

LE DEVOIR

Point sur... la santé

ÉTAT DU RÉSEAU

PREMIÈRE LIGNE

«L'informatisation du système de santé est la clé de voûte»

Page 3



ÉQUIPEMENTS

«On est capables de suivre les plus récents développements technologiques»

Page 5

Apparente accalmie



Le ministre de la Santé, Philippe Couillard



JACQUES GRENIER LE DEVOIR



Dix-huit mois plus tard, le ministre Couillard convainc toujours: ce qui n'est pas rien, quand on sait qu'au jour le jour les mauvaises nouvelles se succèdent dans ce secteur.

Les Québécois consomment en fait encore moins de médicaments que les autres Canadiens

Le ministère de la Santé fait, ou défait, une carrière politique. Il y a 30 ans de cela, une Thérèse La-voie-Roux, alors tenante du poste de ministre, était devenue une des figures les plus populaires de l'administration libérale en projetant de son ministère une image où les dossiers, multiples, suivaient leurs parcours avec l'approbation de tous les intervenants du milieu.

Par contre, un Lucien Bouchard vit sa cote subir un dur coup quand il opéra une rationalisation des dépenses dans le secteur, déposant un plan massif de mise à la retraite anticipée pour les infirmières. Que dire de l'étoile d'un Jean Rochon qui pâlit vite et dont un transfert de poste vers la science et la technologie n'améliora pas pour autant la brillance.

Un Philippe Couillard, le dernier arrivé à la direction du plus gros budget de l'État québécois, a vu son intronisation au poste se faire sans bémol. Le député de Mont-Royal a en fait été perçu, dès sa nomination, par les divers intervenants du réseau comme possédant une capacité réelle pour assumer une telle fonction. Dix-huit mois plus tard, il convainc toujours: ce qui n'est pas rien, quand on sait qu'au jour le jour les mauvaises nouvelles se succèdent dans ce secteur, rarement contrebalancées par des déclarations enthousiastes.

Dossiers

Parlons-nous d'hôpitaux que s'impose cette bactérie *C. difficile* qui y opère des ravages. Et là des bémols se font entendre: «Ce que je trouve dommage, c'est qu'on soit obligé

d'être confronté à une crise comme celle-là pour réussir à faire avancer un dossier pour lequel on se bat depuis plusieurs années», déclare le Dr André Poirier, président de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues. C'est long avant que les choses aboutissent. On a proposé aux autorités un réseau pour la surveillance provinciale, régionale, qui serait doté d'une standardisation des méthodes et des pratiques; ça figure dans un projet en noir et blanc sur papier»

Abordons-nous le secteur des services dits de première ligne que les PPP font craindre pour l'avenir. «C'est un phénomène encore marginal, mais il faut prendre ça au sérieux et l'interpréter comme le symptôme d'un dysfonctionnement du système public», informe Renaldo Battista, directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

L'augmentation des dépenses consacrées à l'achat de médicaments semble aussi alarmante. Là, il semble même y avoir un problème «culturel» grave: «Comme l'ont démontré plusieurs études et sondages, les personnes qui sortent de chez le médecin sans «prescription» ont majoritairement l'impression de ne pas avoir été traitées», souligne Suzanne Bisailon, elle aussi de l'Université de Montréal.

Si, en recherche, le dossier des hôpitaux universitaires traîne toujours, la situation semblerait des plus acceptables en ce qui concerne les appareils mis à la disposition des techniciens et chercheurs: «Nous sommes assez bien équipés en matière de technologie biomédicale», affirme Clément Mainville, vice-président de l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec, décrivant son secteur.

Généralement, on est capables de suivre les plus récents développements technologiques. On n'est peut-être qu'une année ou deux en arrière...»

Questions

Il demeure toutefois que la nécessité s'impose régulièrement de rappeler certaines situations qui perdurent. En région, le manque de médecins, généralistes ou spécialistes, est toujours réel. Les solutions proposées, qui font appel à des partenariats avec le privé (toutes ces mesures qui s'appuient sur l'expérience britannique), font douter de la valeur d'un système qui, politiquement, est voulu universel. Quant aux dépenses faites dans ce secteur, il semble irréaliste de penser qu'on puisse les voir un jour autrement que croissantes: les Québécois consomment en fait encore moins de médicaments que les autres Canadiens et on n'approche en rien de la somme *per capita* que les Américains déboursent en ce domaine.

Cependant, aussi longtemps que les syndicats ne montent pas aux barricades, ou tant qu'un groupe de médecins n'informe pas d'un projet de grève quelconque (ou de vouloir quitter par tous les moyens la province), il est de mise de se dire que le réseau est doublement en santé.

Alors, l'étoile du ministre brille. Et sa rapidité à réagir aux diverses difficultés démontre qu'il sait toujours s'y prendre avec ce lourd secteur qui, politiquement, est crucial. Du moins au temps des batailles électorales.

Normand Thériault

RÉSEAU
Hôpitaux
Page 2
Médicaments
Page 4

RECHERCHE
CHUQ
Page 4
Centre Léa-Roback
Page 5

TRAITEMENT
Maladies de l'intestin
Ostéoporose
Page 6

• SANTÉ •

Hospitalisation... sans danger?

Un plan d'action pour contrer les infections a déjà été transmis au ministre

Tout est écrit, «en noir et blanc sur papier»

La bactérie *C. difficile* fait craindre le pire aux gens qui doivent séjourner dans un centre hospitalier. Des spécialistes ont déjà déterminé les mesures à appliquer pour soigner un réseau hospitalier qui rend malade. Il reste à agir.

RÉGINALD HARVEY

Il est évident, ce qui a été prouvé par la science, qu'il y a eu une augmentation significative des cas de personnes victimes de la bactérie *C. difficile* dans les hôpitaux du Québec, comme le laisse savoir le Dr André Poirier, président de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues. Il en fournit la raison: «Bien que ce ne soit pas encore documenté, je crois qu'on a eu affaire à une souche plus virulente, sans qu'elle soit nécessairement plus résistante aux antibiotiques. Il y a eu aussi des facteurs qui ont favorisé la transmission de cette bactérie-là, comme la promiscuité et la vétusté de certains centres hospitaliers. Sans vouloir, encore là, blâmer personne, je me pose la question: est-ce qu'il y a eu dans certains centres un laisser-aller sur le plan des conditions de désinfection et de nettoyage? En tout cas, on s'aperçoit que les cas diminuent là où il s'est produit un resserrement à ce sujet.»

Contrairement au ministre Couillard, il ne remet pas en cause l'antibiothérapie: «Je pense que c'est un volet qui compte pour peu dans l'épisode actuel. L'usage que font les médecins des antibiotiques revêt un impact mineur. Il est évident que c'est correct de fournir une bonne prescription et ce n'est pas cela qu'on remet en question. Ce n'est pas la cause principale.»

Les correctifs à apporter

Il a été largement question des soins hygiéniques appropriés à prendre, parmi les moyens d'action proposés par les autorités médicales, pour combattre cette inquiétante bactérie. Le Dr André Poirier approuve cette solution, mais il nuance: «Si on insiste seulement sur le lavage des mains, c'est s'en laver les mains un peu rapidement. C'est une des mesures qui est majeure dans la transmission, mais ce n'est pas la seule.»

Au-delà de ce geste, il déplore une situation globale: «Ce que je trouve dommage, c'est qu'on soit obligé d'être confronté à une crise comme celle-là pour réussir à faire avancer un dossier pour lequel on se bat depuis plusieurs années. On a créé en 2000, conjointement avec le ministre, le Comité des infections nosocomiales du Québec, qui est composé de microbiologistes infectiologues ainsi que de gens de la santé publique et du ministère; on travaille dans la prévention et des recommandations ont été examinées, mais... C'est long avant que les choses aboutissent. On a proposé aux autorités un réseau pour la surveillance provinciale, régionale, qui serait doté d'une standardisation des méthodes et des pratiques; ça figure dans un projet en noir et blanc sur papier.»

