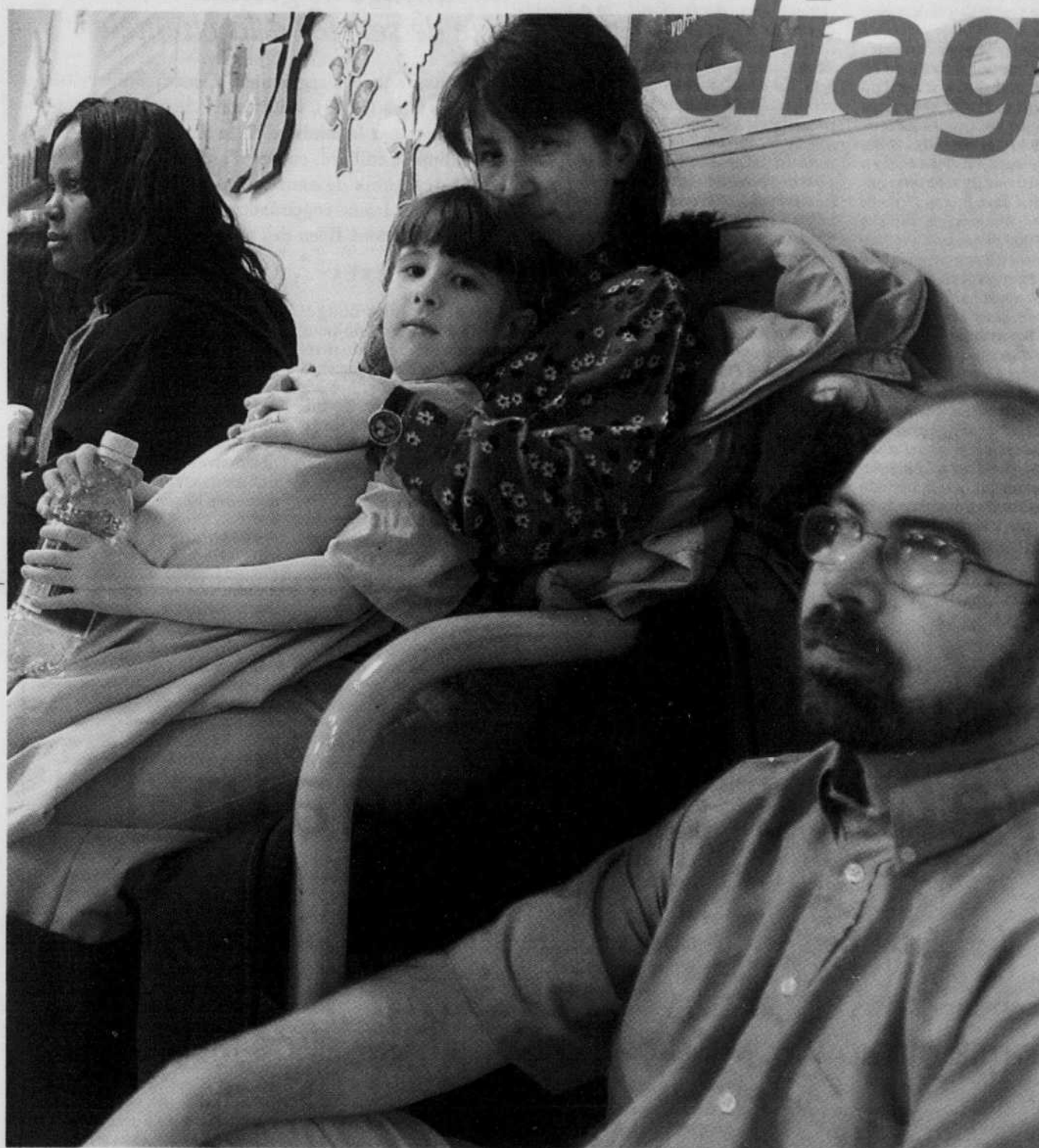


André Garon

Il est à la tête d'une équipe d'ingénieurs de l'École polytechnique. En collaboration avec deux chirurgiens de l'Institut de cardiologie de Montréal, il relève le défi de concevoir une pompe cardiaque qui pourrait préserver des milliers de vies.

Page 5

Premier diagnostique



Hôpital Sainte-Justine:urgence.

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Le ministre Couillard aura fait cet été un bon coup: l'idée de mettre en place des réseaux universitaires intégrés de santé a été fort bien accueillie par le milieu dont il a la charge, celui de la santé. D'ailleurs, les trois lettres devenues sigle, RUI, feront bientôt partie du langage spécialisé courant, comme l'avaient été trois autres imposées par l'administration gouvernementale précédente: les CHU, qui désignaient les centres hospitaliers universitaires.

Pour le reste, cinq mois après une élection, dont la victoire fut assurée par la promesse d'une transformation rapide des services, tant en éducation qu'en santé (à moins que ce ne fût à cause d'un soutien annoncé aux projets défusionnistes dans le secteur municipal), le présent gouvernement ne reçoit que peu — ou pas — d'éloges des intervenants d'un des deux réseaux, celui qui gère le plus gros budget de l'État québécois.

Incertitudes

Les médecins sont les premiers à dénoncer l'actuel état de choses: «On ne sait rien actuellement, déclare ainsi Reynald Dutil, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. «Tout ce qu'on a en main, ce sont des rumeurs et des bribes d'information à l'effet qu'il y a des modifications importantes qui s'en viennent dans la gouverne de notre réseau. [...] On peut certainement parler de climat d'incertitude, et on peut vraiment dire que le partenariat — ou la recherche de celui-ci — que nous avons développé dans plusieurs dossiers depuis plusieurs années avec le ministère de la Santé, ne semble plus au rendez-vous. Il ne m'apparaît pas évident que le ministre actuel et son équipe recherchent un tel partenariat.»

Les infirmières vont même jusqu'à taxer la présente administration d'immobilisme. Jennie Skene, présidente de la Fédération des infirmières, utilise d'ailleurs une formule lapidaire pour décrire ce qui se passe en santé: «Aujourd'hui, est-ce qu'on peut voir une démarcation significative attribuable à l'arrivée d'un nouveau gouvernement? La réponse est non.»

Pourtant, en mai dernier, tous ont accueilli avec satisfaction la nomination de Philippe Couillard à la Santé. Le personnage a été rapidement perçu comme sympathique, et ses premières déclarations ont fait bonne impression. Où le bât blesse-t-il alors? Le ministre des Finances,

Yves Séguin, bloquerait-il tout, comme pour enfin permettre à son premier ministre de s'inscrire dans la vague néolibérale nord-américaine, qui fait de la baisse d'impôt la panacée à tous les maux de société? Ou serait-ce qu'il est plus facile de commenter de l'extérieur que d'agir quand on est aux commandes?

