

LE DEVOIR

Santé

SOINS ET RÉSEAU

RENALDO BATTISTA

Le directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal croit prioritaire l'informatisation du réseau

Page 3



SYNDICATS

«On a l'impression qu'il n'y a pas de limites aux modifications qu'on veut nous faire supporter et subir»

Page 5

Le poids des maux

Pour dire l'importance qu'a la santé dans les sociétés contemporaines, et là le Québec n'est pas en reste, plusieurs facteurs interviennent. De façon immédiate, il suffit de sonder par la mémoire sa propre famille pour découvrir — parmi les oncles, tantes, sœurs ou frères, pères ou mères, nièces ou neveux, sans se rendre nécessairement jusqu'aux cousins ou cousines — que l'un d'entre eux ou elles occupe un emploi dans le secteur de la santé. Il ne faut point s'en surprendre: les soins de santé et l'assurance sociale emploient 452 200 personnes au Québec. Se rappellerait-on aussi une discussion familiale qu'il reviendrait au souvenir que, lors de propos tenus récemment, une expérience, en général traumatisante, a été racontée (du moins, dès que l'on atteint un certain âge, sans que pour autant cet âge soit certain).

Priorité sociale

La santé est devenue une priorité dans les sociétés occidentales. Le fait que les Américains consacrent en moyenne près de 5000 \$ annuellement à ce seul item — et le Québec fait figure ici de parent «pauvre» avec des dépenses *per capita* dépassant de peu les 2000 \$ — explique d'ailleurs pourquoi les compagnies pharmaceutiques déposent des bilans qui font état de chiffres d'affaires dépassant pour la dernière année les 650 milliards \$. Un analyste du secteur peut donc décrire avec enthousiasme une telle performance: «L'industrie pharmaceutique mondiale, déclare Graham Lewis de la société internationale IMS Health, a continué de croître à un rythme soutenu en 2003 en dépit des conditions économiques difficiles et de la pression constante qu'exercent les autorités, les médias et les compagnies d'assurance sur le secteur.»

Il ne faut pas non plus se surprendre que les politiciens annoncent, discours après discours, que la santé est leur préoccupation première: ainsi, le nouveau premier ministre du Canada, lorsqu'intronisé, a utilisé sa première déclaration pour confirmer que les budgets supplémentaires annoncés pour le secteur seraient maintenus (quitte à laisser à d'autres le soin de moduler plus tard une telle annonce ou de raconter comment la somme serait versée sans entraîner pour autant de dépenses supplémentaires pour l'État). Il est d'ailleurs impossible de mener une campagne électorale sans répéter

abondamment que le programme du parti contient toutes les solutions qui garantiront que chaque citoyen et citoyenne aura, quand et comme il ou elle le veut, un accès immédiat à des soins ou des expertises, les médicaments venant bien sûr en prime.

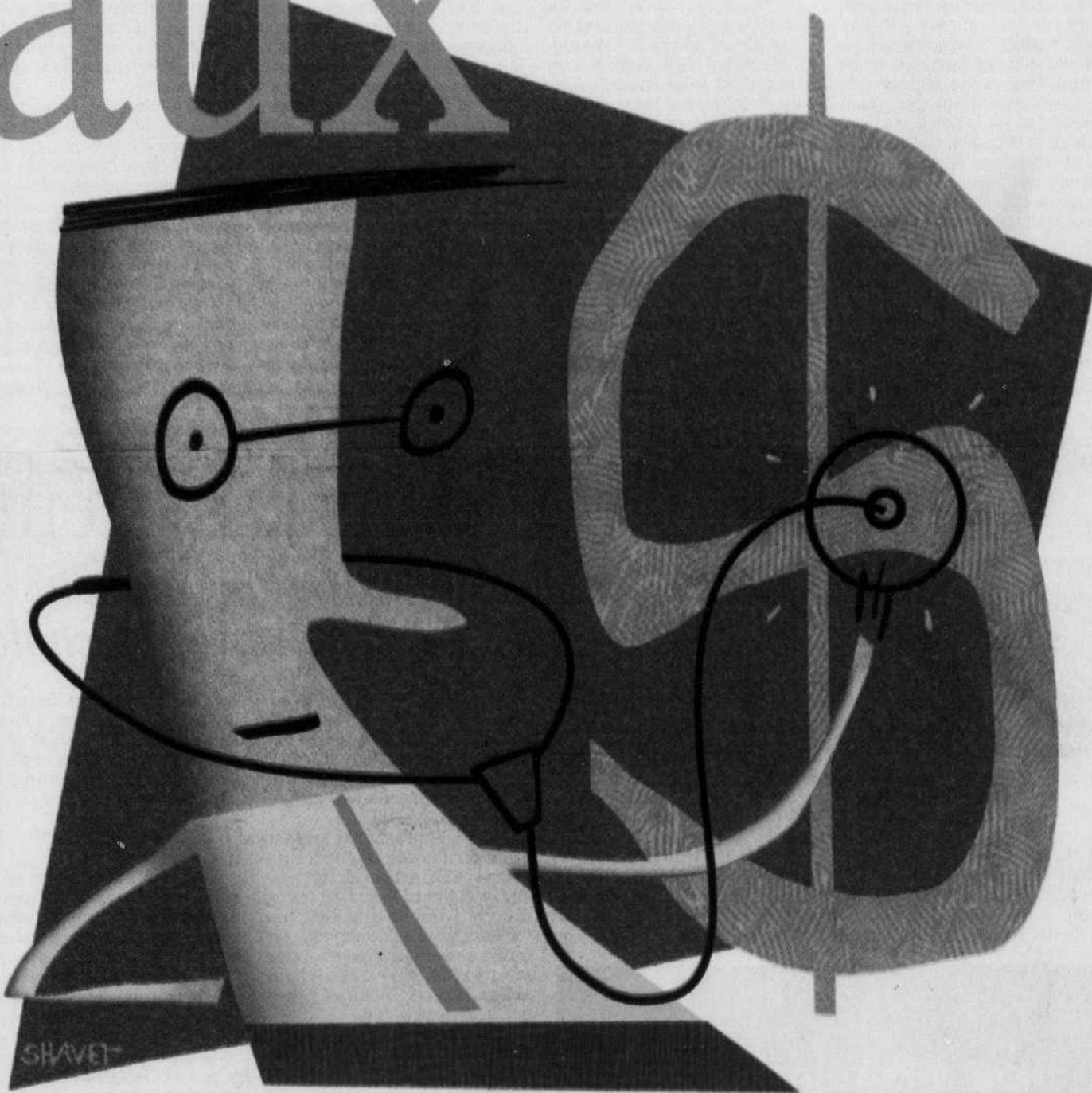
Nécessité budgétaire

À ce chapitre, et cela devient de plus en plus vrai dans notre coin de pays, si la tendance est maintenue, les électeurs d'un pays ne se déplaceront bientôt plus aux urnes pour élire un gouvernement, mais plutôt pour nommer les futurs responsables du service public de santé. Les experts du ministère québécois de la Santé prévoient d'ailleurs que, d'ici 50 ans, les dépenses publiques pour ce seul item budgétaire compteront pour les 2/3 du budget total de l'État, contre les 41 % qu'elles représentent actuellement. Dans un contexte où les baisses d'impôt sont à la mode — d'ailleurs les adeptes de la social-démocratie en sont à souhaiter la victoire de Kerry sur Bush pour contrer le vœu néolibéral d'un désengagement de l'État —, cela revient à dire que, dans un avenir rapproché, les gouvernements ne gouverneront plus grand-chose, à l'exception des secteurs non «rentables» (et encore, pour combien de temps?) que sont l'éducation et la santé: ils feront sans doute toujours des actions de nature militaire, mais pour le Québec, cela compte peu.

La conséquence d'un tel état de fait est que les économies réalisées dans le secteur sont devenues aussi importantes (sinon plus) que les soins: si le domaine est fortement syndicalisé, ce qui est le cas au Québec, de chaudes luttes sont alors prévisibles. Depuis décembre dernier, les lois votées en ce qui concerne la sous-traitance et la privatisation ayant signifié que le temps de la confrontation était venu, les représentants des travailleurs préparent donc leur montée au front.

Tel est le poids des maux. Dans nos sociétés où le vieillissement est conçu non pas comme une chose normale mais plutôt comme une tare, il importe donc de savoir jusqu'où, et à quel prix, les citoyens acceptent de se rendre afin de faire en sorte que, pour le moindre «bobo», il y ait écoute, consultation et traitement. La réforme de la santé ne passe donc pas seulement par une réorganisation des systèmes, mais aussi par une réévaluation des valeurs sociales.

Normand Thériault



SOURCE IMAGES.COM

Les dépenses publiques pour la santé compteront un jour pour les 2/3 du budget total de l'État, contre les 41 % qu'elles représentent actuellement

RECHERCHE

Lactosérum
Page 2
Épilepsie
Page 4

PRATIQUE

Médecine au quotidien
Page 2
Gestion
Page 3

SOINS

Rosacée et maux de peau
Cancer colorectal
Page 6

SCFP

Syndicat canadien de la fonction publique

en santé

• SANTÉ •

Recherche

Le « petit lait », un grand aliment

Comment transformer un déchet en un aliment stimulant pour la santé!

Le mot «lactosérum» semble désigner un médicament garanti d'origine. Jusqu'à tout récemment, ce dérivé du lait, résidu de la production fromagère, était plutôt un polluant industriel. Un chercheur de l'Institut national de la recherche scientifique l'a transformé en produit miracle.