Il tente de comprendre le cheminement de cette proposition: «Il y a malheureusement des délais qui sont peut-être incontournables; je ne suis pas politicien et je ne travaille pas au ministère. Nous, on est pragmatiques et on dit: c'est de cette façon que ça devrait marcher. Il a donc fallu une crise comme celle-là pour être en mesure de faire "atterrir" cela, ce qui n'est pas encore fait. On est loin de là, mais tout le monde reconnaît que ça presse. Malgré tout, on est chanceux, le plan est déjà tout préparé. Celui-ci existe et il a été soumis. Incessamment, les mesures prévues devraient "descendre" sur le réseau; c'est ce que nous avons convenu avec les gens de la santé publique et du ministère, mais je trouve cela dommage qu'il y ait un clivage comme celui-là, entre ceux qui possèdent l'expertise et ceux qui disposent du moyen de la faire descendre.»

Il n'en demeure pas moins que, même dans les meilleures conditions, les patients ne pourront jamais bénéficier du risque zéro d'attraper une infection en milieu hospitalier, selon leur état de santé et leur vulnérabilité. André Poirier sert cette comparaison: «La situation est la même que pour les accidents de voiture. Vous pouvez faire une campagne de prévention sur l'alcool au volant, ou pour réduire la vitesse, qui aura un impact sur le nombre d'accidents, mais vous ne pourrez jamais les éliminer complètement; c'est impossible. Pour les infections, le même exemple s'applique: on se doit de respecter les normes reconnues en prévention des infections dans nos établissements. Si on fait cela, on a de bonnes chances de voir leur nombre diminuer de façon importante.»



Attention aux bactéries, particulièrement en milieu hospitalier.



Même dans les meilleures conditions, les patients ne pourront jamais bénéficier du risque zéro d'attraper une infection en milieu hospitalier, selon leur état de santé et leur vulnérabilité.

Un réseau hospitalier aux mauvaises habitudes

Le tiers des infections nosocomiales peuvent en général être prévenues

Plusieurs ténors du milieu de la santé se sont penchés sur divers aspects de la question de la bactérie *Clostridium difficile* à la suite des nombreux cas diagnostiqués et des centaines de décès survenus dans les hôpitaux du Québec en l'espace de peu de temps. Il y a toujours de quoi s'interroger quand un système déraile au point de causer des morts à répétition plutôt que de restaurer des vies.

Les quelque 135 et trop rares médecins microbiologistes infectiologues du Québec sont certes les mieux placés pour connaître le long et le large des risques et dangers encourus lors d'une hospitalisation, sur le plan des infections bénignes et sévères pour le patient. Le président de leur association, le Dr André Poirier, cerne la problématique au niveau infectieux, là où elle se présente à une fréquence plus élevée et, à l'occasion, avec le plus d'acuité: «Une infection, ce n'est pas toujours grave, mais certaines peuvent l'être.»

Il existe plusieurs types d'infections nosocomiales, dont les plus fréquentes en milieu hospitalier sont les infections urinaires: «Celles-ci sont généralement banales. Les patients qui ont une sonde voient leur urine se recoloniser avec des bactéries, ce qui ne se traite pas. Dans la plupart des cas, on regarde cela aller et on se fie plus aux symptômes cliniques pour voir si des complications vont survenir et causer une véritable infection.» Il arrive également souvent que surviennent des infections dues aux cathéters; quoique plus sérieuses, elles peuvent être traitées sans trop de problèmes.

Les pneumonies acquises dans le milieu hospitalier s'avèrent, pour leur part, de nature nettement plus sévère: «Nous sommes très à l'affût de cela en raison des conséquences graves qui sont possibles.» Et, bien sûr, il y a la fameuse et sérieuse bactérie *C. difficile*, qui a fait couler beaucoup d'encre dans les médias au cours des derniers mois: «C'est pourtant un problème qui existe depuis longtemps.»

Une observation attentive et des ressources adéquates

Il importe d'abord et avant tout d'exercer une surveillance très étroite pour remporter la bataille contre les infections nosocomiales et, pour ce faire, il faut disposer des moyens requis. Le Dr Poirier explique: «Il faut savoir exactement en présence de quoi on est, quelle est la prévalence dans quel type d'infection. Il me faut savoir que, dans telle unité de soins intensifs, il y a eu 15 pneumonies de type SARM, qui est une bactérie plus résistante. A supposer qu'il s'en trouve 15, je dois être en mesure de les documenter.» Il complète son exposé: «Je constate que, dans cette unité, 15 patients ont été frappés par cette pneumonie-là au cours des six derniers mois et que seulement deux ont été affectés dans le mois qui précédait. Il s'est passé quelque chose entre ces deux séquences. Pour le voir, je dois documenter de quoi il s'agit. Je dois procéder à une surveillance active pour savoir ce qui se passe.»

Une enquête s'avère alors nécessaire: «L'infirmière en prévention des infections va débarquer et examiner les dossiers. Il existe toute une procédure de cette nature qui va nous servir à déceler tel problème particulier à notre unité de soins intensifs. Il est alors possible d'intervenir de façon prospective par la suite. A chaque fois, il faut être en mesure d'exercer une bonne surveillance, ce qui est la clé pour passer à l'action.» Encore faut-il disposer des moyens financiers pour fonctionner de la sorte: «Ça prend des gens qui vont aller intervenir sur le terrain et ça prend des investissements en termes physiques. On n'a pas le choix.»

Investir à la bonne place

Sans vouloir jeter la pierre à qui que ce soit, le spécialiste se sert d'un exemple qui illustre une situation plutôt aberrante: «Il y a des centres hospitaliers où se trouvent 30 civières à l'urgence, ce qui constitue la norme décrétée compte tenu des infrastructures en place en

termes de personnel, comme les infirmières, et d'équipement, comme les toilettes ou autres. Régulièrement, un centre peut grimper à 60 civières, sans qu'il y ait plus de toilettes. Ça semble banal à dire, mais j'ai vu cela.» Il suffit, dans de telles circonstances, qu'un patient atteint de la colite laisse quelques traces de souillure autour des toilettes surutilisées pour qu'un autre usager, qui n'est pas malade et qui prend des antibiotiques en attente d'une chirurgie, soit contaminé: «C'est une contrainte physique qu'on a actuellement et c'est typique à certains hôpitaux du Québec. On a tendance à vouloir renverser la vapeur mais, qu'on le veuille ou non, nos chambres à quatre avec une seule salle de bain et l'exiguïté qu'on retrouve parfois, ça finit par avoir des conséquences.»

Les plus fréquentes infections nosocomiales en milieu hospitalier sont les infections urinaires

Le Dr Poirier affirme que les études démontrent bien que le tiers des infections nosocomiales peuvent en général être prévenues et qu'il est avantageux qu'il en soit ainsi sur le plan financier. Il cite l'exemple d'une dame qui s'est infectée avec un cathéter dans certaines circonstances précises: «La Madame s'est infectée avec une bactérie qui s'est transmise à une valve cardiaque. Pour cette raison, elle a passé trois mois aux soins intensifs où le per diem tourne autour de 1000 à 1500 dollars par jour.

Si on multiplie par trois mois, ça coûte cher.» Et il en déduit: «En santé, il n'y a pas de substitut pour la qualité, et c'est cela le message qu'il faut retenir. Quand tu pratiques une médecine de qualité, avec des instruments adéquats et du personnel très bien formé, quand on est en présence d'une interaction, on ne fait pas une dépense mais un investissement parce que, par la suite, on va sauver des sous. Plus tu contrôles ton environnement, moins les risques sont grands, moins ces risques sont élevés et moins il y a d'infections; moins il y en a et moins ça coûte cher.»

R. H.

En santé et services sociaux

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

1 800 465 0897 (poste 2208)

www.csq.qc.net

Votre
quotidien
le cœur de
nos actions



CSQ

• SANTÉ •

Réorganisation des services de première ligne

Des soins de qualité au premier contact

«L'informatisation du système de santé est la clé de voûte»

Le système de santé connaît de nombreux dysfonctionnements. La réforme actuelle vise à les corriger en réorganisant les services de première ligne. Plus que jamais, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques médicales coordonneront leurs efforts pour offrir des soins de qualité.

JEAN-GUILLAUME DUMONT

Dorénavant, les CLSC, les GMF et les cliniques médicales travailleront de concert pour consolider les services de première ligne, actuellement déficients. Cette collaboration vise à favoriser l'accessibilité des soins, à offrir une meilleure prise en charge des personnes et à assurer le suivi régulier des patients. Ce nouveau mode de fonctionnement suscite beaucoup d'espoir mais demande de la patience, car les bénéfices promis ne se réaliseront pas demain.

