

LE DEVOIR

POINT SUR... *la Santé*

PRIORITÉS



David Levine

Le 30 janvier dernier, il était nommé ministre délégué à la Santé où il a hérité du dossier des centres hospitaliers. Une désignation logique pour cet ex-gestionnaire d'élite du réseau.

Page 3



Stanley Vollant

Il croit que les nouvelles technologies favoriseront et amélioreront le travail des médecins en région.

Page 5

L'exercice de la médecine

IL EST POSSIBLE AU QUÉBEC, POUR LES TRAITEMENTS MINEURS, D'OBTENIR RAPIDEMENT UN SERVICE ADÉQUAT. IL EST AUSSI POSSIBLE D'ENTENDRE DIRE QU'IL Y A DE L'ESPOIR POUR LE SYSTÈME PUBLIC DE LA SANTÉ. MAIS IL RESTE ENCORE BEAUCOUP À FAIRE. CHRONIQUE D'UNE MÉDECINE DÉCRITE PAR SES AVANCÉES QUOTIDIENNES.



JACQUES GRENIER LE DEVOIR

Faites-en l'expérience. Pointez-vous sans rendez-vous dans une clinique, tenez, celle de la Cité, l'avenue du Parc, à Montréal. Vous aurez à attendre une heure, vous verrez le médecin qui vous conseillera une batterie de tests. Pas de problème: on vous attendra à la même clinique le lendemain matin et, une petite demi-heure plus tard, vous serez prêt à rencontrer à nouveau le praticien, quatre semaines après, pour entendre le diagnostic et connaître, s'il y a lieu, le traitement qui vous sera prescrit. Le coût d'une telle opération pour le patient: 20 \$, excluant toutefois les éventuelles prescriptions médicales (le tout aurait pu être gratuit, si vous aviez accepté d'attendre à la clinique externe de l'Hôtel-Dieu pour y passer l'examen clinique).

De cette médecine, on en parle moins: elle ne fournit pas, comme les urgences et les opérations hautement sophistiquées, de bonne matière à nouvelles. Elle indique toutefois que l'arrivée de la médecine universelle n'a pas seulement été un cadeau empoisonné, une boîte de Pandore sociale.

Pépins

Tout ira donc pour le mieux. Tant s'en faut. À écouter les infirmières, il faudrait se souvenir que le Québec ne s'est pas encore remis des départs volontaires et des compressions imposées au système de la santé. Comme le dit Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre: «On a perdu environ 10 % des infirmières, ce qui est énorme puisqu'une bonne année de promotion permet de recruter 2000 diplômées, tout au plus. On a donc perdu l'équivalent de plus de deux années d'un coup sec et, de surcroît, il s'agissait souvent des infirmières les plus expérimentées.» À écouter aussi le nouveau ministre délégué, il reste beaucoup à faire. David Levine s'est vu accorder dans le présent gouvernement la responsabilité des centres hospitaliers: «Tant et aussi longtemps que l'on a tenté d'offrir tous les niveaux de services dans un seul établissement, on a contribué à créer une dynamique où l'activité plus urgente prend le pas sur les autres. La formation et la recherche ont été de cette manière très négligées au cours des dernières années dans les centres hospitaliers. Beaucoup de médecins donnent actuellement un peu de leur temps pour faire de l'enseignement, mais ce ne sont pas des professeurs à temps plein.» (Et l'implantation des nouveaux centres hospitaliers universitaires ne se fait pas sans douleur et sans contraintes: écoutez aussi à ce sujet les commentaires des

divers délégués syndicaux qui dénoncent le manque de ressources financières prévu.)

Et, comme si cela ne suffisait pas, il est aussi fréquent de voir rappeler que, *per capita*, le Québec est au Canada une province qui dépense peu, quand la comparaison est faite avec l'Ontario, l'Alberta ou la Colombie-Britannique. Malgré le fait que le poste budgétaire dont le ministre Legault a la responsabilité est, et de loin, le plus élevé en ce qui concerne les dépenses gouvernementales. Et, encore, on pourrait ajouter que s'exerce toujours dans cette dite province une médecine d'urgence. Et que tous les énoncés d'une possible politique de prévention, supposant le retour à une médecine familiale, demeurent encore, avec ou sans rapport Clair, sur le plan de l'intention.