CLAUDE LAFLEUR

Éric Simard est un curieux personnage. Adolescent, alors qu'il faisait ses études au Cégep de Chicoutimi, il s'est pris de passion pour le lactosérum, le «petit lait» que les fromageries rejettent dans les cours d'eau et qui représentait pour lui un grave problème environnemental. Quelques années plus tard, il se retrouve à la tête d'une entreprise qui s'apprête à «révolutionner» le monde de l'alimentation — justement grâce au lactosérum — en offrant non seulement des aliments plus faibles en gras, mais une nouvelle gamme d'aliments dits «fonctionnels».

Un produit polluant

Avant l'innovation apportée par le jeune chercheur, le lactosérum était une importante source de pollution. En effet, pour fabriquer un kilo de fromage, il faut utiliser dix litres de lait, ce qui génère en même temps neuf litres de lactosérum. Or, une simple petite fromagerie qui rejeterait son lactosérum dans un cours d'eau voisin, comme cela se faisait auparavant, générerait l'équivalent de la pollution d'une ville de 13 000 habitants!

«À l'époque où j'étais au cégep, raconte Éric Simard, je me suis intéressé au lactosérum à cause de la problématique environnementale.» Il constatait que les petites fromageries de son Saguenay-Lac-Saint-Jean natal n'avaient pas la capacité de traiter leur lactosérum, car les technologies nécessaires sont si dispendieuses que seules les grandes firmes peuvent

se les payer. Le jeune Simard cherchait donc à concevoir un moyen simple et économique pour disposer du lactosérum de façon écologique. «J'allais chercher du lactosérum chez Fromagerie Boivin qui m'en donnait volontiers, car on était très heureux de s'en débarrasser!», se rappelle-t-il en rigolant. L'entreprise s'est même intéressée à ses travaux, au point d'y investir.

«La première idée que j'ai eue, poursuit-il, a été de concentrer le lactosérum à froid — une idée intéressante, me suis-je dit, car cela tirait profit de nos hivers froids.» Cette méthode s'est d'ailleurs révélée efficace, mais le jeune chercheur a découvert entre-temps qu'on pouvait extraire des protéines du lactosérum. «Quand j'ai entrepris mon baccalauréat en biologie à l'UQAC, j'ai cherché à savoir s'il était possible d'utiliser ces bactéries.»

Microbiologie

Grâce à une subvention du Conseil national de recherche du Canada et à l'aide de la Fromagerie Boivin, il s'est associé à un biologiste et à une spécialiste en science et technologie des aliments. «À nous trois, nous avons fait un bout de chemin pour voir comment on pourrait utiliser le nouveau produit, raconte-t-il. Mais nous en sommes rapidement venus à la conclusion qu'il nous fallait optimiser notre procédé microbiologique. Pour ce faire, nous sommes allés voir l'Institut Armand-Frappier, à Laval, où nous avons établi une collaboration avec Claude Dupont.»

«Vers 1998, nous avons été ap-

prochés par un jeune chercheur, se rappelle justement le docteur Dupont, professeur-chercheur à l'INRS-Institut Armand-Frappier. Dans le cadre de ses projets d'études, Éric avait remarqué qu'il était possible de faire croître des bactéries dans le lactosérum et, à partir de cette croissance, d'en tirer un produit qu'on appelle maintenant la MPM, pour matrice protéique malléable. Éric est venu nous rencontrer pour voir si on ne pouvait pas prendre avantage de cela...»

Après avoir collaboré deux ans avec l'Institut Armand-Frappier, l'innovation a été transférée à Technologie Biolactis inc., une entreprise fondée en 1999. Installée à Saguenay, celle-ci a développé un procédé biologique qui permet de transformer à moindre coût le lactosérum en MPM, un produit à valeur ajoutée qui permet maintenant à l'entreprise de poursuivre plusieurs avenues dans le domaine alimentaire.

Du beurre ultra léger aux aliments santé

Dans un premier temps, Biolactis exploite la MPM comme une composante qui peut être insérée dans un aliment pour en réduire la teneur en gras. C'est ainsi que les chercheurs ont confectionné un beurre en tout point identique à ce qui nous est familier mais qui contient 25 % moins de gras. «J'ai eu le privilège d'y goûter et il n'y a aucune différence aux niveaux de la texture et du goût, affirme Claude Dupont. La seule différence est qu'il est moins gras, car si on met 25 % de MPM dans le beurre, on obtient 25 % moins de gras, ce qui procure des avantages énormes.»

Ce beurre léger est sur le point d'être mis en marché — si ce n'est même déjà fait — dans certaines épiceries du Saguenay. Éric Simard précise en effet que le nouveau beurre sera commer-



SOURCE BIOLACTIS

Le chercheur Claude Dupont a beaucoup contribué à développer un procédé biologique qui permet de transformer à moindre coût le lactosérum en MPM (matrice protéique malléable).

cialisé sous la marque Saint-Laurent. «Le beurre existe, dit-il, nous en avons déjà produit environ 8000 livres. Il est même sur le point d'être mis sur les tablettes... on attend simplement après les étiquettes!» Il précise qu'en plus d'avoir diminué la teneur en gras, ce beurre contient un ajout de protéines et de calcium. «On ajoute donc des apports nutritifs intéressants.»

Parallèlement, son équipe a découvert que la MPM est une substance extrêmement riche puisqu'elle se compose de bactéries lactiques, de protéines et de peptides de lactosérum. «Ce produit a des propriétés alimentaires évidentes, note M. Dupont, puisque chacune de ses composantes a individuellement des propriétés bénéfiques pour la santé, par exemple pour régulariser l'hypertension ou pour stimuler le système immunitaire.»

Effets bénéfiques

Les chercheurs en testent d'ailleurs les bienfaits possibles sur la santé des animaux et, si tout va bien, ils passeront aux essais chez l'humain d'ici quelques mois. «Nous sommes en train d'établir qu'on est capable non seulement de réduire la teneur en gras grâce à la MPM, mais également de stimuler le système immunitaire, de prévenir la récurrence de certaines maladies et de régulariser certaines pathologies, comme les problèmes de cholestérol ou le diabète, précise Claude Dupont. Voilà qui donnera une autre plus-value au produit!»

Les chercheurs de l'INRS-Institut Armand-Frappier auraient ainsi démontré que les personnes souffrant d'hypertension pourraient plus facilement régulariser leur pression en consommant de manière quotidienne des aliments qui contiennent de la MPM.

«Nous travaillons là-dessus depuis deux ans et demi, indique le biochimiste, et on commence à obtenir des résultats qui vont dans le sens auquel on s'attendait. Nous évaluons la MPM sur des cultures cellulaires ainsi que sur des modèles animaux, principalement sur des rats et des souris.»

Aliments fonctionnels

Ainsi, si tout va bien, la MPM pourrait devenir un additif alimentaire qui entrera dans la composition de ce que les spécialistes appellent des aliments fonctionnels. «Il s'agit d'aliments qui, en plus d'avoir une valeur nutritive, assureront aussi une fonction bénéfique pour la santé», explique le docteur Dupont, en citant notamment l'exemple d'aliments qui stimuleraient notre résistance immunitaire et celle à des maladies. «Nous produisons donc des ingrédients bioactifs qui vont présenter des fonctionnalités à la fois physiques et de santé», renchérit Éric Simard.

«Nous nous considérons comme un producteur de bio-ingrédients qui auront une fonctionnalité du point de vue de la santé, soit pour améliorer ou maintenir la santé», poursuit celui qui est aujourd'hui vice-président au développement technologique chez Technologie Biolactis inc. L'étape suivante pour notre entreprise consiste à mettre en marché des aliments fonctionnels. Nous nous intéressons au contrôle des bilans lipidiques [les triglycérides et les cholestérols sanguins] ainsi qu'à la stimulation du système immunitaire. Nous avons déjà des résultats précliniques qui appuient notre développement. Nous prévoyons, si tout va bien, mettre en marché des aliments fonctionnels dès 2005!»

«Nous valorisons ainsi un produit qui, autrefois, n'était qu'un sous-produit de la production du fromage», de conclure fièrement Claude Dupont.

Pratique

Un médecin dans le système québécois

«Près du tiers des consultations que j'ai l'occasion de faire sont liées à des détresses psychologiques»

Comme le système de santé dans lequel il évolue, le médecin québécois d'aujourd'hui a bien changé. Le docteur François Melançon, omnipraticien à la clinique Générations d'Asbestos et au CLSC du quartier Villeray, raconte.

ULYSSE BERGERON

À 44 ans, après plus de 20 ans de pratique, le docteur Melançon en arrive au constat déjà connu que «le besoin de médecins au Québec est criant». D'ailleurs,

la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) affirmait récemment qu'il manque environ 1000 médecins dans la province, et ce malgré un bond de 64 % des inscriptions en médecine au cours des dernières

années. Selon le Collège des médecins du Québec, il y a présentement un peu plus de 18 000 médecins qui pratiquent sur le territoire, un nombre qui se divise à part égale entre les omnipraticiens et les spécialistes.

Mais il ne s'agit pas uniquement du nombre de médecins. Selon l'omnipraticien, il faut tenir compte de plusieurs facteurs, dont le nombre d'heures travaillées par ces derniers: «Les jeunes optent davantage — et ce n'est pas un reproche — pour moins d'heures de travail et une meilleure qualité de vie.»

Conjugué à un «alourdissement des cas», ce manque se fait réellement sentir. De plus, note le médecin, les cas rencontrés ont bien changé: «Près du tiers des consultations que j'ai l'occasion de faire sont liées à des détresses psychologiques: des dépressions, de l'anxiété...» D'où le besoin pres-

sant pour davantage de psychologues et de travailleurs sociaux dans le système de santé québécois, soutient le docteur Melançon qui, en ce sens, favorise une approche multidisciplinaire.