Accalmie

Ainsi, le débat électoral avait identifié les systèmes de gestion comme l'une des causes des coûts élevés des dépenses du secteur. On sait la solution «idéale» qui fut alors trouvée: trop de fonctionnaires, trop d'appareils d'État et, alors, sont passés à la moulinette les CLSC et autres CHSLD qui devraient se retrouver avec des conseils d'administration communs. Mais, même là, on y va de quelques bémols: «On veut attendre de voir le projet final, dira Jean Rodrigue, porte-parole de la fédération. Il faut être prudent, parce que plusieurs expériences de fusions réalisées par le passé entre des hôpitaux ou entre des CLSC et des CHSLD n'ont pas donné tous les résultats positifs escomptés.»

Cinq mois plus tard, serions-nous donc toujours à la case départ? Il semblerait que oui. Le gouvernement, en fait, profite d'une période de répit. Car les urgences n'ont point débordé durant la période estivale, pas suffisamment à tout le moins pour assurer des manchettes. Les infirmières, si on oublie le cas de l'hôpital du Sacré-Cœur, ont pu vaquer à leurs occupations et il y aurait eu, dans l'ensemble, suffisamment de médecins en régions. Bref, le réseau a survécu à la période de vacances.

Pourtant, même là, il en est pour attribuer à d'autres le mérite d'un été calme. Redonnerions-nous la parole au D' Dutil qu'il dirait que demeure à l'actuel gouvernement de faire la démonstration que «les temps ont changé». Car, décrivant l'apparente bonne forme du réseau, il ajouterait que «cette amélioration résulte d'un train de mesures issues des négociations de l'automne 2002. Ces mesures proviennent de l'ancien régime et ont été reprises à son compte par la nouvelle administration.»

À moins que cet apparent immobilisme ne s'explique par un exercice de la prudence: on sait déjà que les fusions imposées, dans d'autres domaines gouvernementaux, ont déjà mis à mal des gouvernements qui étaient alors en place...

Normand Thériault

Cinq mois plus tard,
serions-nous donc toujours
à la case départ?

Intervenants

Médecins
Page 2
Infirmières
Page 6

Réseau

Après les CLSC
Page 2
Avant les RUI
Page 3

Recherches

Génome Québec et université McGill
Page 4

BIQUÉBEC

Le réseau québécois des bio-industries
The Quebec Bio-Industries Network

www.bioquebec.com

Vecteur principal de l'industrie québécoise des sciences de la vie

Plus de 200 organismes de recherche et entreprises membres

Des SERVICES qui facilitent le développement de l'industrie
Des ÉVÉNEMENTS qui favorisent les alliances et les partenariats

♦ SANTÉ ♦

Médecins de première ligne

Les omnipraticiens dénoncent le climat d'incertitude

Plusieurs intervenants du réseau de la santé le répètent à satiété: le système se portera mieux quand tout le fonctionnement des soins en première ligne aura été amélioré. Le nouveau gouvernement porté au pouvoir en avril dernier s'est engagé à trouver et à apporter les solutions nécessaires pour solidifier ce premier rempart, mais il laisse plusieurs sur leur appétit à cet égard et à bien d'autres.

RÉGINALD HARVEY

Le présent se conjugue plutôt au passé à l'heure actuelle. Les groupes de médecine familiale continuent de prendre forme bien que ceux-ci voient le jour à un rythme plus lent que prévu. Les CLSC ont de leur côté revu certaines pratiques. Il est question de soins à domicile accentués et de meilleure qualité. Le train de mesures graduellement appliquées dans les urgences a finalement porté certains fruits durant l'été et a contribué à atténuer les problèmes majeurs d'engorgement. Et quoi encore?

Les médecins omnipraticiens, qui occupent un large espace à cet endroit névralgique que s'avère la première ligne, s'interrogent et attendent avec impatience que le ministère adopte des positions claires et s'engage dans des orientations mieux définies. Le président de leur fédération, le docteur Reynald Dutil, parle d'un climat d'incertitude et d'une absence de partenariat de la part du gouvernement.

À l'automne 2002, les médecins négociaient difficilement un protocole d'accord qui prolongeait en décembre dernier leur entente générale avec le ministère par l'adoption de la loi 142 qui avait été amendée à la suite de pourparlers houleux entre les parties en présence. Le D^r Dutil constate pour l'heure que dans ce sillage il n'a pas vu apparaître de dossiers spécifiques à la nouvelle administration: «Il y a peut-être une certaine souplesse vis à vis d'une approche qui soit davantage professionnelle que technocratique, ce qui aurait pu se produire aussi avec l'ancien régime.»

Les GMF entrent progressivement en scène

Il existe présentement sur l'ensemble du territoire, et principalement en région, 38 groupes de médecine de famille (GMF) accrédités, cette panacée conçue par la Commission Clair et issue de son rapport pour renforcer une première ligne vulnérable: Montréal en compte quatre. Les négociations sur l'intégration des omnipraticiens à ces groupes étaient terminées au moment du changement de cap administratif. Reste à savoir si leur implantation se déroule à la satisfaction des médecins: «Le discours du ministre est beaucoup moins dogmatique que celui de ses prédécesseurs. Il a affirmé à plus d'une reprise qu'on veut continuer à instaurer ce modèle de pratique mais que ce n'est pas une religion. On conçoit qu'il y a d'autres formules susceptibles de conduire à l'atteinte des mêmes objectifs.»

À cet égard, Montréal présente une exception qu'il explique: «Dans un grand milieu comme Montréal, on pourrait penser à d'autres formules. À ce sujet, nous sommes inquiets. Le ministre déclarait au mois de mai qu'il allait appuyer le projet de points de service rapide ou de cliniques pivots; quelque temps après, on apprend que la Régie régionale ne dispose pas des budgets nécessaires pour ce faire. Il y a des déclarations du ministre qui nous semblent quelque peu contradictoires dans un tel dossier. Mais dans celui des GMF comme tel, on a constaté un changement, à savoir qu'on fait preuve de moins de rigidité et de plus de souplesse par rapport aux formules variées qui pourraient s'appliquer aux groupes.»

Un reproche très sévère envers le ministère

Le président de la fédération enchaîne en portant un jugement global critique à l'endroit des dirigeants du réseau: «Je reproche à l'équipe actuelle de direction son peu de transparence. Le ministre a fait allusion à des modifications majeures dans la gouvernance du réseau de la santé, entre autres à l'abolition des régies régionales ou à leur transformation dans une structure qui ressemblerait à celle de l'Alberta. On n'a pas de consultations là-dessus, on entend parler de cela à travers des intermédiaires. Ce n'est pas seulement la fédération qui se plaint de cette situation, mais j'entends d'autres groupes qui partagent cette vision.»