Demain

Il ne faudrait toutefois pas désespérer. Les infirmières nous informent ainsi qu'Internet est là pour aider: on parle de possibles consultations instantanées, qui élimineraient les déplacements, dans le cas de malaises mineurs, vers les cliniques publiques ou privées. Même une mesure aussi controversée que la carte à puce est vue par le président de l'Association médicale du Québec comme un énorme progrès en région. Pour Stanley Vollant, «la télédermatologie et la télé-radiologie et les autres formes de télé-médecine sont déjà une réalité dans certaines provinces. Si on n'y plonge pas immédiatement, on va manquer une étape importante du développement de la médecine.»

Il est certain que la médecine évolue. Il suffit de contacter les facultés, ces lieux où se forment les médecins de demain pour constater que les programmes d'enseignement se modifient: il ne suffirait plus aujourd'hui d'apprendre, mais de connaître et, pour cela, il faut orienter la formation vers un exercice de la médecine, et moins vers la recherche pure; cela s'appelle l'APP, l'apprentissage par problème. Il y a toutefois un hic: les facultés auront-elles les ressources suffisantes pour attirer ces médecins-professeurs qui semblent en Occident devenir une denrée rare?

Et, pendant que tout cela se discute, à l'Hôtel-Dieu, un des lieux du futur CHU montréalais, le Dr Pierre Mayer et l'infirmière Lyse Millette font ce qui est l'exercice premier de la médecine: dans ce cas-ci, comment se comporte le système pulmonaire de ce patient? Au fait, sa consommation quotidienne de nicotine serait-elle trop élevée?

Normand Thériault

Traitements

Parkinson

Page 2

Endométriose

Cancer

Page 7

CHU

Recherche et formation

Page 2

Infirmières

Réalité et virtualité

Page 4

Universités

Facultés de médecine

Page 6

Prévention

Santé dentaire

Page 8



THIERRY C. PAUCHANT et collaborateurs

Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé

Guérir la santé

Enfin une solution pour régler
le problème de la santé au Québec!

FIDES / PRESSES H.E.C.
400 pages • 29,95 \$

• SANTÉ •

Parkinson

Nécessaire opération

Quand le traitement par médication ne suffit plus

Si la médication demeure la principale manière de traiter les troubles multiples associés à la maladie de Parkinson, le recours à différents types d'opérations chirurgicales a depuis quelques années connu une croissance marquée. Car il arrive un temps où la plus magique des panacées pharmacologiques cesse de procurer ses bienfaits.

DENIS LORD

À l'origine du parkinson: la mort des cellules productrices de dopamine, le neurotransmetteur qui, de concert avec d'autres substances chimiques, sert à contrôler le mouvement. Analogie à la dopamine, le lévodopa (prolopa, sinemet, etc.), apparu vers 1970, a créé une révolution dans le traitement de la maladie et est actuellement le traitement le plus répandu. Cependant, de dire Mme Michelle Coutu, de la Société Parkinson du Québec, «la réponse à ce médicament change avec le temps».

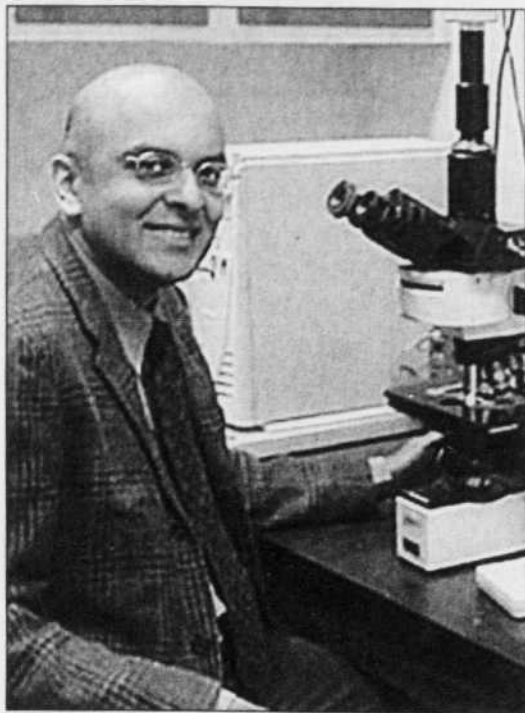
Après une «lune de miel», le soulagement diminue et les effets secondaires s'amplifient. Parmi ceux-ci: hypotension orthostatique, nausées, troubles du sommeil, dyskinésie, etc. Les autres médicaments (anticholinergiques, amantadines, pergolide, etc.) causent également des effets secondaires variés qui se révèlent parfois, de l'aveu de Mme Coutu, aussi graves que la maladie elle-même. «Certains médicaments fonctionnent trop bien, à tel point que les mouvements involontaires qu'ils engendrent peuvent causer une tendinite. C'est un grand défi pour les médecins et les neurochirurgiens de trouver la médication appropriée et le dosage exact.»