Collaboration public-privé

La collaboration entre les réseaux privé et public est souvent mise de l'avant en tant que solution aux nombreux problèmes présentement rencontrés à l'intérieur du système de santé. Certains la décrient et la condamnent, d'autres la défendent vigoureusement. François Melançon, pour sa part, soutient que cette collaboration existe déjà depuis longtemps: «Faire croire qu'il y a deux réseaux — un privé et l'autre public — qui se regardent en chiens de faïence ne concorde pas avec la réalité. On est tous formés aux mêmes universités et on doit tous supporter les mêmes structures.»

Le docteur Melançon sait ce dont il parle: il pratique trois jours par semaine dans sa clinique privée d'Asbestos et fait de la consultation deux journées par semaine au CLSC du quartier Villeray à Montréal. Deux réalités, deux mondes bien différents.

En clinique privée, souligne-t-il, on peut rencontrer près de 50 patients quotidiennement, ce qui est considérable. «Cette situation est principalement due aux frais de bureau», assure le médecin. Car l'ensemble des frais relatifs des propriétaires: loyer, chauffage, matériel utilisé lors des consultations... «Ne serait-ce que pour arriver, de 1500 à 2000 \$ sont nécessaires chaque mois, explique le médecin. À Montréal, le rythme est différent. On a plus de temps avec nos patients.»

La ville moins stressante? Si le souci n'est pas nécessairement de nature financière, le stress pour les médecins découle alors de l'hétérogénéité de la clientèle qu'on y retrouve. «J'aimerais parler 12 langues! J'arrive maintenant à baragouiner l'espagnol et l'italien; mais il y a une chose qui est certaine, c'est que j'ai appris à m'exprimer et à me faire comprendre par signes», constate-t-il. Le quartier Villeray est «le troisième plus multiethnique de Montréal». Un choc

culturel auquel peu de médecins sont préparés.

Faire face aux différentes croyances, aux diverses perceptions de la santé et des maladies, voilà le défi que doivent relever chaque jour les médecins des grands centres urbains comme Montréal et pour lequel «il y a un besoin réel de préparation ou de formation», selon notre docteur.

Le médecin québécois en 2004

«Comme plusieurs de mes confrères, on peut dire que je n'ai d'autre choix que d'être workaholic», affirme François Melançon. Pourtant, le médecin a réduit au cours des dernières années le temps alloué à son travail. «Raisons familiales», répond-il. Si, aujourd'hui, il passe de 60 à 65 heures chaque semaine à faire de la consultation, auparavant il pouvait régulièrement dépasser les 80 heures.

Alors, pourquoi travailler toujours autant d'heures? «Est-ce qu'un médecin a réellement le choix? Quand 15 personnes attendent dans votre clinique et qu'elles n'ont pas de rendez-vous, voyez-vous, j'ai de la misère à dire non. En clinique privée, il n'est pas rare que je commence ma journée à 9h et que je la termine à 22h.»

La vie privée est certainement la première victime de cette situation. «J'ai tellement travaillé que je n'ai connu mon fils que lorsqu'il était adolescent», regrette le médecin. À Asbestos, où il a environ 3300 patients, le docteur Melançon arrive difficilement à dissocier sa vie privée de sa profession. «Il est quasi impossible pour un médecin en région d'aller faire l'épicerie sans se faire accrocher et se faire poser des questions d'ordre médical.»

L'ensemble de ces constatations pousse l'omnipraticien à percevoir le médecin québécois d'aujourd'hui comme «un médecin qui veut à la fois réussir à donner les meilleurs services et les meilleurs soins possibles tout en préservant sa vie privée». En quelque sorte, réussir à faire l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. C'est possible?

«Uniquement le jour où il y aura assez de ressources humaines pour le permettre», conclut François Melançon.

Non à la réingénierie en santé!

Empêchons la privatisation!

Empêchons la destruction du réseau des CLSC!



Les 110 000 membres de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN ont à cœur de fournir des services de qualité à la population québécoise.

www.fsss.qc.ca

Faculté des études supérieures
Programmes de bioéthique

COLLOQUE ANNUEL

LES MULTIPLES VISAGES DE LA BIOÉTHIQUE

6 et 7 MAI 2004

PAVILLON 3200, RUE JEAN-BRILLANT, SALLE B-2325
INSCRIPTION: (514) 343-7973 www.fes.umontreal.ca/bioethique

www.fes.umontreal.ca/bioethique

Forum citoyen
L'Institut international de Bioéthique
Forum de la bioéthique

Université de Montréal

La profession d'infirmière et infirmier auxiliaire

UNE PROFESSION PLEINE DE DÉFIS!

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

www.oiaq.org

• SANTÉ •

Réseau



L'hôpital de l'Hôtel-Dieu, à Montréal.

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Le renforcement de la première ligne est une nécessité

Le défi de l'heure est l'informatisation du réseau

Toute l'organisation du système de santé au Québec repose sur quatre grands principes: l'universalité, l'équité, le caractère public et l'adaptation continue des ressources. La Loi sur les services de santé et les services sociaux a servi à la mise en place d'un régime et d'un réseau qui ont pour mission le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être des personnes. Un vaste projet sur papier et une confondante réalité sur le terrain.

RÉGINALD HARVEY

Les usagers du réseau québécois de la santé prennent concrètement et principalement conscience de son existence au contact de près de 480 établissements publics et privés qui en tissent le contour. Ceux-ci chapeautent plus de 2000 installations physiques à l'intérieur desquelles sont dispensés des services «socio-sanitaires», des centaines de cliniques médicales et plus de 3400 organismes communautaires subventionnés.

Proximité

Présentement, le ministère de la Santé et des Services sociaux gère une autre restructuration en profondeur du réseau. Les ministres Côté et Rochon s'étaient lancés sans trop de succès dans des opérations de pareille nature et envergure il y a quelques années sous d'autres gouvernements. Le docteur Renaldo Battista, directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, examine ce réseau sous différents angles et il en dégage en premier lieu un point majeur des changements structurels en cours: «Le ministre Couillard a certainement saisi cette opportunité-là pour nous ramener à des choses qui sont fondamentales, à savoir que les services de santé soient donnés à proximité des patients. Je pense que c'est un élément important dans tout ce qui est en train de se faire de tenter de solidifier la première ligne en créant des ponts, des liens entre tous les acteurs qui travaillent dans ce domaine-là.»

Ce rapprochement prend tout son sens dans le mouvement de restructuration actuel et il en représente le fondement; il figure parmi les paramètres de base de la restructuration. Il est en effet complètement inacceptable qu'un patient se voit refuser l'accès à une clinique de première ligne en médecine générale opérant à guichet fermé, de l'avis du directeur: «C'est le genre de situation qui résulte d'un système qui s'est morcelé de façon extraordinaire à travers les années. C'est l'une des choses qu'il faut changer le plus rapidement possible parce qu'un système qui est incapable de répondre aux besoins ponctuels des patients souffre d'un complet dysfonctionnement, d'autant plus lorsque c'est la porte d'entrée de ce dernier qui est en cause. La première ligne est la chose primordiale à consolider et le ministre a compris cette réalité dès son arrivée en poste.»

Le pas en avant et les résultats attendus

D'autres ministres savaient par le passé qu'il fallait bouger dans ce sens et le diagnostic avait été posé depuis un certain temps: «Ce qui est nouveau, après le virage ambulatoire de Jean Rochon, c'est qu'on va beaucoup plus loin dans cette notion d'intégration et de création de liens fonctionnels, mais aussi structurels.» En ce qui concerne l'application de la réforme en marche, il est impérieux de bien évaluer les forces locales: «On doit tenir compte de celles-ci et appliquer la réforme de façon flexible dans différents milieux en capitalisant sur les ressources existantes. Il est certain que, dans plusieurs régions éloignées, cette intégration-là entre les professionnels qui œuvrent en première ligne dans des cliniques privées ou des CLSC existe déjà; les localités sont beaucoup plus petites, les gens se connaissent et c'est beaucoup plus facile.»

Quant aux résultats attendus de la restructuration actuelle, ils pourraient s'avérer meilleurs, contrairement à ce qui s'est passé précédemment. Le docteur Battista se base sur trois points dans l'évaluation qu'il porte: «Je pense que, dans l'élaboration du concept, il faut faire preuve de flexibilité et, je le répète, s'adapter aux forces qui s'expriment déjà localement; c'est la première des choses. Deuxièmement, il est certain que tout phénomène de changement, à plus forte raison dans le cas d'une tentative de restructuration, prend un certain temps; il faut que les gens embarquent, achètent et s'approprient le processus en cours. Nous sommes tous pressés constamment et il faut qu'on redécouvre l'importance du temps. Troisièmement, il importe d'appuyer cette opération par des incitatifs qui soient monétaires, et qu'on trouve une façon de compenser financièrement les exemples d'intégration qui fonctionnent. Dans ce contexte, s'il y a de l'argent neuf qui arrive dans le système, il faut mettre des sommes de côté pour créer ces incitatifs très concrets en faveur du changement.»

Opposition et failles

Des poches de résistance se manifestent contre les mesures appliquées dans le réseau, plus particulièrement du côté syndical. Là encore, le directeur croit que le dynamisme local pourrait arriver à les vaincre: «On doit travailler avec ce qui existe localement et tenter de faire émerger un consensus, une nouvelle dynamique à l'intérieur de diverses organisations. Ce sont des processus humains qui vont, à coup sûr, connaître des avancées et des reculs. Je rédis que c'est quelque chose qui se fait lentement, mais je crois qu'on doit viser comme résultat une amélioration des services aux citoyens.» À mesure que ces derniers se rendront compte que les problèmes d'accessibilité s'atténuent, il se créera un renforcement auprès des organisations: «Elles vont décider de travailler de façon "partenariale". Il faut espérer un effet d'entraînement, un effet boule de neige. À un moment donné, il faut commencer quelque part et là où l'on pense qu'il y a des chances de succès le plus rapidement possible.»