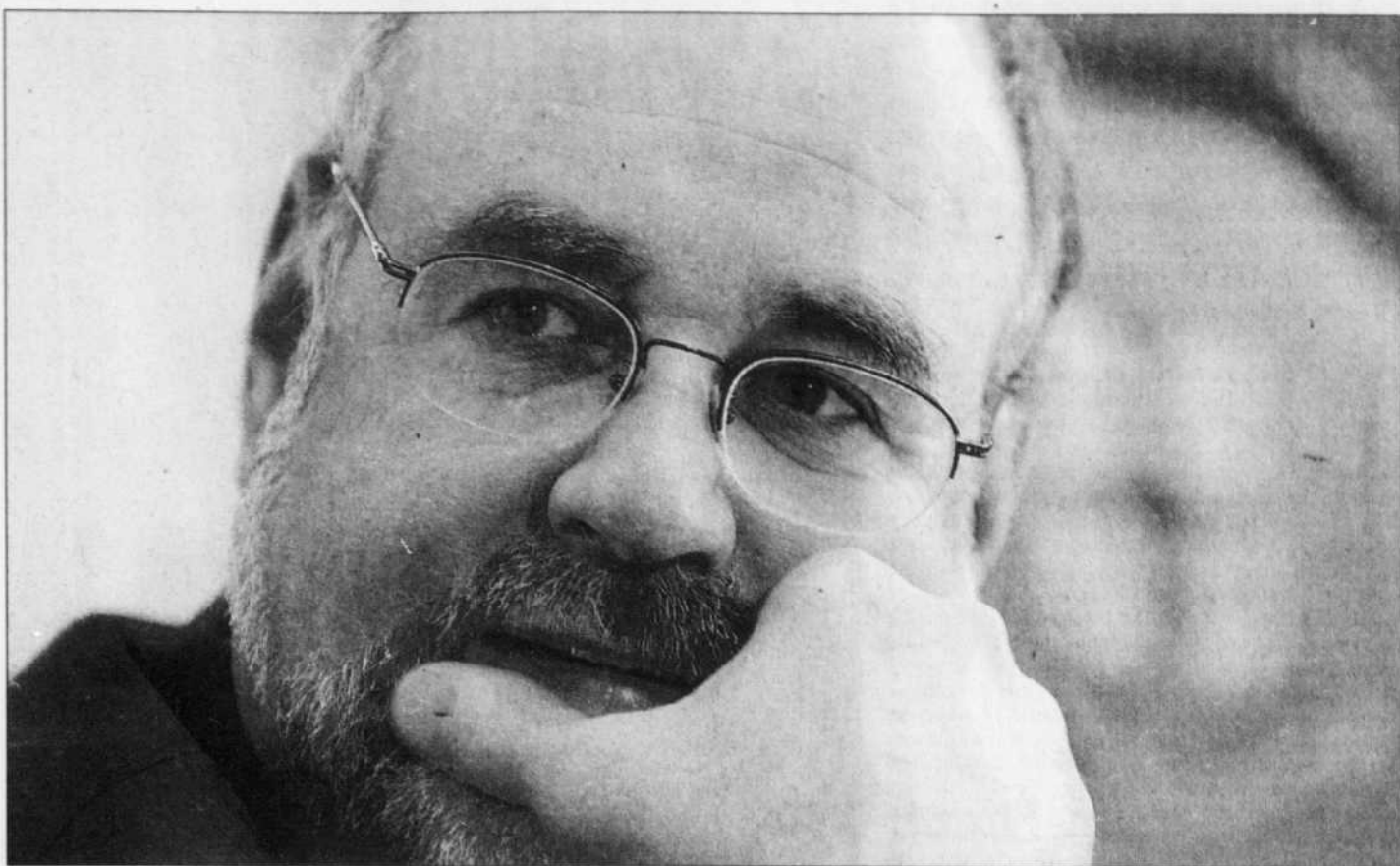
En attendant, les engorgements dans les couloirs d'hôpitaux révèlent quotidiennement les failles du système. «Si les gens acceptent d'aller attendre huit heures à l'urgence pour un problème de santé mineur, c'est parce que les services de première ligne ne sont pas accessibles», conclut le directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, Renaldo Battista. Des correctifs doivent rapidement être apportés aux services de première ligne, car ils représentent les fondations mêmes du système de

santé. «Il faut qu'on en colmate les brèches si on veut être en mesure de construire un édifice solide», illustre-t-il.

Cette situation critique résulte de la configuration actuelle du réseau de la santé. Conçu pour répondre à des urgences, le système s'adapte mal à la population vieillissante qui a besoin de soins chroniques. La réforme vise donc à rétablir l'équilibre entre les besoins de services sans rendez-vous et les besoins de soins continus. Grâce à la collaboration des CLSC, des GMF et des cliniques médicales, cette coordination sera bien orchestrée et «le patient n'aura plus à se démêler à l'intérieur du réseau», assure la directrice générale de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, Marie-Claude Martel.

Une collaboration étroite

La collaboration entre les différents acteurs du service de première ligne est basée sur la communication. «L'informatisation du système de santé est la clé de voûte de cette intégration, car l'information doit circuler rapidement entre les CLSC, les hôpitaux et les cliniques», souligne Renaldo Battista. Ainsi, peu importe à quelles institutions se présente le patient,



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

«Notre objectif avec la création des Centres de santé et de services sociaux, c'est de réduire de 50 % le nombre de visites à l'hôpital», assure David Levine.

son dossier médical le suivra et pourra être consulté et complété par les différents intervenants du milieu.

Quant aux GMF, le travail en équipe et la délégation aux infirmières de certaines activités de conseil et de suivi permettront d'augmenter la disponibilité des médecins. Ils pourront ainsi se concentrer sur les actes relevant exclusivement de leurs compétences (diagnostics, prescription d'ordonnances, soins). En appliquant ce modèle à tout le réseau, les délais d'attente pour une consultation médicale ou pour un rendez-vous avec un spécialiste pourraient grandement diminuer.

En améliorant le suivi médical des patients, la continuité des services et le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, moins de personnes se présenteront à l'urgence. C'est du moins le pari que tient le président-directeur général de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, David Levine. «Notre objectif avec la création des Centres

de santé et de services sociaux, c'est de réduire de 50 % le nombre de visites à l'hôpital», assure-t-il.

Des obstacles à franchir

Dans l'état actuel du système de santé, le nouveau mode de fonctionnement des services de première ligne est difficilement applicable. En effet, au Québec, seulement 87 GMF étaient accrédités en octobre dernier, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux. Quant à Montréal, la ville n'en compte qu'une dizaine, alors qu'une centaine seraient nécessaires pour répondre aux besoins des 1,8 million d'habitants de la métropole.

Les pénuries de médecins et d'infirmières contrarient aussi l'application de la réforme. Pour y pallier, David Levine propose de concentrer les efforts sur les infirmières, car leur formation est beaucoup moins longue à compléter que celle des médecins. «On va développer leur rôle de soutien pour augmenter la disponibilité du corps médical», explique David Levine.

De plus, la mise en place d'un système informatique complet ne sera pas non plus effectuée dans un proche avenir. Qu'il s'agisse d'une carte d'assurance-maladie à puce ou d'un réseau interne d'échanges entre les différents établissements de santé, l'informatisation des dossiers médicaux nécessite un énorme investissement en infrastructure.

«Je suis convaincu qu'au départ, ça va coûter plus cher», affirme David Levine. Mais à la longue, avec le contrôle de l'ensemble du système, on va être capable de réduire les dépenses. Selon lui, un meilleur suivi auprès des patients permettrait aussi de réduire la consommation de médicaments, tout en diminuant d'au moins 35 % les coûts qui y sont liés.

Réforme de la dernière chance

La réorganisation des services de première ligne prendra du temps avant d'être complétée. «Il faut faire preuve de patience», dit Renaldo Battista, résigné. «On n'a pas droit à la patience trop longtemps», réplique Marie-Claude

Martel. Si on ne transforme pas le réseau actuel d'ici deux ou trois ans, on va être acculés à d'autres types de choix, comme la privatisation de certains services.»

Déjà, MD-Plus, la première clinique d'urgence entièrement privée, a ouvert ses portes en octobre dernier à Montréal. Les plus impatients payent 100 \$ pour avoir une courte consultation avec un médecin. D'autres peuvent s'abonner à des services annuels ou à un suivi plus régulier de leur état de santé.