Les neurochirurgies, auxquelles on recourait avant le développement du lévodopa, ont connu ces dernières années un regain. La thalatomie et la pallidotomie servent, la première à réduire les tremblements et à soigner la dystonie, la seconde à soigner la dyskinésie.

Depuis environ 1995, les neurochirurgiens pratiquent aussi un autre type d'opération qui a l'avantage, contrairement aux dernières, de ne pas détruire les régions saines autour de la cible. Destinée à soulager la dyskinésie, les tremblements sévères, les troubles de démarche et de posture, la stimulation sous-thalamique consiste à placer dans le noyau sous-thalamique une électrode reliée à une batterie au voltage réglable, ce qui permet de l'ajuster à l'évolution de la maladie. Cet appareil inhibe les structures cérébrales qui jouent un rôle dans la fonction motrice et qui deviennent hyperactives dans la maladie de Parkinson.

Un chirurgien pour tous

Le Dr Abbas Sadikot, de l'Institut neurologique de Montréal, est le seul au Québec à pratiquer ce type d'opération. Selon le Dr Ted Fon, associé à son équipe, 95 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson sont traitées par médication mais le pourcen-



Le Dr Abbas Sadikot, de l'Institut neurologique de Montréal.

tage de celles utilisant la neurochirurgie augmenterait peut-être jusqu'à 10 % si les ressources étaient davantage disponibles. L'Institut a fait dernièrement l'acquisition de matériel informatique de pointe permettant de localiser la cible avec une très grande précision.

Le Dr Sadikot pratique entre 20 et 30 opérations de stimulation sous-thalamique par année. Les tests de sélection sont très sévères. Il faut que les chances de succès soient bonnes, qu'il soit démontré que la médication n'est plus effective ou présente trop d'effets secondaires; le patient ne doit pas souffrir d'hallucinations, de dépression ou de troubles de la mémoire. Un candidat sur cinq est sélectionné. Malgré ces exigences, plusieurs personnes au Québec attendent de recevoir la stimulation sous-thalamique.

Selon des chiffres de la Société Parkinson du Québec, la maladie touche 1 % de la population, soit environ 100 000 personnes au Canada et est aujourd'hui reconnue comme le trouble neurologique le plus courant chez les personnes âgées. Malgré les percées de la science, la source de la maladie demeure inconnue, cette dernière pouvant se manifester par des symptômes variant énormément d'une personne à l'autre. À tel point que les médecins doivent parfois passer par un processus d'élimination avant de diagnostiquer à coup sûr le parkinson.

Centres hospitaliers universitaires

Un statut particulier pour les CHU

La recherche, d'accord, mais la formation des futurs médecins surtout!

Au printemps dernier, quelques mois à peine après le dépôt du rapport de la Commission Clair, Rémy Trudel, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, mettait sur pied un nouveau comité de réflexion. Dans la mire cette fois-ci: les centres hospitaliers universitaires. Président du comité, Raymond Carignan, ancien directeur général de l'Institut de cardiologie de Montréal, travaille depuis à établir un nouveau modèle pour le réseau hospitalier universitaire. Un modèle qui s'inscrira sous le signe du changement, laisse-t-il déjà entendre. Un changement que les médecins spécialistes et les médecins résidents confirment attendre avec impatience.

GUYLAINE BOUCHER

À l'instar de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les centres hospitaliers universitaires ont subi le contrecoup des compressions budgétaires des années 90. Restrictions financières, augmentation de la demande de soins, de l'avis de Raymond Carignan, «la mission universitaire des centres hospitaliers en a mangé un coup».