S'oppose-t-il à cette remise en question des régies? «On peut revoir les mandats qui leur sont confiés. Il y a peut-être lieu de réduire la taille de certaines et de s'assurer d'une décentralisation davantage accentuée dans l'organisation des soins. À la suite du discours public de M. Couillard, je crains qu'on en arrive à une centralisation encore plus grande.»

Il veut bien envisager des pistes de solution sur la structure du réseau, mais souhaite profiter d'un éclairage suffisant: «On ne sait rien actuellement. Tout ce qu'on a en main, ce sont des rumeurs et des bribes d'information à l'effet qu'il y a des modifications importantes qui s'en viennent dans la gouvernance de notre réseau. À ce sujet, le ministre ne consulte pas une fédération comme la nôtre ou d'autres groupes tout aussi importants. En ce sens-là, on peut certainement parler de climat d'incertitude, et on peut vraiment dire que le partenariat — ou la recherche de celui-ci — que nous avons développé dans plusieurs dossiers depuis plusieurs années avec le ministère de la Santé, ne semble plus au rendez-vous. Il ne m'apparaît pas évident que le ministre actuel et son équipe recherchent un tel partenariat.» Il en conclut que la période d'état de grâce du gouvernement achève et que les grands acteurs du réseau de la santé, comme les

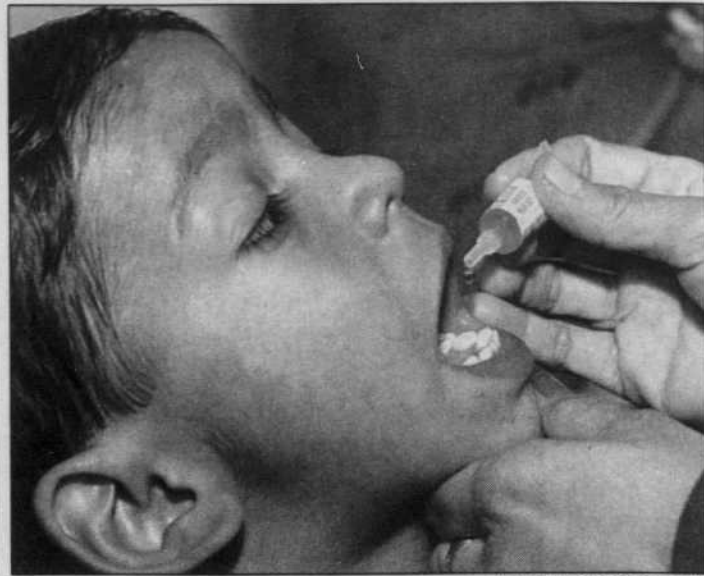
omnipraticiens, les médecins spécialistes ou d'autres organismes, exigeront à brève échéance davantage de transparence de la part des dirigeants du ministère.

La situation dans les urgences

Tout indique que le vent de panique estival qui soufflait avec vigueur dans les urgences a diminué d'intensité au cours du présent été. À quoi en attribuer la cause? «Il y a plusieurs facteurs dont le train de mesures qu'on a mis en place. On est mieux outillé qu'auparavant. Une des ententes qui nous a beaucoup aidés est celle sur les réserves de médecins qui étaient disponibles à pied levé pour empêcher une fermeture de salle d'urgence. Ce fut une mesure de court terme très efficace. Il y a eu d'autres moyens utilisés. On a créé des meilleures conditions de pratique dans les urgences avec les ententes qui ont été négociées l'automne dernier. Les médecins reçoivent une rémunération beaucoup plus intéressante quoique l'argent ne fut pas l'unique source des problèmes. On a énormément mis l'accent pour rendre le milieu plus valorisant pour les médecins à l'œuvre dans de tels lieux. On a fait en sorte que certains omnipraticiens puissent se recycler en médecine d'urgence. On a aussi conclu des ententes de partenariat entre des salles de milieu urbain et d'autres situées en région. Je résume en disant que cette amélioration résulte d'un train de mesures issues des négociations de l'automne 2002. Ces mesures proviennent de l'ancien régime et ont été reprises à son compte par la nouvelle administration.»

Il n'en demeure pas moins que la situation continue d'être très fragile à certains endroits: «C'est très problématique à Dolbeau. Je suis très inquiet de la répartition des effectifs médicaux dans les régions, de l'abolition survenue en juin du décret qui pénalisait les jeunes médecins pour s'établir dans un endroit plutôt que dans un autre; les nouvelles mesures incitatives qui devaient s'appliquer ne sont pas encore entrées en vigueur, et je déplore ce retard.»

RÉSEAU



KAMAL KISHORE REUTERS

Le service à la clientèle devrait continuer à avoir priorité sur les projets de restructuration et de réorganisation du réseau de la santé.

Oui à la continuité des services, non aux fusions

«On finit par s'occuper davantage de gestion interne que de service à la clientèle»

Réseaux locaux, agences régionales, réseaux universitaires intégrés de services (RUIS), voilà autant de projets annoncés en juillet dernier par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, en vue d'améliorer la qualité des services et des soins de santé. Une restructuration aux nobles visées, qui laisse cependant plus d'un acteur du milieu de la santé pantois. Bilan des positions.

MYLÈNE TREMBLAY

L'étude des crédits budgétaires a été l'occasion pour le gouvernement libéral de révéler ses intentions dans plusieurs dossiers. Celui de la santé n'a pas été laissé en reste. Le ministre à ses commandes, le D^r Couillard, a en effet plus d'une proposition en poche pour réorganiser le réseau de la santé à l'échelle de la province.

À commencer par la fusion des conseils d'administration des

CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers d'un même secteur. Le ministre entend créer un unique conseil d'administration qui se retrouverait sous la bannière d'un «réseau local» qui lui, serait englobé dans une «agence régionale». Une même région pourrait ainsi compter une dizaine de réseaux locaux regroupés au sein des nouvelles agences, qui viendraient quant à elles remplacer les actuelles Régies régionales de la

VOIR PAGE H 3: FUSIONS

Pleins feux sur les découvertes de demain !

Fruit de l'effort concerté de ses quatre partenaires, le

CENTRE D'INNOVATION GÉNOME QUÉBEC ET UNIVERSITÉ MCGILL

offre une plateforme de premier plan aux chercheurs

en génomique et en protéomique d'ici et d'ailleurs.

Fiers partenaires du Centre d'innovation Génomique Québec et Université McGill



Genome Québec

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

McGill



Genome Canada

• SANTÉ •

FUSIONS

Le ministère de la Santé doit prendre le temps d'évaluer les résultats des fusions antérieures pour en tirer les bonnes leçons

SUITE DE LA PAGE H 2

santé et des services sociaux. Cette structure serait imposée à l'ensemble du Québec de façon plus ou moins homogène, selon des particularités de chaque région.