«C'est un phénomène encore marginal, mais il faut prendre ça au sérieux et l'interpréter comme le symptôme d'un dysfonctionnement du système public», estime Renaldo Battista. L'état du service public ne laisse que très peu de marge de manœuvre. «Cette réforme est peut-être la dernière avant d'être confrontés à des choix drastiques. On a donc le devoir de la réussir rapidement», juge Marie-Claude Martel. Cependant, David Levine reste confiant: «Cette réorganisation recèle un grand potentiel, ce qui n'a pas été le cas depuis longtemps», s'exclame-t-il.



SOURCE UDM

«C'est un phénomène encore marginal, mais il faut prendre ça au sérieux et l'interpréter comme le symptôme d'un dysfonctionnement du système public», estime Renaldo Battista.

LA VRAIE FORCE DES PROFESSIONNELLES EN SOINS

SOLIDAIRE pour des soins de qualité

COMBINAISON PERDANTE.



DESINDIVIDUALISATION

DESINDIVIDUALISATION

FUSIONS FORCÉES

FUSIONS FORCÉES

SOUS-TRAITANCE

FIN DES GARDERIES À 55

DEHORS LA SOCIÉTÉ CIVILE

PAUVRETE

PRIVATISATION

MONSIEUR CHAREST, AVEC CETTE COMBINAISON VOUS AVEZ UNE CHANCE SUR 7 MILLIONS DE GAGNER AUX PROCHAINES ÉLECTIONS.

NOUS NOUS SOUVIENDRONS DU BÂILLON.



CSN

• SANTÉ •

Soins

Une culture du médicament? Le Conseil des médicaments est pointé du doigt

Le gouvernement du Québec prévient qu'il a l'intention de faire le ménage dans le secteur des médicaments. Il élabore actuellement une politique du médicament qui aurait pour objectif de limiter l'augmentation des coûts liés à la consommation toujours grandissante de ces produits. Cette politique devrait voir le jour au cours des prochains mois. Des spécialistes se prononcent.

ULYSSE BERGERON

La consommation de médicaments a grimpé en flèche au cours des dernières années. En 2003, au Québec, on dépensait 668 \$ par personne, une estimation légèrement supérieure aux dépenses par habitant qui prévalent ailleurs au pays et qui gravitent autour de 621 \$. Au Canada, le nombre d'ordonnances a bondi de 250 millions en 1998 à 325 millions en 2001. C'est au Québec qu'on enregistre le plus grand nombre d'émissions d'ordonnances.

Toutefois, cela ne signifie pas que le Québec soit la province qui consomme le plus de médicaments. «Pour cerner la situation, il ne faut pas regarder seulement le nombre de "prescriptions", mais aussi la durée de celles-ci», fait remarquer Claudine Laurier, de l'Université de Montréal, spécialiste en pharmacoeconomie. Par exemple, les médecins manitobains signent moins d'ordonnances que leurs confrères québécois, mais ils le font généralement pour de plus longues périodes. «Plusieurs ordonnances émises au Québec le sont pour des périodes de moins de 30 jours.» Elle admet par ailleurs que la consommation a sérieusement augmenté.

Sur la scène internationale, le Canada représente aujourd'hui environ 2 % du marché mondial. Rien de comparable avec les États-Unis qui, à eux seuls, en récoltent près de 40 %. «Le Canada ne peut pas être comparé avec des pays comme la France, l'Allemagne ou les États-Unis», qui sont de grands consommateurs, précise la spécialiste. Le Canada serait considéré comme le septième marché mondial dans le secteur de la pharmacologie; on y aurait vendu pour 14 milliards de dollars en 2002, soit une augmentation de 68 % depuis 1998.

Une culture du médicament

Dès lors, peut-on parler de la mise en place d'une culture de consommation de médicaments? Peut-on percevoir cette situation comme une tendance sociale qui lierait le concept de traitement médical à la prise de médicaments? Une tendance qui augmenterait inévitablement les coûts liés au système de santé québécois.

«Comme l'ont démontré plusieurs études et sondages, les personnes qui sortent de chez le médecin sans "prescription" ont majoritairement l'impression de ne pas avoir été traitées», souligne Suzanne Bisailon de l'Université de Montréal. Un facteur qui expliquerait en partie la situation actuelle. L'avocate et pharmacienne de formation juge pour sa part qu'il y a d'évidentes lacunes sur le plan du «développement de la



«Les personnes qui sortent de chez le médecin sans "prescription" ont majoritairement l'impression de ne pas avoir été traitées.»

compétence informationnelle en santé» des individus, soit leur capacité à obtenir et à traiter correctement l'information relative à leur état de santé et, du même coup, à prendre les décisions adéquates quant aux traitements à entreprendre.

Pour sa part, l'économiste Claude Montmarquette — auteur en 2001 d'un rapport sur l'état du système québécois d'assurance-médicaments — continue de croire que la gestion du secteur des médicaments est actuellement inappropriée: «Depuis le dépôt du rap-

port, on n'a pas vraiment amélioré les choses.» Selon lui, les instances présentement en place sont désuètes et répondent mal à la réalité d'aujourd'hui. Il pointe particulièrement du doigt le Conseil des médicaments, l'organisme qui a pour fonction de faire la mise à jour de la liste des médicaments couverts par la RAMQ.

Évaluer la pertinence de tous les médicaments

Reprenant en partie les recommandations émises quelques années plus tôt, M. Montmarquette soutient qu'il serait nécessaire de créer des catégories de médicaments en prenant en compte les raisons sous-jacentes à leur consommation afin d'en évaluer la pertinence. De cette façon, assure-t-il, «on pourrait distinguer les médicaments qui remplissent une fonction vitale de ceux qui soulagent sans pour autant être essentiels».

Il souligne l'importance de développer un système de communication efficace qui permettrait aux divers intervenants du système de santé d'être au courant des ordonnances émises. La politique du médicament devrait, selon lui, être développée dans ce sens. Il note au passage que «les gens sont prêts à payer. Même que le recours à la privatisation est envisageable dans ce secteur d'activité». Il ajoute d'ailleurs que ceux qui s'opposent actuellement à un partenariat public-privé dans le système de santé «sacrifient l'économie du Québec et la santé des Québécois. Et ça, il faut que ça cesse».

Moins tranchée dans ses propos, Suzanne Bisailon admet «qu'il faudrait catégoriser les médicaments afin d'arriver à les utiliser correctement». Elle prend pour exemple le recours exagéré aux antibiotiques. Une classification permettrait, selon elle, de mieux préciser leur utilisation, évitant ainsi la surconsommation et les problèmes qui y sont liés. Au sujet de la future politique, elle soutient que celle-ci doit absolument se faire «en tenant compte, avant tout, des besoins des patients et de la population. Elle ne doit pas s'articuler uniquement sur des raisons économiques».

La réflexion s'intensifie

Une chose est certaine, la réflexion entourant la consommation des produits pharmaceutiques s'intensifie. Depuis plusieurs années déjà, des spécialistes comme Pierre Biron, de l'Université de Montréal, prônent le développement d'un système de pharmacovigilance plus efficace. Ce système permettrait, par l'intermédiaire des médecins, de suivre l'évolution des médicaments, d'améliorer les connaissances au sujet de leurs effets indésirables et, du même coup, de reconnaître le bien-fondé de certaines molécules.

Toujours dans l'optique d'améliorer les connaissances dans ce secteur, une équipe interdisciplinaire de chercheurs américains et européens rattachés à l'UQAM a récemment été mise sur pied. Son objectif: comprendre de quelle manière les différents processus impliqués dans le «parcours» des médicaments — de leur conception à leur consommation — s'articulent entre eux. La directrice de ce programme, Catherine Garnier, avance qu'une «meilleure connaissance de la chaîne des médicaments devrait certainement permettre de mieux comprendre le comportement» des gens qui les consomment.

Centre hospitalier universitaire de Québec

La résonance magnétique au secours des opérés

Une première chirurgicale réalisée avec l'aide d'un physicien!

Depuis 1998, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) effectue des recherches afin de développer des interventions chirurgicales guidées par un équipement en imagerie par résonance magnétique d'intervention (IRMi). Le CHUQ a été le troisième centre hospitalier dans le monde — et le seul de toute la francophonie — à se doter de cette technologie de pointe.