Selon lui, c'est sur le plan de l'enseignement que la situation est la plus alarmante. «Sur le plan de la recherche, le Fonds de recherche en santé du Québec a permis de faire une planification de la recherche et de prioriser les dossiers. L'évolution technologique figure en tête de liste des priorités des nouveaux centres hospitaliers universitaires, mais le secteur de l'enseignement est inquietant, parce qu'il n'est plus investi depuis plusieurs années déjà par les établissements. Quand j'ai moi-même été formé, lorsque l'on entrait dans un centre hospitalier universitaire on sentait la présence de la formation. Aujourd'hui,

ce n'est plus le cas. Si l'on souhaite continuer de former des professionnels de calibre nord-américain, il faut faire quelque chose.»

Des propos qui rejoignent en tous points le point de vue du président de la Fédération des médecins résidents, Jean-Sébastien Delisle. «Nous sommes dans un réseau où le personnel et l'argent manquent. Nous allons donc au plus pressant. La mission première est évidemment de donner des services à la population, mais dans le cas d'un centre hospitalier universitaire, il faut aussi voir à développer une autre vocation. Quand on est en situation de survie, tout cela est vite relégué aux oubliettes.»

«La mission universitaire des centres hospitaliers en a mangé un coup», de l'avis du Dr Raymond Carignan

Concentration et statut particulier

Convaincu de l'urgence d'agir et de remettre la formation au cœur des missions et du fonctionnement des centres universitaires, Raymond Carignan refuse pour le moment de préciser quelle sera la nature des recommandations de son comité. Seule l'idée de concentrer les activités de formation dans un nombre restreint de lieux transpire légèrement de ses propos.

Président de la Fédération des médecins spécialistes, Jean Du-

gré, tend vers la même solution. C'est qu'à son avis, le modèle des centres hospitaliers universitaires québécois n'a pas fait ses preuves. «Jusqu'à présent, nous avons créé des CHU à plusieurs pattes qui n'ont jamais vraiment permis d'offrir un enseignement intégré et de calibre international comme on peut le voir aux États-Unis et en Europe. Le Québec n'a pas les ressources pour se permettre de disperser ses énergies de cette manière. Si on veut parvenir à former des médecins compétents, il faut centraliser les efforts de formation tout en ne détruisant pas les équipes qui fonctionnent bien.»

Jean-Sébastien Delisle, confirme que «si pour l'instant les résidents canadiens se comparent aux américains sur le plan des connaissances théoriques, ils accusent déjà un retard en ce qui a trait aux gestes cliniques et techniques».

La solution? Pour le porte-parole des médecins résidents, la meilleure option est d'établir des critères d'efficacité différents pour les centres hospitaliers universitaires. «On ne peut pas offrir des soins spécialisés, assurer la formation des futurs médecins et leur permettre d'approcher des cas sans que ça prenne un peu plus de temps et de ressources. Tout cela devrait être pris en compte.»

Du côté des médecins spécialistes, on parle de l'importance de mettre en place un plan de carrière pour les médecins intéressés par l'enseignement. «À la suite des contraintes budgétaires qu'a connues le réseau, plusieurs professionnels intéressés par l'enseignement ont quitté et ne sont plus revenus dans la province depuis. Les cohortes d'étudiants sont en hausse; il faudra bientôt des gens pour les former. Des gens qui auront fait le choix de se consacrer à l'enseignement. Pour y arriver, il faut absolument mettre en place un plan de carrière.»

Le dépôt du rapport Carignan est attendu pour le mois de juin prochain.



Parce qu'on a aussi des amis.

Chez Pfizer, nous cherchons à découvrir les remèdes de demain. Nous cherchons à guérir l'alzheimer de votre père, la maladie du cœur de votre sœur et le diabète de votre meilleur ami... des maladies qui touchent nos familles. Nos chercheurs canadiens en collaboration avec les hôpitaux et les centres de recherche de chaque province, ainsi que nos 12 000 autres scientifiques et professionnels de la santé des quatre coins du monde se penchent sur les traitements de demain. Pourquoi? Parce qu'on a aussi un père, une sœur et un meilleur ami.



Notre passion, la vie

www.pfizer.ca



HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal
DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE - Service de chirurgie dentaire

Le docteur **PHILIPPE BERTRAND**

Dentiste généraliste
Fellow du International Congress of Oral Implantologists

Offre une gamme complète de services et traitements en
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

Pour plus d'information ou pour prendre un rendez-vous, veuillez contacter le (514) 253-3233 ou le (514) 252-3400 poste 2471

À l'heure de la mondialisation,
réaffirmons que
«la santé n'est pas
une marchandise»

Nous sommes plus de 100 000
à donner le meilleur de nous-mêmes
pour vous fournir des services sociaux
et de santé et des services
à la petite enfance.