Pour le moment, aucune proposition formelle n'a été déposée. Et tous les acteurs du milieu, qui déplorent ne pas avoir été consultés, attendent de voir la nature exacte des modifications avant de se prononcer. N'empêche que si la plupart des intervenants se disent d'accord avec les intentions du ministre d'offrir à la population davantage de continuité dans les services, ils se montrent néanmoins sceptiques quant à la nécessité de procéder à une vague de fusion pour y parvenir.

Éviter les vents de changement

«On est d'accord avec le ministre de développer des moyens pour rencontrer les objectifs d'amélioration d'accessibilité mais sans passer nécessairement par des fusions, fait valoir André Gendron, directeur de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, ajoutant qu'il faut éviter les grands vents de changement puisque «lorsqu'on vient jouer dans les structures, on finit par s'occuper davantage de gestion interne que de service à la clientèle».

Ce que propose l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec à tous ses partenaires depuis plusieurs années, c'est en fait la création de réseaux intégrés de services médicaux, de manière à mieux coordonner les efforts des médecins qui pratiquent en CLSC, en CHSLD et en centres hospitaliers sur un même territoire. «On demande depuis plusieurs années qu'il y ait une continuité des services sur le plan territorial en regroupant les établissements pour faire en sorte que les médecins soient parties prenantes des décisions», précise Mme Gendron. Les moyens mis de l'avant par l'Association se résument à une entente de services et à une gestion commune des budgets, afin d'éviter que des situations malencontreuses se produisent. «Il arrive que certains centres hospitaliers décident de garder des personnes âgées dans des lits de courte durée hautement financés afin d'équilibrer leur budget, alors que ces personnes nécessitent plutôt des soins de longue durée», dénonce la porte-parole de l'association, Marie-Claude Martel.

A son avis, il est préférable que les réseaux locaux conservent les structures inhérentes à chaque établissement tout en assurant leur coordination. «Le ministre voulait abolir tous les conseils d'administration pour en créer un seul nouveau. On vient d'avoir des élections dans nos réseaux. Laissons le temps à ces personnes élues de terminer leur mandat et donnons-leur des objectifs clairs pour qu'elles arrivent à leurs fins.»

André Gendron craint de son côté que le changement de nature des régions régionales ne vienne en-

traîner des difficultés opérationnelles. Selon le scénario proposé par le ministre, les réseaux locaux disposeraient de pouvoirs accrus dans la gestion des services et des ressources, tandis que les nouvelles agences régionales se limiteraient à faire de l'arbitrage entre les réseaux locaux et à leur distribuer le financement.

Tirer les leçons du passé

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) se montre elle aussi prudente relativement au projet de fusion. «On veut attendre de voir le projet final, indique Jean Rodrigue, porte-parole de la fédération. Il faut être prudent, parce que plusieurs expériences de fusions réalisées par le passé entre des hôpitaux ou entre des CLSC et des CHSLD n'ont pas donné tous les résultats positifs escomptés. Pensons à la fusion des hôpitaux de l'Outaouais, entre Gatineau et Hull, et celle des hôpitaux de Montréal, entre Verdun et Lachine.» Avant de se lancer dans de tels projets, pense-t-il, le ministère

de la Santé doit prendre le temps d'évaluer les résultats des fusions antérieures pour en tirer les bonnes leçons.

Lorsqu'on l'interroge sur les avantages que pourraient procurer tous ces remaniements, le D^r Rodrigue explique que les fusions peuvent engendrer des économies d'échelle sur le plan de la gestion, une meilleure intégration des différents services et des décisions et une meilleure continuité de l'information. Sauf que dans les faits, soutient-il, les fusions ont souvent été l'occasion de diluer les vocations de chacun des établissements. «À vouloir fusionner des entités trop distinctes, tout le monde a l'impression de perdre la vocation spécifique de chacun des centres et de ne pas en retrouver une nouvelle. On ne sait pas trop en fonction de quelle clientèle les décisions se prennent. Par exemple, un hôpital va imposer sa vision pour ce qui est des soins à domicile, tandis que le CLSC va imposer la sienne en ce qui a trait aux soins prolongés.»

Concernant la continuité de l'information, il peut même devenir plus ardu de se retrouver dans un dossier qui contient à la fois celui des hospitalisations, du CLSC et du médecin de famille. «En ce sens, je ne suis pas certain que la population sera bien desservie par les fusions», remarque le médecin.

Ce dernier considère finalement malheureux que les projets mis de l'avant par le ministre Couillard — réseaux locaux de santé, agences régionales, RUIS — n'aient pas fait l'objet de discussions ni d'évaluation scientifique des modèles préexistants. «On n'a pas fait la démonstration que les régions régionales étaient inefficaces ni que les fusions des hôpitaux avec les CLSC étaient nécessaires. On propose des nouveaux modèles qui peuvent être intéressants sans qu'il y ait vraiment eu de consultations des intervenants. On espère que le ministre se prépare à en faire.»

Le projet de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) avancé par le ministre Philippe Couillard rejoint les préoccupations des médecins mais suscite aussi plusieurs craintes.

MYLÈNE TREMBLAY

annoncée en plein été, la proposition du ministre de la Santé et des Services sociaux de remédier à la pénurie d'effectifs médicaux en région en mobilisant les facultés de médecine et les centres hospitaliers universitaires (CHU) du Québec fait l'unanimité au sein de la profession médicale malgré des zones d'ombre. Celle-ci reconnaît en effet la responsabilité des établissements universitaires de parer les régions afin d'y assurer la présence d'effectifs suffisants.

«Les réseaux sont nécessaires, car il y a une pénurie de médecins et il faut trouver des façons pour que les services soient rendus avec le personnel en place, sans non plus le surcharger, avance le D^r Yves Dugré, président des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). C'est un concept intéressant que de diviser la province selon les quatre facultés de médecine (et de créer quatre RUIS, à l'Université Laval, à l'Université de Montréal, à l'Université McGill et à l'Université de Sherbrooke).»

En principe, chaque CHU serait responsable de la formation de médecins et de l'organisation des soins médicaux en région. «Ce qui a été proposé est une bonne avenue de solution même si on n'a pas été consulté, plaide de son côté Patrick Garceau, président de la Fédération des médecins résidents du Québec. On trouve intéressant que notre idée de corridors de services ait été prise en ligne de compte.»