GENEVÈVE OTIS-DIONNE

Le système IRM permet aux cliniciens de détecter facilement des cellules pathologiques dans le métabolisme, qui pourront par la suite être traitées par la cryothérapie. La précision de cette technologie permet d'effectuer des interventions chirurgicales locales, ce qui diminue grandement le choc opératoire des patients.

Il a six ans, le CHUQ faisait appel à Christian Moisan, un physicien spécialisé dans les appareils à imagerie médicale, pour développer des interventions chirurgicales réalisables grâce à la technologie IRM. Les machines utilisées pour l'imagerie par résonance magnétique permettent aux cliniciens d'imager les structures anatomiques du corps et de localiser les tissus dont la densité diffère de la structure environnante. Mais en plus de détecter ces tissus anormaux, l'IRM permet de dire si ceux-ci sont pathologiques.

«L'IRM est à la fois une machine qui est sensible et spécifique. En plus de pouvoir détecter s'il y a quelque chose de différent dans les tissus du patient, elle va pouvoir nous indiquer si cette différence est maligne ou non», explique M. Moisan.

Au cours des premières années de recherche, M. Moisan, en compagnie du D^r Jean-François Roy, a effectué des recherches afin que la machine IRM devienne interventionnelle, c'est-à-dire que les médecins puissent exploiter la sensibilité et la spécificité de diagnostic de l'IRM comme outil de guidage pour des interventions opératoires. «Nous avons fait au Québec une évolution de plus avec la machine IRM: nous sommes passés de la modalité d'imagerie à un outil de guidage pour opérer», affirme M. Moisan.

L'équipe de M. Moisan et du D^r Roy a travaillé pour trouver les interventions qui étaient techniquement réalisables sur un humain en toute sécurité pour celui-ci. «Nous avons décidé de combiner la modalité de guidage du système IRM avec une technologie d'ablation des tissus cancéreux, ou des nerfs inflammatoires, par le froid intense — la cryochirurgie», relate M. Moisan.

Vers un système ambulatoire

La modalité de guidage des machines IRM permet de diminuer grandement le choc opératoire des patients. Au lieu d'effectuer une grande incision dans

l'abdomen ou dans le dos pour aller traiter une pathologie, le médecin n'a qu'à faire un point d'insertion de trois à cinq millimètres pour laisser pénétrer une sonde. Le patient n'a donc pas besoin d'être complètement anesthésié, ce qui fait en sorte qu'il récupère plus rapidement.

L'intervention chirurgicale est en effet guidée par les images de résonance magnétique qui sont diffusées par deux moniteurs installés sur les côtés de la table d'opération. Les images anatomiques et percutanées sont obtenues toutes les cinq secondes en moyenne et guident les cliniciens tout au long de l'intervention chirurgicale.

«Cette spécificité cadre tout à fait dans les nouvelles modalités d'intervention qui devraient nous permettre d'être de plus en plus dans un régime ambulatoire. Par exemple, nous pouvons remplacer, dans un bloc opératoire, des chirurgies ouvertes qui nécessitent plusieurs heures d'intervention et qui demandent au patient plusieurs semaines pour récupérer, par une intervention qui dure 30 minutes sous anesthésie locale. Le patient retourne chez lui la journée même. Cette réalité a bien entendu été l'un des motifs d'introduction de la technologie», souligne M. Moisan.

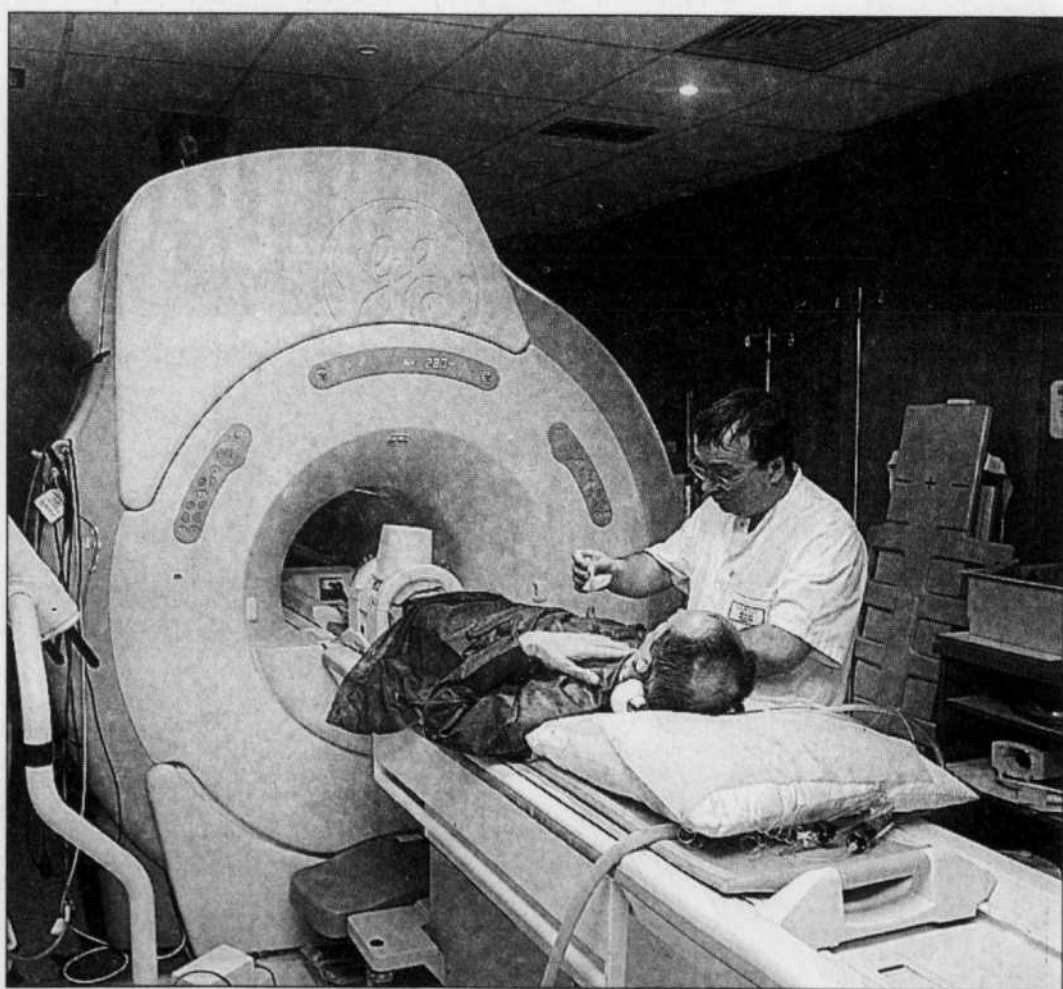
L'IRM interventionnel (IRMi), c'est-à-dire la technique de localisation des tissus malades au moyen de la machine de résonance magnétique combinée à la cryothérapie pour traiter les patients, offre la possibilité d'intervenir sur une gamme étendue de pathologies. À long terme, cette table d'opération pourrait remplacer les interventions lourdes par des chirurgies d'un jour beaucoup moins invalidantes pour le patient.

Des problèmes de dos au cancer du sein

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) se distingue des autres centres hospitaliers universitaires qui utilisent l'IRMi par son équipe, qui a concentré ses efforts de recherche sur des secteurs où l'on trouve un grand volume de patients.

La chirurgie orthopédique est d'ailleurs le secteur le plus actif de la clinique. L'équipe chirurgicale du CHUQ effectue désormais régulièrement des interventions pour des maux de la colonne cervicale et lombaire. De plus, la cryothérapie, par l'application de froid intense, procure un soulagement de plusieurs mois aux personnes qui souffrent de douleurs chroniques au dos occasionnées par les joints facétiens. L'équipement d'imagerie en résonance magnétique d'intervention par la cryothérapie permet de détruire les nerfs qui provoquent de la douleur chez le patient.