La santé est un droit vital



Fédération de la santé et des services sociaux - CSN

• SANTÉ •

Une entrevue avec David Levine

La croisée des chemins

L'avenir des hôpitaux passe par la spécialisation des institutions et une ouverture au partenariat avec l'entreprise privée

Le 30 janvier dernier, David Levine entrait en politique par la grande porte: celle du Conseil des ministres. Nommé ministre délégué à la Santé, il a rapidement hérité du dossier des centres hospitaliers. Une désignation logique pour cet gestionnaire d'élite du réseau. Le principal intéressé n'a d'ailleurs pas perdu de temps pour faire connaître sa vision des établissements hospitaliers de demain. Le Québec est, selon lui, «à la croisée des chemins» en matière de santé et il ne cache pas sa volonté de voir la province s'engager sur la voie de la modernité.

GUYLAINE BOUCHER

«**I** est rare que dans notre société actuelle on discute de la construction d'un centre hospitalier entièrement neuf. Le dossier du centre hospitalier universitaire de Montréal et du centre hospitalier de McGill nous offre cette opportunité extraordinaire. Nous sommes à la croisée des chemins, prêts à faire des investissements majeurs. Il faut profiter de cette occasion pour faire les bons choix.»

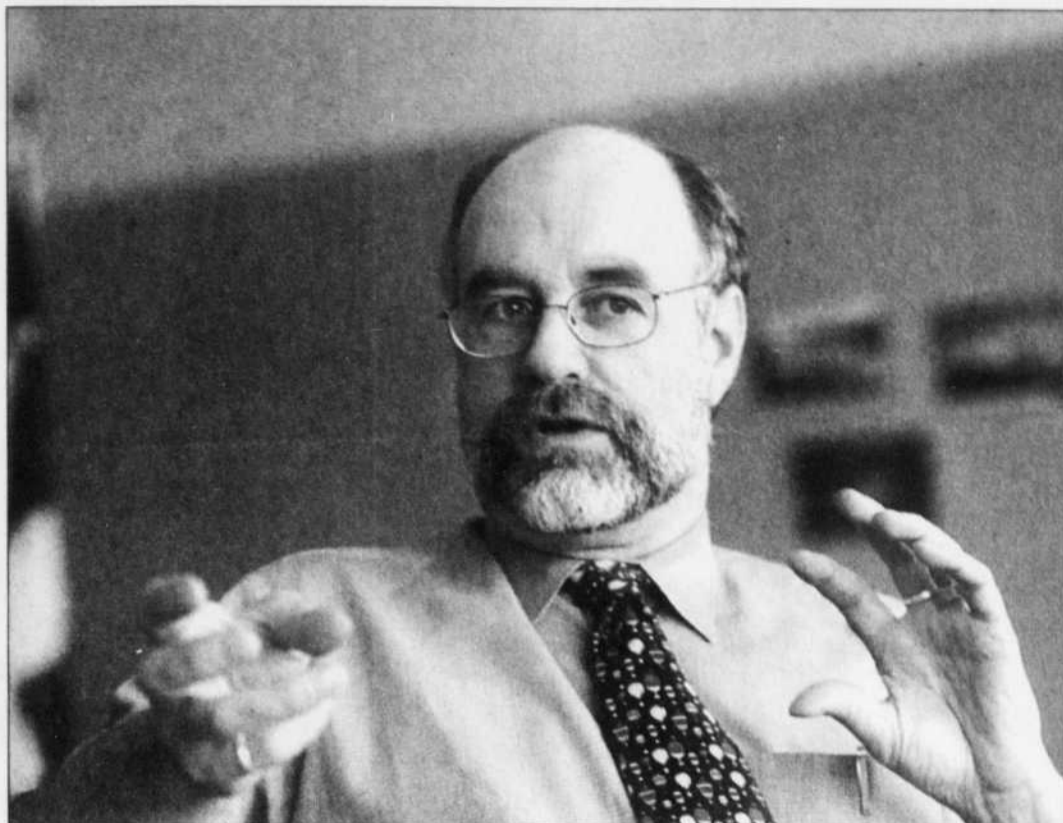
Dans les faits, le ministre Levine a une bonne idée de ce que devraient être les choix du Québec en matière de santé et de réseau hospitalier. Terminée l'époque des centres hospitaliers où l'on offre autant des soins de base que des interventions chirurgicales ultra spécialisées. À son avis, le réseau des centres hospitaliers de demain devra se partager en deux grandes catégories d'établissements: les centres hospitaliers universitaires où se concentrent les activités de formation, de recherche et les interventions plus complexes comme la greffe pulmonaire par exemple et, à l'opposé, les centres hospitaliers généraux où les soins de premier et de deuxième niveau, comme un accouchement, pourraient être effectués. «*De manière historique, la réorganisation du réseau a été pensée en terme de fusion où l'on relocalisait l'ensemble des intervenants sur un même site. Cette vi-*