Un manque d'effectifs

Les médecins résidents du Québec préconisent en effet depuis quelques années la mise en place de corridors de services entre les CHU et les hôpitaux en région. Par exemple, tous les cas sévères de cardiologie de Rouyn seraient traités en urgence dans l'hôpital de la région puis transférés à Montréal pour compléter l'investigation. «Des lits doivent être prêts à accueillir en tout temps des patients dans les milieux universitaires», précise Patrick Garceau. Mais pour qu'un tel système fonctionne, ajoute le jeune médecin, il faut d'abord augmenter les effectifs des CHU et éviter d'envoyer une petite équipe de deux ou trois médecins spécialistes en région. «Il faut augmenter les postes en milieu universitaire pour créer des centres plus forts qui eux seraient responsables des petits centres des régions et non pas saupoudrer des médecins ici et là.»

C'est justement ce concept du repositionnement au pied levé qui suscite des points d'interrogation auprès des médecins spécialistes. Le président de la FMSQ se demande en effet comment faire pour qu'un groupe de médecins soit prêt à quitter sur le vif un milieu universitaire pour aller prêter main forte à ses collègues en région. «Il n'y a personne qui se tourne les pouces dans les CHU, illustre le D^r Dugré. Ce n'est pas évident, en médecine spécialisée, qu'en cas de bris de service, on puisse trouver un chirurgien en "stand by" dans un établissement universitaire

Médecine et universités

Oui aux réseaux universitaires intégrés de santé

pour aller remplacer dans un hôpital en région. Il y a également un problème de pénurie dans les milieux universitaires. Il n'y a pas d'équipe disponible à tout moment.»

Non à l'impérialisme universitaire, oui aux réseaux de support

La FMSQ opte plutôt pour l'établissement des médecins en région. «La population a besoin de services continus et les collègues des régions ont besoin également de plus qu'un itinéraire, insiste Yves Dugré. Le danger [que présentent les RUIS], c'est que tous les effectifs soient concentrés en ville et qu'ils viennent au gré des remplacements en région.» Selon lui, les médecins spécialistes des régions craignent que l'augmentation des effectifs des CHU n'engendre un impérialisme universitaire. «Il y a une incertitude par rapport à la forme de réseau préconisée par le ministre Couillard. Il ne faudrait pas que ça débouche sur de l'impérialisme universitaire, que les plans d'effectifs soient concentrés dans les CHU, compte tenu du fait qu'ils vont faire du réseautage en région et que les régions soient prises en otage.»

Les médecins spécialistes sou-

haitent ainsi que les régions conservent leur autonomie face aux centres universitaires grâce à l'implantation de réseaux de support afin d'éviter l'isolement professionnel. «C'est difficile pour un médecin de pratiquer seul. En n'étant pas exposé à toutes les pathologies, il perd ses capacités, ses connaissances et sa notoriété», reconnaît le D^r Dugré.

Le président de la FMRQ dresse le même constat: «Les résidents se rendent compte qu'il y a beaucoup d'interaction à l'université entre les collègues. En région, on perd cette dimension. Si les médecins travaillent en trop petits groupes, ils font face à un surplus de tâches [qui les empêchent d'échanger]. De plus, les médecins en région ne font pas suffisamment de cas pour rester habiles. Ils risquent l'atrophie professionnelle.»

Conscients du fait qu'ils constituent la relève de demain, les médecins résidents cherchent un moyen d'offrir des services à la population sans pour autant être obligés d'aller pratiquer dans un endroit donné. Leur crainte: voir les CHU se dégarner et l'autonomie professionnelle des médecins être mise en péril. «On souhaite que le ministre respecte le caractère particulier des CHU et qu'il ne mette pas leur statut en péril en diminuant nos effectifs pour les envoyer en région. Il ne faut pas fragiliser les effectifs des centres», souligne Patrick Garceau.

Avantages des RUIS

La proposition du ministre Couillard comporte de nombreux avantages aux yeux des deux fédérations, malgré le flou artistique qui l'entoure. En premier lieu, une formation mieux adaptée à la pratique en région. «On présume que les RUIS vont engendrer une circulation plus grande des résidents dans les régions. Ils vont y faire une partie de leur stage et voir que la médecine spécialisée se pratique aussi passé les ponts de Montréal», plaisante le D^r Dugré. À son avis, la prise en charge du milieu universitaire de l'organisation des soins et des services en région pourrait également déboucher sur une formation académique plus décentralisée. «Des études ont démontré qu'il y a plus de médecins formés à Québec et à Sherbrooke qui travaillent dans les régions. Les RUIS pourraient mener à une meilleure répartition géographique des médecins en région.»

La Fédération des médecins résidents voit d'un œil favorable le déroulement de certains stages en région, à condition que la qualité de la formation soit maintenue. «On veut bien que des stages se fassent en région, mais pas tout au long de la formation, concède Patrick Garceau. La décentralisation de la formation ne doit pas aboutir sur une perte de sa qualité.»

PRISME
Programmes régionaux intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement
MALADIES CHRONIQUES

S'attaquer ensemble aux maladies respiratoires et au diabète

Par ses activités d'éducation professionnelle continue, de suivi médical et d'enseignement aux patients, le programme **PRIISME** a comme objectif la **gestion optimale** des maladies chroniques, telles l'asthme, la MPOC et le diabète. Ce programme privilégie le **travail en équipe multidisciplinaire** ainsi qu'un **partenariat public-privé**.

Jusqu'à présent, plus de 9 millions \$ ont été investis au Québec dans différents projets PRIISME afin d'améliorer la gestion des maladies chroniques et de **favoriser l'utilisation appropriée des médicaments**.

Les maladies chroniques, un défi qu'il faut relever en partenariat

Une initiative de **gsk** GlaxoSmithKline

Les infirmières et infirmiers auxiliaires
Des professionnels dynamiques et engagés dans le changement



Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

« La santé est un état de bien-être global de l'individu, dans ses dimensions tant physique que psychologique et sociale; elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie. »

- Organisation mondiale de la santé



Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

L'humain. Avant tout.

(514) 731-3925
1 888 731-9420

La santé impossible sans les infirmières

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec



♦ SANTÉ ♦

Génome Québec et université McGill

High-tech pour l'infiniment petit

DENIS LORD

Partenariat

Nous sommes à Montréal, au Tomlinson TechSquare, le technopôle de l'université McGill consacré aux technologies de l'information, les sciences des matériaux et les sciences de la santé. Au 740 de la rue Docteur-Penfield, sur le site de l'ancien pavillon William Donner, s'érige désormais le Centre d'innovation Génome Québec et université McGill.