Cela dit, M. Battista, qui a déjà décrit indirectement certains problèmes du réseau, est invité à déterminer précisément les maillons faibles du système: «Je dirais que l'un des problèmes que l'on remarque partout, que ce soit en première ligne ou dans les hôpitaux — et là je parle même comme citoyen —, c'est d'assurer la continuité des soins d'un niveau à l'autre et d'un organisme à un autre. C'est d'être certain que le dossier du patient puisse "cheminer" d'un endroit à l'autre de façon à éviter les duplications.» Dans cette perspective, le défi de l'heure, c'est l'informatisation du réseau.



Renaldo Battista, directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

SOURCE UDM

Il faut faire place aux avancées technologiques

«Si on engouffre les nouvelles ressources dans le paiement de déficits, on ne règle pas le problème»

Le réseau de la santé en est rendu à l'heure de l'informatisation et des nouvelles technologies. En parallèle, toute la société se montre très préoccupée par le financement d'un système qui ne cesse d'engloutir des milliards de dollars.

D'ici 50 ans, selon des analyses du ministère, les dépenses encourues pour alimenter adéquatement le système québécois de la santé, notamment en raison du vieillissement grandissant de la population, pourraient passer de 41 à 66 % de l'enveloppe budgétaire globale du gouvernement.

Dans un premier cas, le directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, Renaldo Battista, indique que l'informatisation du réseau fera en sorte que l'information coulera de façon beaucoup plus fluide. Il mentionne que le Québec, sans être en avance sur qui-conque au Canada dans ce domaine, n'est pas plus en retard que les autres provinces ou que les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Difficile innovation

Il reconnaît d'emblée que le domaine de l'évaluation de l'ensemble des technologies de pointe lui est très cher: «Le problème, c'est qu'il y a actuellement des discours qui sont sur des voies de collision en cette matière. Il y a, par exemple, celui du développement technologique en santé, qui est perçu comme un apport pour l'essor économique du Québec et du Canada; ce sont des propos portés par des ministères davantage à vocation économique. En même temps, dans le même gouvernement, le système de santé véhicule pour sa part un discours passif et très prudent visant à le protéger de cette innovation technologique en provenance de la biotechnologie, de la génomique et de la protéomique; ce sont des avancées technologiques qui risquent de changer complètement la médecine, mais qui sont extrêmement coûteuses.» En raison des problèmes qui l'assaillent de toutes parts, le système peine à accueillir de tels secteurs d'innovation en ce moment.

Pourtant, le temps presse pour que le milieu s'attaque à l'incongruité de cette situation paradoxale: «De plus en plus, depuis quelques années au Canada, les gens commencent à réfléchir sur la façon de rétablir un nouveau raccordement entre le discours du développement technologique, qui en soi est bon, et le système de santé qui est incapable de l'accueillir. Les

solutions sont complexes, mais un des éléments importants pour faire le pont entre les innovations et le système réside dans l'évaluation des technologies; c'est la diffusion de cette culture même de l'évaluation qui permet de faire entrer de l'air dans le système. Il est clair que tout ce qu'on fait à l'intérieur de celui-ci n'est pas également efficace. Donc, si on porte un regard critique sur les manières d'agir afin d'évacuer ce qui est moins efficace, on se trouve à faire de la place pour les innovations technologiques. Ainsi, le système pourra se renouveler, ce qui représente un défi extrêmement important et intéressant pour les prochaines années.»

Les gros sous et les choix nécessaires

Il ne sert à rien d'augmenter le financement en santé si les vices inhérents au système persistent: «Si on engouffre les nouvelles ressources dans le paiement de déficits causés par un mauvais fonctionnement, on ne règle pas le problème, d'où l'importance de travailler à l'amélioration de la gestion du réseau. Les réformes qui sont en cours vont dans ce sens et c'est un investissement à long terme.» Le directeur considère que les gestionnaires devraient, dans ce but, utiliser de façon encore plus efficace les données techno-scientifiques qui sont, entre autres, produites par des organisations comme l'Agence d'évaluation des technologies de la santé.

Face aux nouveaux défis complexes en présence, peut-on finalement parler d'un inévitable gouffre financier à plus ou moins court terme? Renaldo Battista pense plutôt en termes de choix: «Là comme ailleurs, on doit réaliser que les ressources sont limitées; elles le sont toujours par définition. Il y a une finalité dans l'humanité qui fait partie de ce que l'on est. À partir de cela, on doit se rendre compte qu'on doit faire des choix; c'est une nécessité incontournable. Même si on continuait d'augmenter les crédits à l'infini, à un moment donné on va frapper un mur.» Dans ce sens, l'implication des citoyens dans les processus de décision des systèmes de santé lui apparaît une piste intéressante à suivre pour l'avenir.

R. H.

LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES COÛTENT MOINS CHER BEAUCOUP MOINS CHER !

Le coût élevé des médicaments constitue une menace directe et immédiate au fonctionnement de notre système de santé. Nous devons tous nous faire un devoir de vérifier s'il existe un médicament générique à substituer au médicament d'origine que nous utilisons. Soyez certain qu'il est tout aussi sûr et efficace que le médicament d'origine. Il est d'ailleurs soumis aux mêmes normes rigoureuses de Santé Canada.

La grande différence : le prix.
Jusqu'à 40 % moins cher !

Que vous soyez couvert par le Régime d'assurance maladie du Québec ou par un régime privé, c'est vous qui devez payer la prime d'assurance et la franchise. Il vous en coûtera beaucoup moins cher si vous optez pour les médicaments génériques et tout le système de santé s'en portera mieux.

Lorsque vous faites remplir une ordonnance ou lorsque vous la renouvelez, demandez à votre pharmacien s'il existe un équivalent générique.

DEMANDEZ-LE EN TOUTE CONFIANCE !



Association canadienne
du médicament générique

www.generiquescanadiens.ca

• SANTÉ •

Traitement

Percer les mystères de l'épilepsie

« Plus de 1 % de la population est aux prises avec cette maladie »

Chaque jour, une dizaine de personnes au Québec découvrent qu'elles souffrent d'épilepsie. On rapporte même que cette maladie incurable frappe presque aussi souvent les personnes de 65 ans et plus que les enfants de moins de 10 ans. Or, si cette maladie afflige près de 100 000 d'entre nous, on en ignore encore la cause chez 75 % des enfants et 50 % des adultes.

CLAUDE LAFLEUR

L'épilepsie est un état physique provoqué par des changements brefs et subits du fonctionnement du cerveau qui se manifestent sous la forme de crises. De nombreux facteurs distincts peuvent être en cause: tumeur au cerveau, accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien de tout type, infection, ou encore maladie systémique chez la mère pendant la grossesse.

«Ce que l'on voit dans l'épilepsie, c'est une tendance, pour un grand nombre de cellules neuronales, à se décharger toutes en même temps. Il s'agit probablement d'un désordre dans l'équilibre qui existe entre les substances excitatrices et les substances inhibitrices qui participent au fonctionnement normal du cerveau», explique le docteur Frederick Andermann, professeur de pédiatrie, de neurologie et de neurochirurgie à l'université McGill.

Tant de progrès... restent à faire

Depuis 40 ans, ce chercheur se passionne pour cette maladie en dirigeant la clinique et l'unité de recherche sur l'épilepsie de l'Institut et l'Hôpital neurologiques de Montréal. Il est d'ailleurs reconnu comme une des autorités de renommée internationale en la matière et a contribué à faire de Montréal l'un des pôles les plus avancés dans le traitement de cette maladie.

Mais comme le laissent entrevoir ses propos, si l'épilepsie est reconnue depuis des décennies, il reste aujourd'hui encore énormément de recherches à faire pour, d'une part, cerner ses causes et, surtout, pour trouver le moyen d'y remédier. Ainsi, de nombreuses questions «simples» demeurent toujours en suspens: qu'est-ce qui

se passe exactement dans le cerveau durant une crise d'épilepsie?, pourquoi certaines personnes ont-elles des crises à la suite d'une blessure à la tête alors que d'autres n'ont rien?, comment les médicaments pourraient-ils être plus efficaces et plus sûrs?, etc.

«Au cours des 10 ou 15 dernières années, il y a eu des progrès extraordinaires grâce notamment à l'imagerie du cerveau»

«Il y a une longue tradition de recherche dans le domaine de l'électrophysiologie et de la pharmacologie», note le docteur Andermann, pour essayer de comprendre la cause de cette hypersynchronisation de l'activité des cellules nerveuses. C'est là une sphère d'études qui est toujours primordiale en recherche sur l'épilepsie.»

Par chance, le Canada compte d'excellentes équipes de recherche spécialisées tant dans les fondements de la maladie que dans les traitements possibles. Ainsi, de nombreux centres mènent des projets de recherche fondamentale alors que des thérapies novatrices sont à l'étude.

«Au cours des 10 ou 15 dernières années, relate le neurologue, il y a eu des progrès extraordinaires grâce notamment à l'imagerie du cerveau. On a ainsi pu cerner des lésions qui étaient peu ou pas visibles auparavant. Cela nous a permis de nous faire une idée beaucoup plus précise de la cause de l'épilepsie. De plus, nombre de malformations sont d'ordre génétique, ce qui éclaire des cas d'épilepsie familiale qui n'avaient pas d'explication auparavant.» Mais surtout, insiste le docteur Andermann, ces observations ont mené à des interventions chirurgicales beaucoup plus efficaces.