sion demeure très valable, mais le regroupement de toutes les activités spécialisées et ultra spécialisées est plus rassembleuse et plus profitable, même sur le plan financier.»

Si David Levine insiste tant sur l'aspect rentable de sa vision du réseau, c'est qu'à son avis, une organisation par niveau de soins permettrait de sauver énormément d'argent. «*De nombreuses études le démontrent, si on procède à une intervention chirurgicale comme une hernie dans un environnement communautaire semblable à celui du Centre hospitalier de La Salle par exemple, l'intervention coûte beaucoup moins cher que dans un environnement ultra spécialisé. C'est logique, parce qu'en milieu spécialisé on utilise une infrastructure plus coûteuse, capable de supporter des gros cas. Limiter les interventions dans ce type d'environnement aux cas pointus qui nécessitent vraiment des technologies ou un équipement ultra spécialisé est donc un choix financier très éclairé.*»

Dans le même ordre d'idée, le ministre souhaiterait voir les activités de niveau un et deux, comme les interventions pour les catarrhes, les genoux, le remplacement de la hanche effectuées dans un seul lieu. Là encore, affirme-t-il, le regroupement permet d'effectuer un plus grand nombre d'opérations en moins de temps et par conséquent, de réduire les listes d'attente et les coûts qui y sont rattachés.

David Levine n'est pas prêt à sacrifier le service à la population au profit de l'efficacité



David Levine rêve d'un CHU ouvert au partenariat avec l'entreprise privée.

Regrouper ou faire autrement

Adepte de la concentration des forces vives, David Levine affirme cependant ne pas être prêt à sacrifier le service à la population au profit de l'efficacité. Ainsi, se dit-il préoccupé par le fait que les services d'urgence demeurent en nombre suffisant un peu partout au Québec. Même chose pour les soins spécialisés. À ce sujet, il déplore d'ailleurs le fait que l'on questionne la nécessité pour Montréal d'avoir deux centres hospitaliers universitaires sur son territoire. «*Sur le plan clinique, une grande ville comme Montréal a suffisamment de besoins pour avoir deux environnements cliniques ultra spécialisés sur son territoire. Bien sûr, toutes les spécialités ne seront pas accessibles dans chacun des établissements. À titre d'exemple, la*

greffe pulmonaire, de foie et les grandes activités en neurosciences seront communes aux deux environnements. Outre ces exemples, l'offre de services de ces établissements sera cependant autonome. Les besoins de la population du territoire le commandent.»

Pour des raisons économiques, le ministre est tout de même d'avis que certains aspects ou services rattachés aux futurs centres hospitaliers universitaires soient mis en commun. C'est le cas notamment des activités de laboratoire, de certaines activités de diagnostic de pointe (imagerie médicale, résonance magnétique, etc.), des services de gestion de matériel médical, de l'informatique et du service de génie biomédical (réparation, calibrage, etc. d'appareils médicaux) pour ne nommer que quelques éléments.