Avec 30 millions de dollars d'équipement sophistiqué, une équipe multidisciplinaire de scientifiques de haut niveau, le centre propulse le Québec à l'épicentre des recherches en biotechnologies, sur la cartographie des gènes humains et ses applications médicales potentielles. «C'est un des plus grands groupes de recherche sur le génome à travers le monde», affirme le directeur scientifique du Centre, le Dr Thomas Hudson. Peu de groupes ont accès comme nous à autant de technologies de pointe. Il n'y a jamais eu au Canada d'investissement à ce niveau dans la recherche. On parle de "Big Science"! Nous avons des mathématiciens, des informaticiens, des ingénieurs, des chimistes; c'est assez nouveau. Ça ne fait que 10 ans qu'on a démontré l'efficacité de l'interdisciplinarité dans la recherche. Nous allons plus loin. C'est une plateforme dispendieuse, mais une fois atteinte la masse critique, tout est là pour mener d'autres projets à terme, sur le diabète par exemple.»

Le Centre d'innovation, c'est un peu le bébé du Dr Hudson. Annie Perrault, vice-présidente de Génome Canada, une compagnie privée à but non lucratif qui cofinance le centre, rappelle son itinéraire: «Le Dr Thomas Hudson est un chercheur originaire de Jonquière, plus connu dans le monde qu'au Canada. Il est revenu des États-Unis, où il était depuis 12 ans, parce qu'on lui offrait l'opportunité de faire de la recherche à son niveau.»

Directeur adjoint du Whitehead Institute/MIT Center for Genome Research, M. Hudson est reconnu comme une sommité mondiale dans le domaine de la recherche et du développement de la robotique et de l'informatique associées à la cartographie de l'ADN. Sous l'angle de l'immunologie, il s'est particulièrement intéressé au lupus, à l'arthrite et à l'asthme. Le Dr Hudson enseigne aux départements de génétique humaine et de médecine de l'université McGill. Parmi les nombreux prix couronnant sa relativement jeune carrière, soulignons le Clinician-Scientist Award des Instituts de recherche en santé du Canada, le 2001 Young Investigator Award de la Société de génétique du Canada et le prix du scientifique de l'année remis en 2000 par Radio-Canada.

En 1996, le Dr Hudson a fondé le Montreal General Hospital Genome Lab, rebaptisé trois ans plus tard Centre Génomique de Montréal. «En 2001, rappelle Mme Perrault, nous en sommes arrivés à la conclusion que nous devions rassembler certains de nos projets dans un même endroit, dans des locaux de recherche modernes et interdisciplinaires.»

Le bâtiment du 740, Docteur-Penfield a été conçu conjointement par deux cabinets d'architectes Kuwbara, Payne, McKenna et Blumberg, et Fichten, Soiferman et associés. La structure de verre et de béton de l'édifice abrite six étages d'une superficie de 100 000 pieds carrés, avec 300 fenêtres offrant une vue panoramique sur la ville et la montagne. Les 31,6 millions de dollars nécessaires à son érection ont été fournis par Génome Québec, Génome Canada, différents ministères et organismes provinciaux et fédéraux ainsi que des compagnies privées. Ces partenaires rajouteront d'ici cinq ans 50 millions supplémentaires pour le fonctionnement et l'équipement du centre. Quarante-vingt-cinq chercheurs sont déjà sur place et lorsque les autres locaux seront progressivement occupés, d'ici la fin de l'année, plus de 250 personnes devraient y être associées, sans compter les chercheurs invités, les étudiants des cycles supérieurs et les entrepreneurs.

Outre le Centre d'innovation, le bâtiment est l'hôte du Réseau protéomique de Montréal et d'un centre de recherche sur les tissus osseux et de périodontie. Deux étages seront occupés par des entreprises privées. Le partenariat est à l'ordre du jour: avec l'université McGill bien sûr — le centre faisant partie intégrante du Centre universitaire de santé McGill —, mais également avec les universités de Montréal et Laval, avec l'hôpital Sainte-Justine pour de la recherche en génétique régulatrice, etc. «Une de nos grandes missions, précise le Dr Hudson, c'est de donner accès à nos ressources et à notre expertise à l'ensemble de la communauté universitaire mais aussi à des compagnies privées qui voudraient profiter de notre technologie.»

Le Centre possède des technologies de pointe dans le domaine du séquençage, de la production de bio-puces et du génotypage, un des trois grands projets de Génome Québec à être développé au Centre d'innovation. Pour recenser les gènes et étudier leur rôle dans le développement de maladies, on a acquis en janvier dernier le système BeadArray de la compagnie Illumina, qui fournit un débit élevé d'échantillonnage et un système de gestion de l'informatisation de laboratoire. Seulement deux centres de recherche dans le monde possèdent cette technologie qui peut produire des milliers de tests en parallèle.

Le système BeadArray servira entre autres à la réalisation de la partie canadienne de HapMap, «le projet international le plus important depuis le projet de séquençage du génome humain», de dire Thomas Hudson. Il s'agit, en se basant sur les différences génétiques entre individus, d'identifier les gènes associés à des maladies comme l'asthme, le diabète, les problèmes cardiaques et le cancer. Ce projet, dont la réalisation associe, entre autres, le Canada, les États-Unis, la Chine et le Japon, coûtera globalement 150 millions de dollars. Les enjeux de HapMap sont de l'ordre de la recherche fondamentale, mais touchent également des applications plus pragmatiques comme la détection et le diagnostic précoce de maladies.

Une entrevue avec Perry Niro

BIOQuébec sonne l'alarme

Le dernier budget Séguin met à mal le développement d'une industrie québécoise des biotechnologies

Certaines mesures du nouveau budget du ministre des Finances Yves Séguin sont susceptibles de nuire aux entreprises québécoises de biotechnologies. C'est ce qu'avance M. Perry Niro, directeur général de BIOQuébec, une association industrielle regroupant plus de 200 entreprises québécoises œuvrant dans le domaine de la biotechnologie.

PIERRE VALLÉE

Si les biotechnologies ont connu un essor considérable ces dernières années au Québec — le Québec est le leader canadien en la matière et troisième en Amérique du Nord en ce qui a trait au nombre d'entreprises — plusieurs de ces mêmes entreprises se trouvent aujourd'hui dans une situation précaire sur le plan financier. En effet, une récente enquête menée par la firme Ernst & Young a révélé qu'environ la moitié des entreprises canadiennes de biotechnologies disposent de moins de 18 mois d'encaisse. «Au Québec, précise Perry Niro, on estime que 40 % des entreprises en biotechnologie disposent seulement d'une encaisse de six mois. La situation nous apparaît très préoccupante.»

Faute de financement adéquat, plusieurs de ces entreprises devront faire de douloureux choix: comprimer les dépenses et ralentir la recherche, fusionner ou accepter d'être avalé par plus gros que soi, ou tout simplement laisser tomber complètement un secteur de recherche. Certaines entreprises pourraient même disparaître.