Les chercheurs ont en outre découvert que certains types d'épilepsie sont provoqués non pas par une tumeur ou un can-



Depuis 40 ans, le docteur Frederick Andermann, professeur de pédiatrie, de neurologie et de neurochirurgie à l'université McGill, se passionne pour cette maladie mystérieuse qu'est l'épilepsie.

MARC-ANDRÉ GRENIER

cer, mais par une désorganisation des couches de cellules dans le cerveau. «Auparavant, dit-il, ces désordres nous apparaissaient plutôt comme des anomalies. On s'est toutefois aperçu, grâce aux nouvelles techniques d'imagerie du cerveau, qu'on pouvait reconnaître un grand nombre de ces lésions dysphasiques, ce qui a ouvert la voie à un tout autre champ de recherche.»

Une affaire de médication

De surcroît, les connaissances sur la maladie ont également énormément progressé grâce aux avancées de la génétique. «Il y a reconnaissance de certaines formes génétiques d'épilepsie qui n'étaient pas connues auparavant, indique le chercheur. C'est là un grand progrès, mais on n'en est encore qu'au début...»

Pour l'heure, la prise de médicaments tout au long de la vie du patient est la principale forme de traitement. Toutefois, ces médicaments ne guérissent pas l'épilepsie et peuvent même entraîner des effets secondaires nombreux et parfois même graves.

Si les récentes avancées ont eu pour conséquence d'améliorer la panoplie des médicaments qui servent à combattre la maladie, le docteur Andermann souligne néanmoins que «ces médicaments ne sont probablement pas tellement plus efficaces que ceux qui étaient disponibles auparavant». Il s'empresse néanmoins d'ajouter que ces médicaments ont moins d'effets secondaires et sont par conséquent mieux acceptés par les patients, «ce qui est en soi un progrès remarquable».

Une recherche sous-financée

Pour remédier de façon définitive à cette terrible affliction, il faut non seulement poursuivre les recherches, mais surtout les accroître de façon substantielle. Or, de l'avis des spécialistes qui œuvrent dans le domaine de l'épilepsie, les fonds nécessaires font cruellement défaut.

Ainsi, Epilepsie Canada estime que la recherche dans le domaine souffre d'une grave pénurie de fonds. «Si l'on fait exception des migrations, dit-on, l'épilepsie est le trouble neurologique le plus courant au Canada, puisque plus de 1 % de la population est aux prises avec cette maladie. C'est plus que la paralysie cérébrale, la dystrophie musculaire et la sclérose en plaques réunies. Or, l'épilepsie reçoit moins du quart des fonds qui sont consacrés à la recherche pour chacune de

ces maladies.» Epilepsie Canada est un organisme à but non lucratif dont la mission est de promouvoir la recherche sur tous les aspects de l'épilepsie, de sensibiliser le public à cette maladie et d'en améliorer la compréhension par le biais de programmes éducatifs.

Le docteur Andermann renchérit en soulignant qu'en recherche clinique, par exemple, «il n'y a pas depuis longtemps de soutien de la part du Conseil médical, car ce n'est pas considéré comme une priorité». Il souligne par contre qu'il y a maintenant un mouvement pour regrouper Epilepsie Canada, la Ligue canadienne contre l'épilepsie et les chercheurs en neurophysiologie afin de présenter un front uni. «On espère donc avoir des fonds plus conséquents pour la recherche sur l'épilepsie», conclut-il.

POUR VOTRE SANTÉ

Choisir un membre d'ordre professionnel : un acte responsable

Les 154 000 professionnels de la santé et des relations humaines sont régis par 26 ordres professionnels qui assurent la compétence et l'intégrité dans les services.

Acupuncteurs
Audioprothésistes
Chiropraticiens
Conseillers et conseillères d'orientation
Dentistes
Denturologistes
Diététistes
Ergothérapeutes
Hygiénistes dentaires
Infirmières et infirmiers
Infirmières et infirmiers auxiliaires
Inhalothérapeutes
Médecins
Médecins vétérinaires
Opticiens d'ordonnances
Optométristes

Orthophonistes et audiologistes
Pharmaciens
Physiothérapeutes
Podiatres
Psychoéducateurs et psychoéducatrices
Psychologues
Sages-femmes
Techniciennes et techniciens dentaires
Technologistes médicaux
Technologues en radiologie
Thérapeutes conjugaux et familiaux
Thérapeutes en réadaptation physique
Travailleurs sociaux


Conseil interprofessionnel du Québec

www.professions-quebec.org

Le Conseil interprofessionnel du Québec est le forum d'échange et de concertation de même que la voix collective des ordres professionnels. Le Code des professions lui octroie un mandat d'organisme conseil auprès de l'autorité publique.

SANTÉ

SOINS ET RÉSEAU

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

Souffrez-vous de reflux gastro-œsophagien ?

Chaque année, pour améliorer notre santé et notre mieux-être à tous, des milliers de personnes comme vous apportent une contribution essentielle à la recherche médicale en participant à nos études cliniques.

Nous sommes Services Pharma MDS, un leader mondial dans le domaine. Depuis maintenant vingt ans, nous menons, dans un encadrement respectueux de l'individu, des études de pointe sur des médicaments pour la plupart déjà commercialisés.

Si vous êtes diagnostiqués d'œsophagite par reflux gastro-œsophagien (RGO) et si vous souhaitez participer à une étude à notre centre national de recherche de Saint-Laurent, n'hésitez pas à communiquer avec nous pour en savoir davantage.

Candidats recherchés :

Hommes et femmes, non-fumeurs, 18 à 65 ans, ayant depuis au moins trois mois de fréquentes brûlures d'estomac, surtout la nuit, et des difficultés à s'endormir ou se réveiller à la suite de symptômes.

Durée du séjour :
2 sessions de 9 jours

Indemnité compensatoire :
5000 \$

En bonne santé, ne souffrant d'aucune autre condition chronique.


MDS
Pharma Services

www.mdsps.com

(514) 333 0010 • 1 800 593 7230

• SANTÉ •

Monde syndical

La restructuration est loin de faire l'unanimité

« On a l'impression qu'il n'y a pas de limites aux modifications qu'on veut nous faire supporter et subir »

Plus de 7 % de l'ensemble de la main-d'œuvre québécoise occupe des emplois dans le secteur de la santé. Une bonne partie de ces travailleurs appartient à l'une ou l'autre de la quinzaine d'organisations syndicales actives dans le système à divers échelons. Au cours des derniers mois, les syndicats se sont dressés contre le gouvernement auquel ils reprochent de pencher vers la sous-traitance et la privatisation à l'intérieur du réseau de la santé.

RÉGINALD HARVEY

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ) se classent au premier (21,1 %) et deuxième rangs (9 %) en ce qui concerne le nombre de membres présents dans le réseau québécois de la santé. Ces mouvements comptent à eux seuls plus de 30 % des syndiqués œuvrant dans le système, ce qui totalise plus de 150 000 personnes. Les deux syndicats voient d'un très mauvais œil la restructuration du réseau et, de façon générale, contestent l'approche libérale en matière de santé.

Le président de la FSSS, Pierre Lamy, fait part de sa vision de la situation politique: « On croit que l'opération de l'automne et l'adoption des différentes lois, si on les regarde les unes par rapport aux autres, font en sorte de préparer le terrain très concrètement pour faciliter les opérations de privatisation de certains services dans le secteur de la santé. Je pense à la formation des grands réseaux locaux dans les régions, à la restructuration des accréditations syndicales et à l'amendement à l'article 45 du Code du travail, qui porte sur la sous-traitance. C'est fort inquiétant. »

Ouverture syndicale

M. Lamy impute aux employeurs le fractionnement actuel des unités d'accréditation; au cours des 20 dernières années, ceux-ci ont plaidé avec insistance devant les tribunaux pour en morceler le nombre. Il rappelle que la Fédération, lors de son congrès de juin dernier, s'était montrée prête à engager des pourparlers avec le ministère sur cette question: « La décision d'un congrès, ce n'est quand même pas rien, compte tenu de la résistance historique des syndicats. On a pris à cette époque une position unanime en disant "oui, c'est correct, on doit constater qu'il y a trop d'accréditations et on est prêts à s'engager dans un processus d'exploration pour trouver le moyen d'en réduire le nombre". Le gouvernement a refusé de nous écouter et a adopté une position de non-recevoir. Il n'y a pas eu de pourparlers, de négociations, si l'on excepte deux rencontres à la sauvette avec le ministre Couillard, au cours desquelles il nous a dit "voici ce que moi je vais faire, je vais déposer une loi". »

Selon lui, il s'agit de la première



RENÉ MATHIEU LE DEVOIR
Jenny Skene, présidente de la FIQ.

fois au Québec qu'un gouvernement s'ingère directement dans la structure syndicale et cette décision est présentement contestée devant les tribunaux.

Dans le même ordre d'idées, la Fédération s'est jointe récemment à la FTQ pour adopter une position commune dans le dossier de l'accréditation des quelque 13 000 infirmières auxiliaires. Les deux syndicats ont demandé au ministre que ces travailleuses puissent choisir librement dans quelle catégorie d'employés elles seront incluses. Ils souhaitent que ces infirmières auxiliaires fassent partie de la même accréditation que les préposés aux bénéficiaires plutôt que de joindre les rangs du syndicat des infirmières: « Pour nous, ce n'est pas une guerre contre les infirmières car, en général, elles sont parfaitement d'accord avec notre position. Bref, cette demande-là n'est pas venue de nulle part, mais elle est parvenue des patrons en date du 14 décembre par un amendement à la loi qui s'explique mal. Dans le milieu, le monde qui travaille dans les établissements ne souhaite absolument pas ce type d'accréditation », plaide le président Lamy.