En fait, David Levine rêve non seulement d'un CHU battant au rythme du *just in time* en matière d'approvisionnement, mais également ouvert au partenariat avec l'entreprise privée. A ce titre, le centre de génie biomédical des futurs CHU pourrait, selon lui, être utilisé par les grandes entreprises privées telles que GE et Toshiba moyennant certains honoraires. «*Même pour ces grandes compagnies le maintien d'un tel centre de façon autonome est trop dispendieux. Elles sont par contre très intéressées à utiliser les services d'un centre déjà en place. Pourquoi ne pas en profiter et apprendre à faire les choses différemment?*»

De la formation et d'avenir

Au-delà des préoccupations logistiques et cliniques, le ministre

affirme aussi accorder une grande importance à la formation et à la recherche. En fait, dans ce secteur comme dans les autres, il mise sur l'instauration des nouveaux CHU de Montréal pour donner le coup d'envoi à une nouvelle façon de faire les choses. «*Tant et aussi longtemps que l'on a tenté d'offrir tous les niveaux de services dans un seul établissement, on a contribué à créer une dynamique où l'activité plus urgente prend le pas sur les autres. La formation et la recherche ont été de cette manière très négligées au cours des dernières années dans les centres hospitaliers. Beaucoup de médecins donnent actuellement un peu de leur temps pour faire de l'enseignement, mais ce ne sont pas des professeurs à temps plein. Il faut en arriver à pouvoir compter sur des médecins qui ont fait le choix de faire une carrière d'enseignant et leur permettre d'évoluer dans des environnements axés sur l'académique. La création des grands pôles que seront les CHU de Montréal permettra de franchir ce pas.*»

Impossible de parler de recherche, de formation et d'enseignement sans parler de sous. David Levine le reconnaît d'emblée. Son ministère travaille d'ailleurs déjà à établir un plan de pratique et de rétribution pour le corps professoral des futurs centres hospitaliers universitaires. «*Au début des années 90, on a parlé de centre hospitalier universitaire, on a accolé des étiquettes, mais on n'a pas investi d'argent supplémentaire pour le volet recherche et formation. Je suis personnellement convaincu que si l'on n'ajoute pas d'argent dans le réseau pour tenir compte de ces fonctions particulières, on n'obtiendra pas de plus-value. Le plan de pratique est une volonté claire du gouvernement. Nous négocions déjà avec le Centre hospitalier Sainte-Justine, le cas du CHUQ, du CHUM et Centre hospitalier universitaire McGill viendra après. Évidemment, tout ce que l'on investit en santé est toujours fonction de la richesse de notre province et de l'économie en général, mais j'ai bon espoir que nous serons capables de donner le coup de barre qui s'impose.*»

À LIRE

LA PAROLE DES PERSONNES ÂGÉES

Pour mieux connaître toutes les réalités de la vieillesse, Renée Sebag-Lanoë a rencontré une cinquantaine d'hommes et de femmes âgés ou très âgés, de niveaux socioculturels et éducatifs différents, à domicile ou en institution. Ce qui lui a permis, momentanément, de passer de l'autre côté du miroir. Médecin à Paris depuis plus de vingt ans auprès des personnes âgées, elle savait que le vieillissement était un phénomène profondément inégalitaire et qu'il y avait autant de vieillesse que de vieux et de vieilles, mais elle voulait l'écouter dire par ceux et celles qui le vivaient.

Ces témoignages authentiques très parlants, sont émouvants. Veuves, deuils, limitations fonctionnelles et pertes d'autonomie, dépendance, rôle social, relations familiales, amicales, intergénérationnelles, peur de la souffrance et des conditions de la mort, rien n'échappe au questionnement de l'auteure qui dénonce la pauvreté des moyens des services de gériatrie et insiste sur la nécessité du développement de la prévention en gérontologie. Mais surtout, le bien vieillir ne se prépare pas uniquement sur le tard, mais bien tout au long de la vie.

VIVRE, VIEILLIR ET LE DIRE

Renée Sebag-Lanoë
Éditions Declée de Brouwer
Paris, 2001
329 pages

CELLE QUI A FRÔLÉ LA MORT

Ce témoignage d'une femme mariée, mère de deux enfants, qui a côtoyé la mort de près, s'adresse avant tout à ceux et celles qui sentent venir la mort à plus ou moins brève échéance et à ceux qui les accompagnent. Un livre d'aide, mais aussi un hymne à la vie.