«Aujourd'hui, c'est de l'ordre de 500 patients par année qui bénéficient de ce traitement. Cette procédure-là a émergé car l'intégration clinique du traitement était facile. C'est une procédure ambulatoire d'une journée réalisée par un seul intervenant spécialiste», souligne M. Moisan. Devant la réussite de ce traitement, les cliniciens chercheurs du CHUQ veulent maintenant augmenter sa durée curative ou palliative, ce qui



Les recherches sur l'imagerie par résonance magnétique d'intervention sont encore jeunes.

pourrait éviter au patient une chirurgie ouverte de la colonne vertébrale. Ils effectuent également d'autres recherches pour développer des opérations visant les hernies discales ou cervicales.

La chirurgie générale par l'IRMi est un autre secteur clinique en développement au CHUQ. Plusieurs interventions chirurgicales expérimentales ont été pratiquées sur des patients volontaires pour le traitement de tumeurs du sein et du foie. En ce qui concerne le cancer du sein, le traitement consiste à dévitaliser le tissu tumoral par la congélation au moyen d'une sonde de cryochirurgie introduite à travers une petite incision de six millimètres. Cette intervention dure environ trois heures et après 24 heures de suivi médical, toutes les patientes ne présenteraient aucune douleur ou complication grave. Le CHUQ a été en 1998 le premier centre hospita-

lier au Canada à proposer un traitement palliatif ou curatif, selon les patients, des tumeurs du foie par l'application de froid intense. Cette technique a été appliquée avec succès auprès de quatre patients qui étaient inopérables avec les techniques chirurgicales habituelles.

Les recherches sur l'imagerie de résonance magnétique d'intervention (par cryochirurgie) sont encore jeunes et les machines n'en sont qu'à la première génération. Mais, déjà, des résultats intéressants émergent des traitements effectués grâce à cette technologie, que ce soit pour les maux de dos ou le traitement du cancer du sein. D'autres équipes du CHUQ se penchent aujourd'hui sur de nouveaux traitements qui pourraient voir le jour grâce à l'IRMi, comme ceux visant l'endométriose ou les tumeurs de la prostate.

• SANTÉ •

Technologies médicales

Un réseau bien pourvu

« On est capable de suivre les plus récents développements technologiques »

L'une des composantes importantes de notre système de santé et dont on parle peu, ce sont les technologies biomédicales dont se servent tous les jours médecins et spécialistes afin de diagnostiquer des maladies ou pour les traiter. Un spécialiste du CHUM témoigne.

CLAUDE LAFLEUR

Les technologies biomédicales font appel aux plus récentes innovations scientifiques concernant les bienfaits qu'on peut retirer de divers rayonnements naturels et de la radioactivité.

Par exemple, on profite du fait que les rayons X traversent le corps en étant plus ou moins absorbés selon la nature des tissus — les os étant plus opaques et les muscles plus transparents — pour produire des radiographies qui permettent de déceler une fracture ou des tissus endommagés par une maladie. Une autre approche consiste à injecter une petite quantité d'éléments légèrement radioactifs dans l'organisme afin d'observer le fonctionnement des glandes, du squelette ou du cœur.

À la fine pointe

Si on a tous entendu parler des prodigieux équipements dont seraient dotés les grands hôpitaux américains, peu d'entre nous soupçonnons que nos centres hospitaliers disposent d'appareils modernes et de très bonne qualité.

C'est du moins l'avis de Clément Mainville, vice-président de l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec. « Nous sommes assez bien équipés en matière de technologie biomédicale », affirme-t-il. *Généralement, on est capable de suivre les plus récents développements techno-*

logiques, on n'est peut-être qu'une année ou deux en arrière... »

M. Mainville, qui œuvre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), souligne même que de beaux efforts ont été réalisés ces dernières années, de sorte qu'il considère qu'*« on a rattrapé un certain retard »*. Dans certains cas, dit-il, on n'aurait même rien à envier aux Américains: *« Certains des appareils achetés récemment sont des premières mondiales ou sont apparus sur le marché américain en même temps que chez nous! »,* dit-il.

L'association qu'il représente a été fondée en 1971 pour regrouper les ingénieurs, les physiciens et autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé. *« Notre association comprend deux grandes catégories de spécialistes, dit-il. Il y a d'une part les ingénieurs biomédicaux qui s'occupent de la gestion des technologies, de la recherche et développement, de l'enseignement, etc. Il y a aussi les physiciens médicaux qui font la gestion des parcs d'équipements, qui effectuent les contrôles de qualité et qui s'assurent que ces appareils fonctionnent parfaitement. »*

Révolution en haute technologie

Les technologies biomédicales remplissent essentiellement deux fonctions en matière d'aide au diagnostic et dans le traitement de certaines maladies. *« Dans le cas*



Les technologies biomédicales remplissent essentiellement deux fonctions, en matière d'aide au diagnostic et dans le traitement de certaines maladies.

des appareils qui servent au diagnostic, précise Clément Mainville, on parle des équipements de radiologie, des appareils de laboratoire, des systèmes de monitoring physiologique des patients, etc. Dans le cas des applications thérapeutiques, on parle plutôt d'équipements du type accélérateurs linéaires en radio-oncologie ou des appareils qui effectuent la dialyse rénale... »

L'un des volets les plus fascinants des technologies biomédicales, et qui s'est considérablement développé ces dernières décennies, est la gamme des appareils d'imagerie médicale. On parle entre autres de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), de la tomographie par

émission de positons (TEP), de la tomographie par émission de simple photon (TEMP), etc. Ce type d'appareils fonctionne sur le principe qui consiste à administrer une molécule marquée avec un isotope radioactif afin de suivre, à l'aide d'une « caméra », le fonctionnement d'un organe. Les données recueillies sont traitées à l'aide d'un modèle mathématique afin de permettre la reconstruction, à l'écran d'un ordinateur, d'une image représentant ce qui se passe dans la partie observée de l'organisme.

Clément Mainville rapporte qu'en matière d'imagerie médicale, on a assisté ces 15 dernières années à deux innovations majeures.

D'une part, les traditionnelles images prises sur pellicule photo sont maintenant numérisées et disponibles uniquement sur ordinateur; médecins et spécialistes ne manipulent donc plus de grandes pellicules, mais scrutent les prises de vue directement à l'écran.

« Ce développement technologique est formidable, indique-t-il, car, au lieu de trimballer des films, les images peuvent être scrutées de n'importe où à l'hôpital et à partir de n'importe quel poste de travail. » Ces images sont en outre archivées sur disque dur, et non plus conservées dans des classeurs.

Mais, surtout, elles peuvent être traitées à l'aide de logiciels pour être agrandies ou pour accentuer

les contrastes afin de faire ressortir les détails. *« Aujourd'hui, le médecin examine à partir de son bureau des images numériques, relate le spécialiste. C'est donc non seulement beaucoup plus rapide, mais cela permet de réaliser des consultations à distance et de maximiser les ressources et l'expertise médicale que les praticiens peuvent avoir. »*

Capteurs numériques

Ces dernières années, on assiste en outre à l'avènement de ce que les spécialistes appellent les détecteurs plats. *« Il s'agit de capteurs numériques qui maximisent la qualité de l'image en diminuant le plus possible la dose [de radiations] à laquelle est soumis un patient, explique M. Mainville. Cette technologie nous permet d'employer des doses réduites tout en obtenant une qualité d'image supérieure. De tels équipements existent aux États-Unis et commencent à s'implanter de plus en plus au Québec. »*

L'un des grands avantages que procurent les techniques modernes d'imagerie est de traiter beaucoup plus rapidement et efficacement les patients. *« Avec les anciens systèmes qui utilisaient les pellicules, on réalisait la prise de radiographie, puis le patient devait attendre pendant qu'on vérifiait que tout était correct. Et si ce n'était pas le cas, il fallait tout recommencer, rappelle Clément Mainville. Mais avec les nouveaux systèmes, on voit directement ce que l'appareil observe et on est en mesure de traiter sur-le-champ ces prises de vue afin de voir tout clairement. »*

« C'est non seulement beaucoup plus rapide pour le patient, conclut-il, mais ces nouvelles technologies nous permettent d'en traiter bien davantage. »

Le Centre de recherche Léa-Roback

Lutter contre les inégalités sociales

« On doit travailler sur les déterminants physiques et sociaux de la santé »

La santé. Ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches. Mais on étudie encore trop peu les effets de la pauvreté sur la santé. Voilà la problématique sur laquelle le Centre de recherche Léa-Roback prévoit se pencher.