Non à la restructuration en cours

La Fédération ne voit pas la nécessité d'apporter des changements majeurs de structures dans le réseau de la santé, et ce pour la troisième fois depuis 1990. Aucune des failles criantes qui affectent le réseau ne saurait disparaître de cette façon, selon le dirigeant syndical: « Je pense entre autres aux difficultés sur le plan de l'accessibilité. C'est une réforme de structures et la prétention du ministre, c'est de dire "nous allons renforcer la coordination territoriale, les liens entre les établissements pour que l'usager se retrouve plus facilement dans le réseau". C'est une absurdité et une mauvaise façon de poser le problème. »

Plutôt que de suivre cette voie, le syndicat propose d'appliquer la mesure suivante: « Une des solutions qui aurait dû être explorée depuis plusieurs années, c'est de consolider le réseau de première ligne. On n'est pas fermé à toutes sortes d'hypothèses et je dirais que, dans les CLSC — qui ont toujours eu beaucoup de difficultés à s'exprimer dans le réseau depuis leur création il y a 25 ans —, il y a souvent eu des problèmes de sous-financement, d'organisation, de boycott des médecins. Le gouvernement, à l'évidence, a baissé les bras sur la question des CLSC, qu'il veut maintenant fusionner aux centres hospitaliers. » À cet égard, il envisage la disparition complète de ces centres locaux à moyen terme: « Nous sommes assurés que la population n'y trouvera pas son compte. Au contraire, si on attaque leur intégrité, comme on le croit, c'est la mission préventive et psychosociale, de même que celle de la première ligne, qui risquent d'en prendre un coup, aggravant ainsi les problèmes que l'on connaît dans le réseau. »

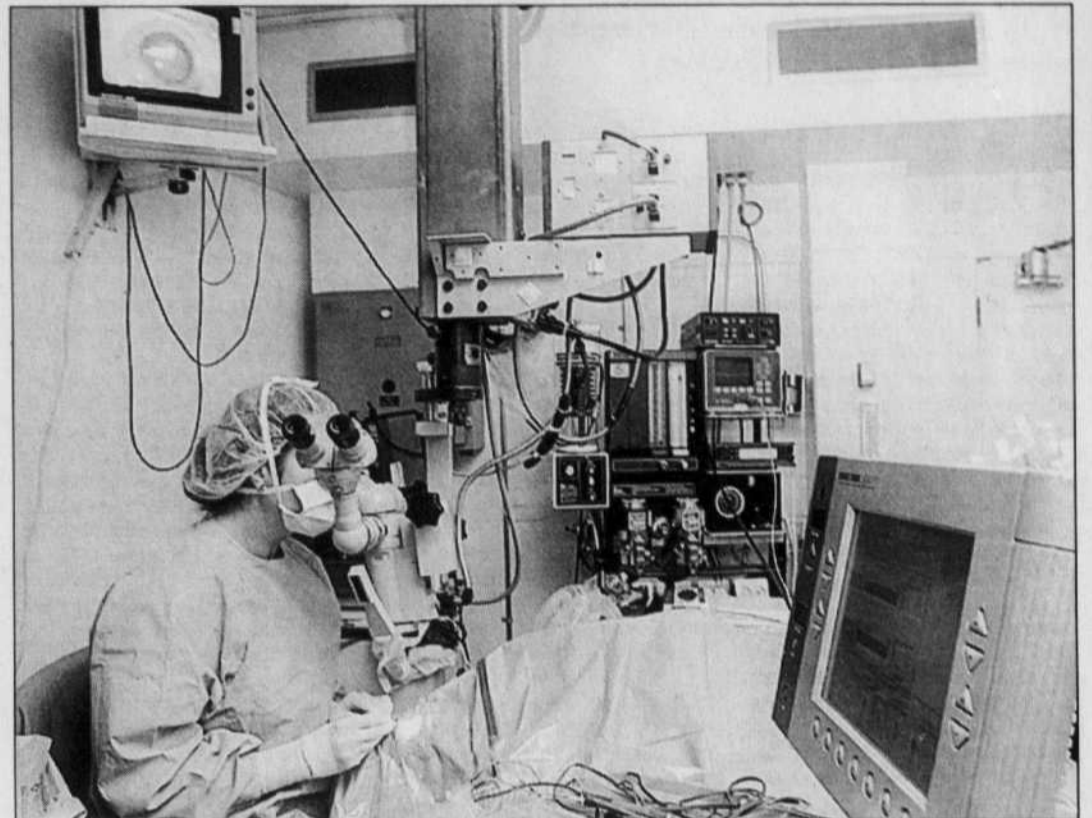
Solidarité et résistance pour la FIQ

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ) n'a pas obtenu gain de cause, malgré ses recommandations en

commission parlementaire en décembre dernier, à l'effet de conserver une catégorie syndicale unique pour ses membres; selon les prescriptions gouvernementales, elles devront partager leur accréditation, entres autres avec les infirmières auxiliaires. Jennie Skene, présidente de la Fédération, explique la position de son mouvement:

« Ça nous apparaissait la voie à maintenir. On est 45 000 et on a grandi au fil des ans parce que, justement, on représentait des infirmières. On traite autant des dossiers d'ordre professionnel que d'autres directement reliés aux relations de travail, comme les classifications infirmières, l'intégration et la formation à la profession ou celle en cours d'emploi. Nous sommes très, très homogènes. C'est ce qu'on a défendu en commission, mais ce n'est pas le choix qui a été retenu par le gouvernement. » Sept associations patronales avaient déposé un mémoire allant dans le sens contraire de la position de la FIQ.

Irritée par cette position et par le train de mesures mises de l'avant par l'administration Charest, la FIQ s'est lancée récemment dans une année d'actions placée sous le signe de la solidarité et de la résistance. La présidente se montre particulièrement virulente à l'endroit de la restructuration du réseau: « Nous allons défendre avec vigueur nos positions sur sa réorganisation. On en a déjà vécu, des réformes. Je compte 30 ans de pratique infirmière et admettons que ça fait quelques-unes que je vis. Cela a toujours fonctionné de bouleversement en bouleversement. » Elle se montre quelque peu découragée dans ce contexte: « On a l'impression qu'on travaille constamment à perte, qu'on ne verra jamais le bout, qu'il n'y a pas de limites aux modifications qu'on veut nous faire supporter et subir. »



JACQUES NADEAU LE DEVOIR
La Fédération des infirmières ne voit pas la nécessité d'apporter des changements majeurs de structures dans le réseau de la santé, et ce pour la troisième fois depuis 1990.

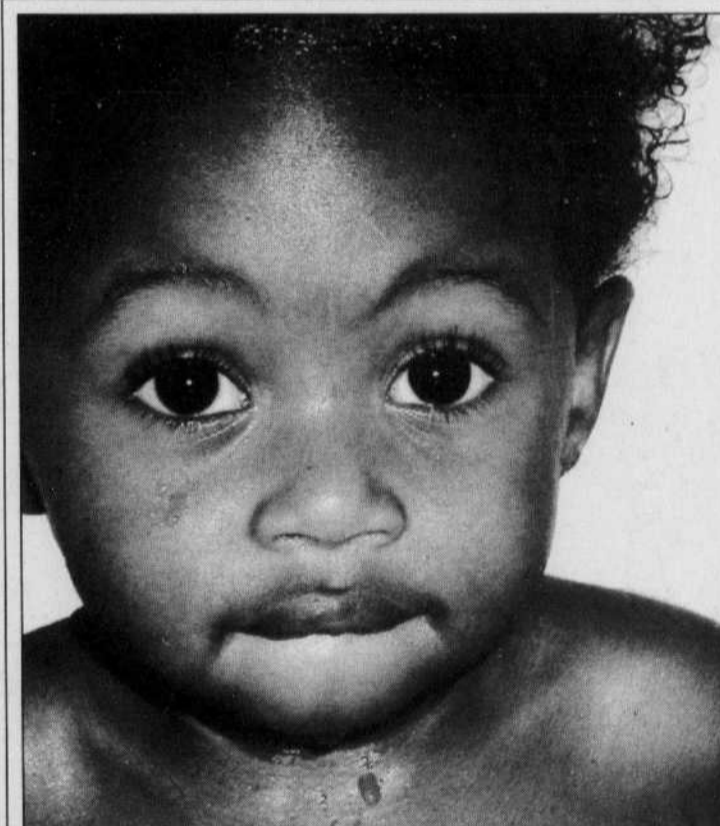
La résistance des infirmières

Dans le but de faire valoir ses idées, la Fédération prendra divers moyens d'action au cours des prochains mois. Il y aura des manifestations, des interventions publiques auprès de groupes ciblés, des dépôts de mémoires auprès des agences chargées de la mise sur pied des réseaux: « On veut faire entendre le point de vue des infirmières, qui est sans doute plus près de celui de la population quant à l'intégration des services. » Jennie Skene et la FIQ seront aussi de la partie lors de la journée de reven-

dications du 14 avril: « Tous les groupes syndicaux ont choisi cette journée pour manifester leur désaccord avec les politiques gouvernementales un an après l'élection de l'administration libérale. De notre côté, on va aussi saisir toutes les occasions pour faire la démonstration des dangers de la privatisation. » Qui plus est, à l'instar des autres groupes syndicaux, la FIQ a entrepris des démarches pour contester les lois récemment adoptées en matière de travail.