Une étape charnière

La grande responsable de cette situation, selon Perry Niro, est l'éclosion de la bulle technologique. «Depuis cette chute boursière, les investisseurs sont plus prudents et les capitaux de risques dans le domaine des biotechnologies ont diminué de 50 %. La tarte est moins grosse et les portions donc plus petites.» Si au Québec, il demeure encore relativement facile de trouver du capital de risque pour le démarrage d'une entreprise de biotechnologie, la situation se corse lorsque l'entreprise atteint trois ou quatre ans d'existence. «Il faut comprendre qu'une entreprise en biotechnologie ne génère aucun revenu avant la commercialisation de son produit, ce qui arrive après une longue période de recherche et développement. Par exemple, dans le domaine des biotechnologies de la santé, un secteur de pointe au Québec, cette période peut durer de sept à 10 ans. Pendant cette période, l'entreprise continue toujours à dépenser et le financement devient alors vital. Nous sommes un peu comme l'industrie minière. Nous ne faisons pas la prospection de minerais mais plutôt la prospection de molécules. Et comme l'industrie minière, nous

devons investir beaucoup avant de trouver le bon filon.»

Selon Perry Niro, ce sont les entreprises qui se situent dans cette période charnière qui seront le plus durement touchées par deux des mesures contenues dans le récent budget, soit la réduction de 12,5 % du crédit d'impôt pour la recherche et le développement et le moratoire sur le régime d'épargne-action.

«Le crédit d'impôt représente une importante source de revenu pour nos entreprises, précise-t-il. Si une entreprise investissait deux millions de dollars en recherche, 40 % de cette somme lui était remboursée. Avec la réduction, cela tombe à seulement 35 %.» Il craint que ce manque à gagner ne se traduise par des compressions dans les ressources humaines, en particulier du côté des chercheurs.

Quant au moratoire sur le régime d'épargne-action, il croit que cela va freiner l'appel à l'épargne publique des PME en biotechnologies qui se préparent à s'inscrire à la Bourse. «Sans cet avantage fiscal consenti aux investisseurs, plusieurs entreprises attendront avant d'émettre des actions.»

Des compétiteurs dynamiques

Selon Perry Niro, ces deux mesures, ainsi que l'absence d'initiatives en matière d'innovation et de financement, risquent de fragiliser l'industrie québécoise des biotechnologies à un moment clé de son évolution. Sans compter qu'en matière de biotechnologies, le Québec doit sembler à de sérieux compétiteurs au sud de sa frontière, notamment l'État du Massachusetts et l'État de la Caroline du Nord.

Depuis quelques années déjà, la Caroline du Nord se fait très dynamique dans le domaine des biotechnologies. Cet État fait même du maraudage au Québec, cherchant à attirer en ses frontières chercheurs et entreprises d'ici. «Ils ont même embauché un représentant qui parle français.»

Le Massachusetts, en particulier la région de Boston, est le leader mondial en biotechnologie. Pourtant, les entreprises qui s'y trouvent bénéficient d'une politique de soutien de la part du gouvernement. «On est d'autant plus justifié au Québec de demander le soutien de l'État.»

Sans compter que les entreprises américaines de biotechnologies peuvent profiter de généreux contrats de recherche de la part du gouvernement améri-



SOURCE BIOQUÉBEC
Perry Niro, directeur général de BIOQuébec.

caïn. Par exemple, le National Institute of Health accordera pour 23 milliards de contrats de recherche. «A elle seule, la guerre contre le bioterrorisme lancée par le président Bush dispose d'une somme de six milliards.»

Pour plus d'abris fiscaux

Perry Niro croit que devant un tel avantage, le gouvernement du Québec n'a pas le choix que de compenser en soutenant davantage le secteur des biotechnologies: «Il nous faut à la fois un financement plus adéquat et davantage d'abris fiscaux si l'on veut que nos entreprises puissent concurrencer les entreprises américaines. Il faut aussi que ce financement soit disponible à chaque phase de croissance des entreprises. Ce n'est qu'à la fin du processus, au moment de la commercialisation du produit, une fois que l'environnement est suffisamment attrayant que les capitaux privés pourront venir prendre la relève.»

Dans les semaines à venir, BIOQuébec entend bien proposer aux instances gouvernementales quelques pistes de solutions qui, selon Perry Niro, pourraient aider à mieux soutenir l'industrie québécoise des biotechnologies. Mais surtout, il attend de ce nouveau gouvernement «un engagement formel envers les biotechnologies.»

Perry Niro n'est pas en désaccord avec une certaine révision des divers programmes de soutien — certains mériteraient d'être mieux ciblés — mais le soutien du gouvernement ne doit pas être remis en cause.

«Cet exercice de réflexion est peut-être utile, mais il faut que cette réflexion se fasse rapidement et qu'elle débouche sur une véritable politique de soutien. Car nous considérons qu'il y a présentement péril en la demeure.»

La PLACE
des techniciennes
en diététique

dans le domaine
de la NUTRITION

L'apport des techniciennes en diététique contribue au recouvrement de la santé et à la réduction des coûts d'hospitalisation par un prise en charge de la clientèle et une continuité dans l'intervention nutritionnelle.

CPS

Centrale des professionnelles
et professionnels de la santé

Défendre notre
système de santé public,
c'est défendre
notre qualité de vie.

SCFP
Syndicat canadien de
la fonction publique FTQ

www.scfp.qc.ca

• SANTÉ •

Recherches à Polytechnique

Une petite merveille de 55 grammes

Un cœur qui fonctionnerait à 10 000 tours à la minute!

Une équipe d'ingénieurs de l'École polytechnique, en collaboration avec deux chirurgiens de l'Institut de cardiologie de Montréal, relève le défi de concevoir une pompe cardiaque qui pourrait préserver des milliers de vies. Ce faisant, elle se frotte aux grandes équipes américaines et internationales qui rêvent de mettre au point un cœur artificiel opérationnel.

CLAUDE LAFLEUR

Depuis bientôt un siècle, médecins et chirurgiens cherchent le moyen de suppléer aux terribles conséquences d'une insuffisance cardiaque. Deux grandes stratégies sont possibles: remplacer complètement le cœur ou lui ajouter un dispositif qui l'aide à fonctionner normalement.

C'est cette seconde stratégie qu'a adoptée l'équipe d'André Garon, professeur titulaire au département de génie mécanique de l'École polytechnique et spécialiste des pompes. «Comme on le sait tous, rappelle-t-il, le cœur est une pompe. En fait, il s'agit de deux pompes avec quatre chambres. Or, la "pompe" qui est la plus souvent défaillante est celle du ventricule gauche, puisque c'est elle qui pousse le sang vers tout l'organisme.»

Il y a quatre ans, les D^r Louis-Conrad Pelletier et Michel Carrier — deux chirurgiens de l'Institut de cardiologie de Montréal — ont pris contact avec l'École polytechnique

avec l'ébauche d'un projet de pompe d'assistance cardiaque. «Et c'est à moi qu'a abouti le projet, relate André Garon, car ma spécialité porte sur les pompes et les turbines..., mais les pompes et turbines de grandes dimensions!»