CLAIRE HARVEY

Inauguré le 7 octobre dernier, le Centre de recherche Léa-Roback constitue le premier lieu à Montréal qui fournisse un forum d'échanges à une équipe multidisciplinaire de 26 chercheurs de différentes universités. Parmi ces chercheurs figurent des sociologues, des politologues, des géographes et divers experts de la santé publique qui analyseront les disparités socioéconomiques au sein de la population et leurs effets sur la santé des personnes.

Selon Marie-France Raynault, la directrice, le Centre vise à favoriser de nouvelles collaborations entre chercheurs, nécessaires à l'avancement de la recherche en matière d'inégalités sociales de la santé. *« Il y avait déjà des chercheurs dans le domaine à Montréal, mais chacun travaillait de son côté. Jusqu'à tout récemment, ces chercheurs n'avaient pas d'infrastructure pouvant leur permettre de travailler ensemble. Désormais, ils peuvent compter sur les services du Centre Léa-Roback pour développer des projets communs de recherche. »* Situé à la Direction de la santé publique de Montréal, le Centre présentera également des conférences, des ateliers et des colloques ouverts au public.

Pauvre et malade

Financé par l'Institut de la santé publique et des populations, dans le cadre d'une initiative des Instituts de recherche en santé du Canada pour la création de centres de développement de la recherche, le Centre a notamment pour mission de mieux comprendre les effets sur la santé des milieux physique et social. *« Plus on est pauvre, plus on est malade et moins on vit longtemps »,* dit Marie-France Raynault. *« Pour obtenir des gains en santé publique, il faut étudier davantage les liens entre les inégalités sociales et les problèmes de santé. »*

Né des efforts de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS) et de la Chaire sur les approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), le Centre profitera des liens qu'ils ont établis avec les différents acteurs sociaux. Son objectif? Favoriser les échanges entre les chercheurs et les personnes susceptibles d'améliorer la situation des personnes pauvres. Sa structure est conçue en ce sens. Ainsi, un comité formé de décideurs et d'intervenants donnera son avis sur la pertinence des activités de recherche. *« Nous ne voulons pas travailler en vase clos »,* explique Marie-France Raynault, également directrice de l'OMISS et directrice du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

D'ores et déjà, il a été décidé que les recherches porteront sur quatre grandes questions. Comment les inégalités sociales se transforment-elles en inégalités de santé? Comment diminuer ces inégalités sociales? Comment en diminuer l'impact sur la santé? Comment

diminuer l'impact des problèmes de santé sur l'accroissement des inégalités sociales?

Pour y répondre, le Centre a choisi Montréal comme laboratoire. *« La métropole, avec sa forte densité de population et la disparité de ses quartiers, constitue un terrain d'étude fertile »,* dit Marie-France Raynault. Le Centre souhaite aussi se joindre au réseau des villes européennes où les inégalités sociales de la santé ont été étudiées, dans le but d'établir des comparaisons internationales essentielles à l'analyse des politiques publiques.

La santé d'une personne est grandement tributaire de sa position dans la hiérarchie sociale

Coup d'œil sur les inégalités sociales et la santé

On tend souvent à sous-estimer les effets de la pauvreté sur la santé. Pourtant, la santé d'une personne est grandement tributaire de sa position dans la hiérarchie sociale. En témoigne l'espérance de vie, une mesure courante pour évaluer la santé d'une population. Selon les données de la Direction de la santé publique de Montréal, l'espérance de vie sur le territoire du CLSC Lac-Saint-Louis (un arrondissement riche) est de 10,7 années supérieure à celle que l'on trouve sur le territoire du CLSC des Faubourgs. Autre exemple: si tous les Montréalais bénéficiaient de l'espérance de vie des habitants du West Island, l'espérance de vie globale de la population augmenterait de 3,8 années. Bref, Montréal est tellement polarisée par les inégalités sociales que l'espérance de vie dans les quartiers riches figure parmi les meilleures au monde, tandis que celle dans les

quartiers pauvres se compare avec des pays comme le Brésil, le Pérou ou le Paraguay.

Selon Marie-France Raynault, les personnes pauvres sont vulnérables à divers égards. *« La menace vient de partout. Ainsi, comme les personnes pauvres habitent souvent près des grands axes routiers, elles sont davantage exposées à la pollution. De plus, on trouve beaucoup plus de dépanneurs que d'épicerie dans les quartiers défavorisés. Par conséquent, les personnes pauvres ont peu accès aux fruits et aux légumes et lorsqu'elles y ont accès, ils coûtent cher et ne sont pas frais. Par ailleurs, les campagnes de vaccination parviennent difficilement à les rejoindre. Par conséquent, elles sont plus susceptibles que les autres strates de la population de souffrir de maladies infectieuses. »*

C'est pourquoi Marie-France Raynault estime qu'il est impératif de combattre la pauvreté et de mener ce combat sur plusieurs fronts. *« Pour s'attaquer directement au problème, on peut adopter des politiques sociales généreuses, qui se traduiront par une meilleure espérance de vie. Parallèlement, on doit travailler sur les déterminants physiques et sociaux de la santé. Par exemple, ce sont les personnes pauvres qui fument le plus et qui ont le plus de difficulté à arrêter de fumer. La recherche permettra de mieux comprendre les causes de ce phénomène. Par la suite, les décideurs pourront intervenir avec davantage d'efficacité »,* dit celle dont les travaux de recherche visent à déterminer quelles sont les politiques publiques susceptibles de réduire les inégalités sociales de la santé.

Arrimer la recherche aux prises de décision en vue d'avoir un impact réel sur la réduction de la pauvreté et d'améliorer la santé de la population, voilà le but ultime du Centre Léa-Roback. Une cause que la militante du même nom aurait probablement soutenue.

Unir nos forces, c'est s'organiser pour que la valeur du travail de chacun soit reconnue et respectée au quotidien.

La CSN, c'est l'outil efficace pour y parvenir.

UNISSONS NOS FORCES



CSN

• SANTÉ •

Traitement

Difficile parcours digestif Tout sur les maladies inflammatoires de l'intestin

Les maladies inflammatoires de l'intestin sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Selon les plus récentes données, on estime qu'environ 175 000 Canadiens en souffrent, ce qui en fait l'un des taux les plus élevés au monde.

PIERRE VALLÉE

«Une maladie inflammatoire de l'intestin n'est pas seulement un bobo au ventre», explique Lynn Baudart, directrice régionale pour le Québec de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII). En effet, les maladies inflammatoires de l'intestin peuvent entraîner des complications qui viennent transformer considérablement la vie de ceux qui en sont atteints.

Il existe deux maladies inflammatoires de l'intestin: la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Ces deux maladies sont semblables mais distinctes. En général, elles se déclarent chez des personnes âgées entre 15 et 25 ans ou entre 45 et 55 ans, mais on peut en être atteint à n'importe quel âge. «Il arrive que l'on diagnostique même la maladie chez des bébés.»

Le sexe et la race ne sont pas des facteurs déterminants. Par contre, ces maladies sont plus fréquentes en Amérique du Nord et en Europe septentrionale, bien qu'on en trouve un peu partout dans le monde. Les membres de la famille d'une personne atteinte sont plus susceptibles de développer ces maladies, ce qui laisse croire à un lien génétique.

Causes mal définies

On ne connaît pas les causes de ces maladies mais on sait que c'est le système immunitaire qui s'emballe et déraille en s'attaquant à des tissus sains, provoquant du même coup l'inflammation, la formation d'ulcères et les saignements. Les principaux symptômes associés à ces mala-

dies sont les douleurs abdominales, les crampes, la fatigue, la fièvre et la diarrhée.

La maladie de Crohn peut s'attaquer à tout le système digestif de la bouche à l'anus mais, le plus souvent, elle s'attaque à l'iléon et au côlon. Les lésions sont discontinues parce que les zones d'inflammation sont entrecoupées de tissus sains. L'inflammation peut traverser toutes les couches du tissu intestinal. On ne peut pas guérir la maladie de Crohn mais on peut en soulager les symptômes.

La colite ulcéreuse s'attaque uniquement au côlon et à une seule couche du tissu intestinal, la muqueuse. La maladie se déclare presque toujours au rectum pour ensuite se propager de façon continue dans le reste du côlon. Elle se contrôle à l'aide de médicaments et disparaît à la suite de l'ablation chirurgicale du côlon.