La Fédération entend de plus intervenir sur les regroupements dans la région de Montréal: « On

est à travailler sur une préparation de mémoire et il y a des consultations avec nos différents syndicats locaux montréalais. » Elle se dit sensible au sujet de l'avenir qui est réservé aux CLSC: « Nous croyons qu'il y a une menace sérieuse pour la mission de ceux-ci. C'est un réseau qui, en première ligne, n'a jamais été utilisé efficacement dans la grande région de Montréal. On n'a jamais investi l'argent et l'énergie pour qu'il fonctionne normalement. Nous craignons que tout ce qui s'appelle mission de prévention et d'éducation à la santé soit mis de côté. »



Plus de 38 000 personnes vont mourir aujourd'hui d'une maladie infectieuse.

Les maladies infectieuses comme le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose ont des effets dévastateurs: elles menacent la fibre même du tissu social, minent l'économie et détruisent des vies humaines, n'épargnant ni les hommes ni les femmes ni les enfants.

La prise en charge de ces maladies, surtout dans les pays en développement, est désormais l'un des enjeux les plus pressants sur la planète.

GlaxoSmithKline Inc. (GSK), une entreprise pharmaceutique vouée à la recherche, est un partenaire dans la lutte contre les maladies infectieuses qui sévissent partout dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne.

GSK concentre ses efforts sur la recherche et le développement, la fourniture d'antirétroviraux (médicaments pour combattre l'infection par le VIH) à prix préférentiel, ainsi que l'investissement dans des activités et des partenariats au niveau communautaire.

Voici quelques-unes des mesures que nous prenons pour que le monde soit en meilleure santé.

Un chef de file dans la lutte contre le VIH en Afrique

Quelque 70 % des personnes infectées par le VIH dans le monde vivent en Afrique. L'extrême pauvreté et la pénurie de ressources médicales constituent une entrave importante à l'efficacité des traitements. GSK fournit ses antirétroviraux au prix coûtant aux pays

qui figurent sur la liste des pays les moins développés, désignés par les Nations Unies, et à ceux de l'Afrique subsaharienne.

De plus, GSK a déjà accordé à plusieurs fabricants de produits génériques une licence les autorisant à produire ses antirétroviraux les plus en demande (Retrovir®, Combivir® et 3TC®) en Afrique subsaharienne, afin de faciliter l'accès à ces médicaments.

GSK a également investi plus de 60 millions de dollars américains dans le cadre de son programme Positive Action pour mieux informer et mieux soutenir les patients africains et leur famille.

Au-delà des médicaments

GSK est fière de contribuer aux efforts déployés pour combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Cependant, notre contribution ne doit pas se limiter à offrir des traitements aux personnes déjà infectées.

GSK s'engage à fournir les ressources nécessaires pour prévenir les maladies infectieuses partout dans le monde. Avec l'aide de nos partenaires, nous pouvons changer le cours des choses.

gsk GlaxoSmithKline

Retrovir® et Combivir® sont des marques déposées, utilisées sous licence par GlaxoSmithKline Inc. 3TC® est une marque déposée, utilisée sous licence par GlaxoSmithKline Shire BioChem.



Ordre professionnel
des travailleurs sociaux du Québec

*L'humain.
Avant tout.*

« 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

(514) 731-3925 / 1 888 731-9420
www.optisq.org

• SANTÉ •

Maladies et problèmes fréquents de la peau

Les immunomodulateurs à l'assaut de l'eczéma

Pour 83 % des adolescents, l'acné comme héritage

Le mois de mars est le mois de la sensibilisation à la rosacée. En février dernier, c'était le mois de l'eczéma. Deux campagnes de sensibilisation aux maladies cutanées coup sur coup sont-elles l'indication d'une recrudescence des maladies de la peau dans la population?

PIERRE VALLÉE

«On ne peut pas vraiment affirmer [qu'il y ait une recrudescence des maladies de la peau], soutient le docteur Pierre Ricard, président de l'Association des dermatologistes du Québec. Par contre, ce que nous savons, c'est que les gens consultent davantage qu'avant et qu'ils consultent plus tôt. Je pense que les gens ont compris qu'il est inutile de souffrir en silence et qu'il existe des traitements efficaces pour soigner les maladies de la peau.»

La malédiction des Celtes

Autrefois connue comme étant la malédiction des Celtes parce que plus fréquente chez les individus au teint pâle, tels les habitants de l'Europe du Nord, la rosacée touche environ 5 % de la population canadienne. Malgré sa fréquence, c'est une maladie qui demeure encore largement méconnue.

«Certaines études démontrent que sept personnes sur dix atteintes de rosacée ne consultent pas un médecin et par conséquent ne sont pas traitées», explique le docteur Ari Dermirjian, professeur de dermatologie et de chirurgie au laser au Centre universitaire de santé McGill.

La rosacée se manifeste d'abord par l'apparition de rougeurs au visage. À la longue, ces rougeurs altèrent le teint de la peau. Lorsque la rosacée est plus sévère, elle provoque de la couperose et de l'acné. À un stade encore plus avancé, en particulier chez les hommes, la rosacée cause une malformation du nez,

le rhinophyma, ce qui donne une apparence bulbueuse et enflée au nez. C'est la rosacée qui est responsable de la drôle de bouille du comédien américain W.C. Fields, connu aussi pour son penchant pour la dive bouteille.

D'origine inconnue

«On associe à tort l'alcoolisme et la rosacée, mais l'excès d'alcool ne peut pas causer la rosacée, explique Ari Dermirjian. À vrai dire, on ne connaît pas les causes de la rosacée. On sait qu'il y a un facteur héréditaire et l'on connaît les éléments déclencheurs des crises.» Parmi ces éléments déclencheurs, notons, entre autres, le stress, les mets épicés, les variations soudaines de température et l'absorption de boissons trop chaudes.

On soigne une rosacée légère avec un médicament, le métronidazole, que l'on retrouve sous forme de crème ou de gel et qui est particulièrement efficace à contrer l'acné causée par la rosacée. Dans les cas plus sévères, on peut prescrire un antibiotique, généralement de la tétracycline.

En ce qui concerne la rougeur et la couperose, causées par la dilatation des vaisseaux sanguins, le seul traitement disponible est la chirurgie au laser. C'est un traitement efficace puisqu'il permet de faire disparaître jusqu'à 95 % des rougeurs au visage.

«La technique consiste à sceller les vaisseaux sanguins à l'aide d'un laser», précise M. Dermirjian. Une fois les vaisseaux scellés, les rougeurs disparaissent. Et puisque ce sont des vaisseaux excédentaires qui causent les rou-

geurs, il n'y a pas de danger pour le patient.» Une session d'environ une heure et quart suffit à traiter un visage au complet. Seul inconvénient: un léger coup de soleil qui s'estompe en quelques jours.

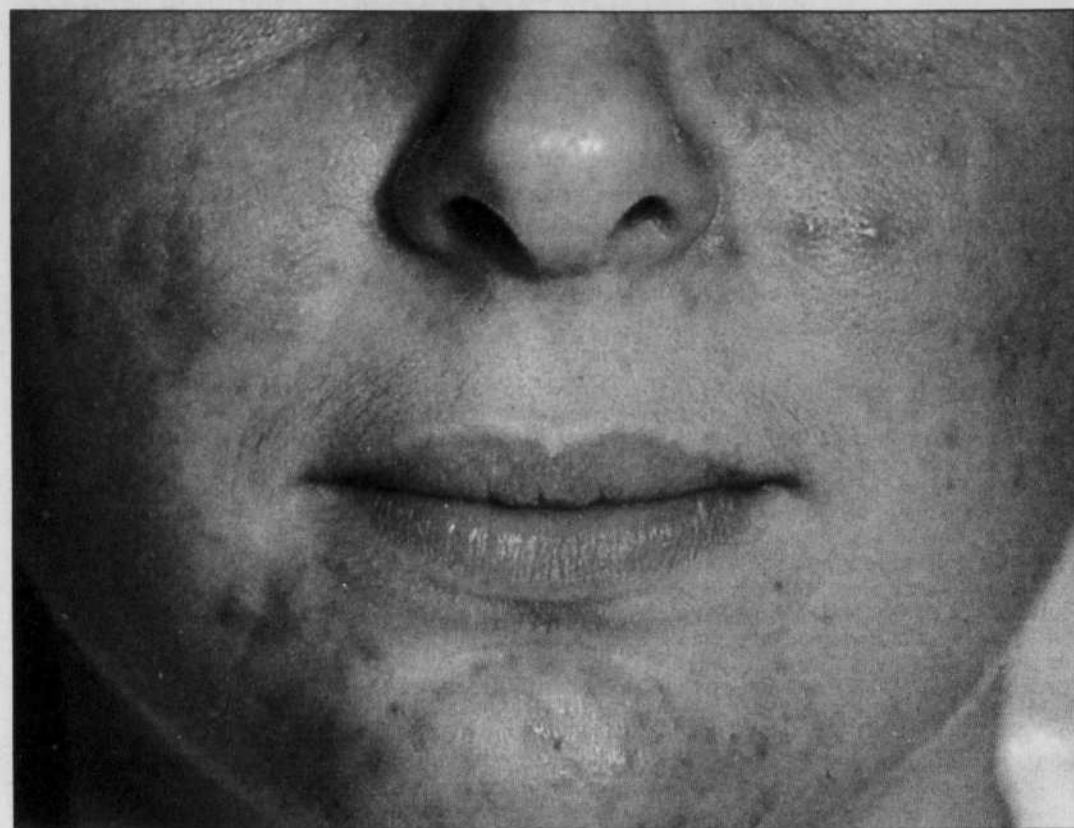
L'eczéma et le psoriasis

Parmi les maladies de la peau les plus fréquentes se trouvent l'eczéma et le psoriasis. On assiste depuis quelques années à une augmentation des cas d'eczéma. «On croit que c'est en raison de facteurs environnementaux, un peu comme l'asthme», avance Pierre Ricard.