Cette fois, l'ingénieur mécanique a eu à concevoir une pompe guère plus grosse que le bout du pouce. Celle-ci sera implantée dans le ventricule gauche afin de propulser chaque minute cinq litres de sang. Elle devra, espère-t-il, fonctionner sans défaillance durant une bonne dizaine d'années.

«Notre projet n'est pas unique puisque à travers le monde, on essaie depuis longtemps de créer un dispositif qui peut soutenir le cœur», explique M. Garon. Plusieurs initiatives ont été tentées, dont la plus connue est sans doute le dispositif Jarvik-7 qui avait été implanté sur le dentiste américain Barney Clark en 1982. L'expérience a cependant été un succès fort mitigé, le patient ne survivant que 112 jours.

L'équipe de la Polytechnique

met donc au point une petite turbine rotative qui fournit un débit sanguin constant. «D'un point de vue du génie, explique M. Garon, c'est simple, car une seule pièce est en mouvement: le rotor de la turbine». Il souligne que ce type de mécanisme existe depuis une vingtaine d'années, «mais les pompes actuelles sont installées temporairement, en attendant une transplantation cardiaque. Notre objectif est d'obtenir une pompe qui pourra être installée de façon permanente».

Encore une dizaine d'années...

Etonnamment, concevoir une machine aussi minuscule qui doit fonctionner sans faille durant une décennie ne représente pas un défi important. «Les forces en présence ne sont jamais suffisantes pour briser quoi que ce soit à l'intérieur», souligne l'ingénieur en expliquant que la seule partie qui bouge (le rotor) tourne sans contact et ne s'use donc pas. Ce rotor est activé par un moteur électrique traditionnel qui ne possède aucune composante électrique. «Autrement dit, notre pompe sera en soi très robuste.»

Par contre, les ingénieurs ont dû déterminer soigneusement le tranchant et l'inclinaison des pales du rotor afin d'éviter que celles-ci ne déchirent la membrane des globules rouges. Il leur fallait aus-



SOURCE POLYTECHNIQUE

André Garon, professeur titulaire au département de génie mécanique de l'École polytechnique.

si assurer la plus haute vitesse de façon à minimiser le temps de résidence du sang dans la pompe. Résultat: ils ont conçu une pompe de 55 grammes qui ne mesure que 22 millimètres et qui tourne à 10 000 tours à la minute!

La principale difficulté à laquelle ils demeurent confrontés consiste à s'assurer que la pompe n'endommage pas le sang qui la traverse. «Une pompe est un dispositif mécanique qui engendre toutes sortes de forces qui peuvent briser la membrane des globules rouges, rapporte le P Garon. Qu'on ne se méprenne pas, s'empresse-t-il d'ajouter, toutes les pompes mécaniques vont détruire

une portion du sang. Notre défi consiste donc à concevoir un dispositif dont le taux de destruction soit inférieur à un certain degré.» De surcroît, il y a une énorme différence entre, en laboratoire, faire circuler du sang dans une boucle et obtenir la même chose dans un être vivant.

Du porc à l'humain

Son équipe a par conséquent implanté des pompes chez des porcs d'environ 80 kilos (ce qui représente assez bien un homme) ainsi que chez des veaux (plus faciles à opérer). Selon le protocole qui doit être scrupuleusement suivi, une pompe ne doit cependant pas être utilisée plus de neuf heures, après quoi l'animal doit être euthanasié. Par la suite, les chercheurs en font l'autopsie afin d'observer comment tout s'est passé en lui.

Ces essais progressent normalement, au dire de M. Garon. Les chercheurs se préparent d'ailleurs à passer à une nouvelle étape dès l'an prochain: l'implantation sur des animaux de pompes durant de un à trois mois. «On saura si on a atteint notre objectif lorsque nos essais auront été complétés... au plus tard dans deux ans», précise l'ingénieur.

Son équipe espère obtenir l'approbation de l'incontournable Food & Drug Administration américaine afin de pouvoir ensuite amorcer l'expérimentation chez

l'humain. «Il faudra donc s'entendre avec les différents intervenants pour établir des protocoles d'essais, relate M. Garon. À partir de là, les essais humains pourraient durer très longtemps car, encore une fois, on devra satisfaire un certain nombre d'exigences, ce qui peut prendre plus de cinq ans. C'est alors seulement qu'on pourra obtenir un permis de commercialisation...»

À terme — c'est-à-dire d'ici une dizaine d'années environ — André Garon espère que sa pompe cardiaque servira de deux manières. Elle pourra être implantée temporairement, soit chez des patients en attente de greffe ou chez ceux dont le cœur a besoin d'un «soulagement» le temps de reprendre normalement ses activités. Eventuellement, la pompe pourrait être implantée de façon permanente chez des patients et leur permettre ainsi de mener une vie à peu près normale.

«Mais soyons réalistes, lance le chercheur, on ne fera pas d'eux des marathoniens! Les personnes munies de notre pompe seront capables de monter un escalier sans s'essouffler, de faire de l'exercice de façon modérée et de mener une vie active, mais ce ne seront pas des coureurs. On pourra cependant leur procurer une qualité de vie qu'elles n'avaient plus. Et si on atteint cela, on aura réussi beaucoup de choses!»

POINT SUR LA SANTÉ

ATTENTES

CE CAHIER SPÉCIAL

EST PUBLIÉ PAR LE DEVOIR

Responsable NORMAND THÉRIAULT

ntheriault@ledevoir.ca

2050, rue de Bleury, 9^e étage, Montréal (Québec) H3A 3M9.

Tél.: (514) 985-3333 redaction@ledevoir.com

FAIS CE QUE DOIS

POUR DES SERVICES PUBLICS EN SANTÉ, VALORISONS LE PERSONNEL.

À reconnaître et à mettre à contribution les compétences et savoir-faire de toutes et de tous, nous y gagnerons de meilleurs soins.



Faculté de l'éducation permanente
La faculté d'évoluer

125
ANS

Prenez de la valeur.

Inscrivez-vous à des certificats et des modules axés sur la pratique.



- Gériatrie
- Gestion des services de santé et des services sociaux
- Intervention de crise
- Intervention en déficience intellectuelle
- Santé communautaire
- Santé mentale
- Toxicomanies

CAMPUS
CAMPUS RÉGIONAUX
FORMATION À DISTANCE

hiver
2004

Renseignements
514.343.6090 ou 1 800 363.8876
www.fep.umontreal.ca

Université de Montréal

FÉDÉRATION DES PROFESSIONNELLES

« Je suis professionnel ET syndiqué. »

Hugo Toupin, ergothérapeute

FP
 CSN