Ces deux maladies évoluent par crises, suivies de périodes de rémission qui peuvent durer de quelques semaines à quelques années. La gravité des maladies inflammatoires de l'intestin varie grandement d'un individu à l'autre. Dans les cas les plus graves, elles peuvent entraîner des complications, comme des fissures et des occlusions, nécessitant l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale.

Certaines personnes atteintes de ces maladies souffrent aussi d'arthrite. Les individus qui souffrent depuis plus de dix ans d'une maladie inflammatoire de l'intestin sont plus susceptibles de développer un cancer colorectal. On recommande donc à ces personnes de subir régulièrement un examen de l'intestin par

coloscopie. Si le diagnostic est précoce, la plupart des personnes atteintes d'un cancer colorectal en guérissent.

Traitements connus

Il existe de nombreux médicaments pour contrôler la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Ces médicaments visent à réduire l'inflammation du tube digestif, à réduire les symptômes, comme les crampes et la diarrhée, et à traiter les complications possibles.

Les anti-inflammatoires sont les médicaments les plus souvent prescrits. Les deux plus courants sont la sulfasalazine et le 5-aminosalicylate. Ces deux médicaments servent à réduire l'inflammation et la diarrhée dans les cas les moins graves de ces maladies. Dans les cas plus graves, on prescrit plutôt un stéroïde, le glucocorticoïde, plus efficace pour traiter l'inflammation.

On utilise aussi les immunosuppresseurs telle la cyclosporine en remplacement des corticoïdes. Des antibiotiques à large spectre peuvent aussi être prescrits pour éviter certaines complications dues à des bactéries qui sont capables de pénétrer dans le tissu intestinal lorsque le côlon est enflammé.

L'infliximab, connu sous le nom de Remcade, est un nouveau médicament sur le marché pour traiter la maladie de Crohn. Il est conçu pour bloquer l'action d'une protéine qui intervient dans le processus inflammatoire. Il est administré par perfusion intraveineuse et on le prescrit uniquement dans le cas où les maladies ne réagissent pas aux autres médicaments.

Dans les cas les plus graves, lorsque les médicaments ne suffisent plus, l'intervention chirurgicale demeure la seule solution. On procède alors à l'ablation partielle ou totale du côlon, incluant parfois le rectum et l'anus. Dans



Dans les cas les plus graves, lorsque les médicaments ne suffisent plus, l'intervention chirurgicale demeure la seule solution. SOURCE TÉLÉ-QUÉBEC

ce dernier cas, on pratique une stomie à laquelle on raccorde l'intestin grêle et le patient doit porter un sac afin de recueillir les déchets.

Alimentation

Il n'existe pas le lien de cause à effet entre l'alimentation et les maladies inflammatoires de l'intestin. Par contre, les personnes atteintes de ces maladies doivent porter une attention toute spéciale à leur alimentation.

C'est que la malnutrition guette les personnes atteintes de ces maladies. En effet, lorsque l'intestin est enflammé, il absorbe moins bien les nutriments. C'est cette malabsorption qui cause la

malnutrition. «De plus, explique Lynn Baudart, les personnes en crise n'ont pas d'appétit et mangent moins.»

Pour contrer cet effet, il est donc important de s'assurer que le régime alimentaire des personnes atteintes est suffisamment riche en hydrates de carbone, en protéines et en matières grasses. Le régime alimentaire doit aussi être riche en fibres, ce qui aide à prévenir les diarrhées. Dans certains cas, la prise de suppléments de vitamines et de minéraux est conseillée.

Une percée

Selon Lynn Baudart, les recherches dans le domaine des

maladies inflammatoires de l'intestin sont nombreuses et l'on peut s'attendre dans les années à venir à une meilleure compréhension de ces maladies. Récemment, une recherche financée par la FCMII a permis de déterminer un gène situé sur le chromosome 5 qui, lorsque défectueux, pourrait favoriser l'apparition de la maladie de Crohn.

«Dans un premier temps, cette découverte permettra d'élaborer un test de dépistage plus efficace», précise Lynn Baudart. Elle espère aussi que les percées dans le domaine de la génétique permettront, un jour pas si lointain, de développer un médicament curatif pour ces deux maladies.

Ostéoporose

Est-ce que j'ai besoin de prendre un supplément de calcium ?

Tout sur la maladie des os

L'ostéoporose est une maladie dégénérative caractérisée par des os fragiles qui se fracturent facilement. Elle se définit aussi comme le résultat d'une acquisition insuffisante de masse osseuse durant la jeunesse et d'un maintien inadéquat à l'âge adulte. Une nouvelle étude portant sur 200 000 Américaines postménopausées a révélé que beaucoup plus de femmes qu'on le pense ont une ossature fragile. L'étude a démontré que près de 50 % d'entre elles présentaient une densité osseuse réduite. Et cette étude excluait les femmes chez qui on avait déjà diagnostiqué l'ostéoporose!

Des études démontrent que les bienfaits des produits laitiers sur les os sont durables, alors que ceux des suppléments de calcium se dissipent dès que l'on cesse d'en prendre. La raison pourrait être que, contrairement aux suppléments, les produits laitiers fournissent aux os une nutrition complète et équilibrée. En plus du calcium, ils procurent en effet phosphore, magnésium, vitamine A, vitamine D (pour le lait) et protéines, qui sont tous essentiels pour bâtir et maintenir de bons os.

Pourquoi le calcium est-il si important?

En plus de renforcer les os, le calcium est nécessaire à plusieurs fonctions vitales. Pratiquement toutes les cellules de notre organisme, y compris celles du cœur, des nerfs et des muscles, ont besoin de calcium pour bien fonctionner.

Pour que l'organisme fonctionne bien, la quantité de calcium dans le sang doit rester relativement constante. Pour ce faire, il faut donc consommer régulièrement suffisamment de calcium, autrement le sang ira en chercher directement dans les os.

La plupart des gens peuvent combler leurs besoins en calcium par les aliments. Cependant, les suppléments de calcium peuvent être nécessaires si on vous a diagnostiqué une allergie au lait, une intolérance sévère au lactose, une perte d'appétit, ou si vous avez choisi de ne pas inclure les produits laitiers dans votre alimentation.



JACQUES GRENIER LE DEVOIR
À cause de leur contenu élevé en calcium, le lait et les produits laitiers représentent une excellente source de calcium.

Des idées pour passer à l'action

■ Informez-vous sur les aliments qui sont riches en calcium. Essayez d'augmenter votre apport en calcium au moyen des aliments avant d'opter pour les suppléments.

■ Consommez quotidiennement des aliments riches en calcium, comme le lait, le fromage et le yogourt. Ces aliments sont des sources concentrées de calcium. Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement recommande aux adultes de consommer de deux à quatre portions quotidiennes de produits laitiers pour satisfaire leurs besoins en calcium.

■ Faites un suivi quotidien du nombre de portions de produits laitiers que vous consommez. Essayez d'atteindre au moins le minimum de portions recommandé par le Guide alimentaire canadien pour manger sainement.

■ Si vous n'arrivez pas à combler vos besoins en calcium avec les aliments, discutez-en avec votre diététiste, médecin ou pharmacien.

Saviez-vous que...

■ Vous avez intérêt à choisir les aliments plutôt que les supplé-

ments pour obtenir les nutriments dont votre organisme a besoin. Les produits laitiers représentent une bonne source de calcium et sont remplis de nutriments. De plus, ils sont moins coûteux et plus savoureux que les suppléments de calcium!

■ À cause de leur contenu élevé en calcium, le lait et les produits laitiers représentent une excellente source de calcium. La biodisponibilité du calcium contenu dans le lait et les produits laitiers fait d'eux une source de calcium de choix.

■ Le calcium se trouve dans d'autres aliments. Une portion de sardines avec les arêtes est une excellente source de calcium (100 g contient 437 mg). Le saumon en conserve avec ses arêtes est une bonne source de calcium (1/2 boîte de 213 g en contient 233 mg).

Bien que certains légumes contiennent du calcium, la biodisponibilité et la quantité de ceux-ci qu'une personne devrait consommer sont des facteurs à considérer. Par exemple, une personne devrait consommer deux tasses et demie de brocoli ou huit tasses d'épinards pour obtenir la même quantité de calcium que dans une tasse de lait.

L'édition Nouvelles

SCFP

Syndicat canadien de la fonction publique



UN SYNDICAT en santé