L'eczéma, ou dermatite atopique, se manifeste lorsque le système immunitaire d'une personne réagit trop fortement à des éléments qui, la plupart du temps, sont inoffensifs, tels les acariens ou le pollen. Cette réaction rend la peau rouge, squameuse et enflammée. Chez certaines personnes, les démangeaisons sont si fortes qu'elles sont portées à se gratter jusqu'au sang, ce qui augmente le risque d'une infection secondaire. C'est particulièrement le cas chez les enfants.

On a longtemps traité l'eczéma avec des onguents à base de cortisone qui sont tout à fait efficaces. Mais depuis peu, une nouvelle classe de médicaments, les immunomodulateurs, ont fait leur apparition sur le marché. «Les immunomodulateurs traitent l'eczéma en régularisant le système immunitaire», explique Pierre Ricard. Ils ont aussi l'avantage de ne pas provoquer d'effets secondaires, tel l'amincissement de la peau, contrairement aux médicaments à base de cortisone.

Le psoriasis atteint environ 4 % de la population. «C'est une maladie qui n'est pas dangereuse mais qui est débilitante, surtout si elle est sévère. Elle est aussi difficile à traiter.» On soigne le psoriasis généralement à l'aide de médicaments à base de cortisone. De plus en plus, la photothérapie,



SOURCE MECA

La rosacée se manifeste d'abord par l'apparition de rougeurs au visage. À la longue, ces rougeurs altèrent le teint de la peau. Lorsque la rosacée est plus sévère, elle provoque de la couperose et de l'acné.

qui utilise les effets thérapeutiques des rayons ultraviolets, donne d'excellents résultats dans le traitement du psoriasis.

L'acné et autres bobos

«L'acné est sans doute la maladie de la peau la plus fréquente puisque 83 % des adolescents en souffrent», précise Pierre Ricard. Pour les cas légers, on trouve sur les tablettes des pharmacies une foule de produits servant à soigner l'acné. «La plupart conviennent parfaitement. Mais il ne faut pas en mettre seulement lorsqu'un bouton apparaît. Une application préventive est plus efficace.»

Dans les cas plus sévères, on

peut prescrire aussi un antibiotique, comme la tétracycline, dont l'effet anti-inflammatoire réduit l'acné. Par contre, le produit le plus efficace pour les cas sévères demeure l'Accutane, qui est administré sous forme de pilules. Mais on doit le prescrire avec circonspection aux adolescentes actives sexuellement car l'Accutane a un effet tératogène, ce qui provoque de sérieuses malformations chez l'embryon. «Je le prescris seulement après un test de grossesse, afin de m'assurer que l'adolescente n'est pas enceinte, et seulement si elle utilise un moyen de contraception.»

Selon Pierre Ricard, si l'on veut conserver une peau saine et éviter

les complications inutiles, il y a quelques consignes qu'on aurait avantage à suivre. La première consiste à maintenir des bonnes habitudes de vie. «La peau, c'est un peu comme le miroir de l'âme. Une bonne santé générale donne une peau en santé.» Deuxièmement, il ne faut pas abuser du soleil et surtout utiliser en tout temps un écran solaire lorsqu'on s'expose un tant soit peu; on recommande aussi l'utilisation régulière d'une crème hydratante afin d'éviter l'assèchement de la peau. Enfin, il faut consulter un dermatologiste dès qu'apparaissent les premiers symptômes d'une maladie de la peau.

Maladie mortelle

Le cancer colorectal : un mal que l'on peut guérir

ÉDITIONS NOUVELLES

Il y a une bonne mais aussi une mauvaise nouvelle au sujet du cancer colorectal au Canada. La mauvaise nouvelle, c'est que ce cancer est encore la deuxième principale cause de décès des suites d'un cancer au Canada. En effet, la Société canadienne du cancer estime que près de 18 000 Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer colorectal en 2003 et qu'environ 300 en sont morts.

La bonne nouvelle, c'est que même si le cancer colorectal reste encore une cause majeure de décès des suites d'un cancer, son incidence et son taux de mortalité sont en baisse, grâce surtout au dépistage et à la prévention de ce cancer, ou à son dépistage précoce. Cependant, bien que le taux de mortalité accuse une baisse statistique, il n'en demeure pas moins que dans l'ensemble, le nombre de cas est en hausse et qu'il reste beaucoup à faire.

«Ce cancer peut très bien être prévenu et traité; son dépistage fait toute la différence», explique Barry Stein, président de l'Association canadienne du cancer colorectal, qui ajoute:

«La meilleure chose à faire est de sensibiliser tous les Canadiens de plus de 50 ans à la nécessité de passer un test de dépistage, en plus de faire valoir une politique sur le dépistage du cancer colorectal au Canada.»

Examinons les statistiques...

■ Depuis 1998, l'incidence du cancer colorectal a baissé de 8 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes;

■ depuis 1998, l'incidence des décès des suites du cancer colorectal a baissé de 15 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes;

«Cette tendance à la baisse est remarquable, mais il nous reste encore beaucoup à faire. Les Canadiens doivent être informés, faire abstraction de leur gêne et demander à leur médecin des informations sur le dépistage du cancer colorectal», ajoute M. Stein.

Selon les experts en cancérologie, le test de dépistage permet de déceler la présence de polypes précancéreux et de détecter la maladie à son stade le plus précoce et le plus curable. «Nous pouvons combattre cette maladie si nous luttons effectivement contre elle», conclut M. Stein.

Vous pouvez prévenir

Dans 95 % des cas, le cancer colorectal se prévient ou se traite. Avez-vous pris les bonnes mesures?

Vous pouvez diminuer vos risques de cancer colorectal en vous alimentant sainement. Voici quelques conseils d'experts:

- augmentez votre consommation de fibres alimentaires et d'aliments contenant du calcium;
- limitez votre consommation de viandes rouges et de graisses alimentaires;
- commencez votre journée du bon pied en prenant un petit-déjeuner à base de grains entiers (un bol de gruau ou du pain grillé à base de grains entiers à 100 %) et un verre de jus d'orange additionné de calcium;
- utilisez des pâtes à base de grains entiers pour vos plats italiens préférés ou faites griller du poulet mariné dans du citron, de l'ail et du basilic.

Dépistage

Environ 75 % des nouveaux cas de cancer colorectal apparaissent chez des personnes ne présentant aucun facteur de risque connu.

■ Optez pour la prudence; passez un test de dépistage à 50 ans. Le dépistage précoce permet en effet de détecter la présence de polypes précancéreux, en plus de déceler la maladie à son stade le plus précoce et le plus curable;

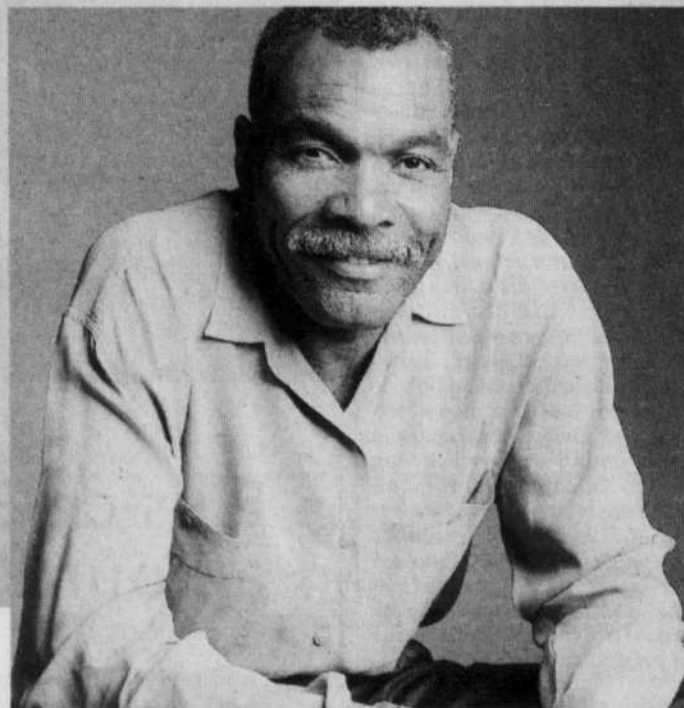
■ demandez à votre médecin de vous indiquer la méthode de dépistage qui vous convient le mieux;

■ les personnes présentant un risque élevé, notamment celles ayant des antécédents familiaux de cancer ou de maladies inflammatoires de l'intestin, devraient discuter avec leur médecin du meilleur moment pour commencer à passer des tests de dépistage.

Surveillez les symptômes

De nombreux symptômes du cancer colorectal peuvent être pris à tort pour des affections plus fréquentes. Écoutez votre corps et consultez votre médecin si vous avez des doutes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le cancer colorectal, visitez le site Web de la Société canadienne du cancer (www.cancer.ca) ou appelez au numéro sans frais 1 800 939-3333.

« SI CE N'ÉTAIT DES MÉDICAMENTS INNOVATEURS, JE SERAIS PEUT-ÊTRE ENCORE BRANCHÉ À UN RESPIRATEUR. »



En reconnaissant la valeur de la recherche canadienne, nous valorisons la vie de tous les Canadiens.

C'est très simple. Si nous protégeons les brevets des nouvelles découvertes dans le domaine pharmaceutique, nous attirerons plus d'investissements. Cela entraînera une augmentation des activités de recherche et de développement dans le secteur médical, et plus de nouveaux médicaments prometteurs nous seront offerts. Nous pouvons tous faire notre part pour appuyer des lois plus rigoureuses en matière de protection des brevets au Canada. Pour en savoir davantage à ce sujet, visitez notre site web à l'adresse www.canadapharma.org



Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada

La recherche : source de vie