Atteinte d'une leucémie, victime d'une rechute, Nicole Carré, psychothérapeute, réunit ses proches pour un repas, reçoit le sacrement des malades, part pour l'hôpital convaincue que c'est la fin. Mais cette fois encore, c'est la rémission. «*Ressuscitée*», com-

me elle dit, elle fait le récit de ces jours difficiles où elle tente d'apprivoiser la mort, la sienne, de ses souffrances, de ses angoisses. Puis, comme un cadeau du ciel, une grâce, c'est le retour à la vie: «*Je suis vivante, émerveillée*», écrit-elle. Elle a écrit cet ouvrage en pensant à ses frères et sœurs malades, à leurs parents, amis et soignants. Elle espère que ce livre pourra aussi être une aide pour mieux vivre les petites morts liées aux changements de nos vies.

PRÉPARER SA MORT

Nicole Carré
Les Éditions de l'Atelier
Paris, 2001
141 pages

LE TRAVAIL DE DEUIL

Aujourd'hui, dans une société qui peu à peu abandonne ses rites de deuil, la personne qui vient de perdre un être cher se sent souvent isolée, en marge de la société. À qui parler, à qui confier sa peine, comment reprendre pied dans la vie. Les pleurs, les cris, le chagrin montré ouvertement sont autant de manifestations souvent «mal vues».

Et pourtant, comme le démontre Marie Ireland, le travail de deuil est indispensable pour surmonter la disparition de la personne aimée. Sans ce travail, la vie ne peut reprendre ses droits. «*La mort de l'autre, nous contraint à mourir à nous-mêmes, nous la ressentons comme une amputation douloureuse qui en fait vaciller plus d'un au bord de la folie*», écrit cette spécialiste du deuil et de l'accompagnement en fin de vie.

Comment aider, soutenir, accompagner? Le temps de deuil diffère d'une personne à l'autre. L'aide aux personnes endeuillées, dit-elle, doit se pratiquer dans l'amour et la tolérance, sans porter de jugement sur la personne qui souffre, sans précipitation, avec discrétion, respect et compréhension.

APPRIVOISER LE DEUIL

Marie Ireland
Presses du Châtelet
Paris, 2001
257 pages

La recherche POUR UNE VIE EN SANTÉ



La santé humaine, animale et environnementale est une priorité à l'Institut national de la recherche scientifique (INRS). Pilier de la recherche fondamentale en santé au Québec, l'Institut contribue à préserver la qualité de vie. À cet effet, il met à profit l'expertise des professeurs-chercheurs de l'INRS-Institut Armand-Frappier pour:

- former des chercheurs dans le domaine de la santé
- étudier les mécanismes fondamentaux de l'immunité, des infections et du cancer
- analyser les mécanismes d'action des polluants environnementaux sur la santé
- scruter le mode d'action de médicaments et drogues
- offrir des services d'analyse et de diagnostic à la fine pointe de la technologie



Université du Québec
Institut national de la recherche scientifique

La science en ACTION pour un monde en ÉVOLUTION

Téléphone: (450) 687-5010 www.inrs.quebec.ca



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

au **COEUR** de l'action

pour le droit de soigner pour le droit à la santé

• SANTÉ •

Une entrevue avec Gyslaine Desrosiers

Les victimes du système

Le Québec se remet lentement du départ «forcé» il y a cinq ans de 4500 infirmières

L'organisation des soins de santé ne génère plus que des effets pervers et les infirmières sont au «bout de leur corde», affirme la présidente de l'Ordre des infirmières du Québec. Toutefois, Mme Desrosiers considère que le gouvernement a les moyens et le temps de remédier à la situation.

CLAUDE LAFLEUR

Il y a cinq ans, 4500 infirmières ont quitté le milieu hospitalier, d'abord à la suite du virage ambulatoire, puis de ce programme de pré-retraite ordonné par le gouvernement qui visait à équilibrer les finances publiques. «Cela a créé un vide instantané dont on se remet à peine», relate Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). «On a perdu environ 10 % des infirmières, ce qui est énorme puisqu'une bonne année de promotion permet de recruter 2000 diplômées, tout au plus. On a donc perdu l'équivalent de plus de deux années d'un coup sec et, de surcroît, il s'agissait souvent des infirmières les plus expérimentées.»

Mme Desrosiers constate cependant que le réseau de la santé se remet de ce dérapage, la pénurie d'infirmières n'étant critique que dans deux régions du Québec: le grand Montréal et l'Outaouais. Pour le reste de la province, l'Ordre n'a pas d'indication de crise majeure bien que la situation demeure précaire. Dans le cas de l'Outaouais, la pénurie d'infirmières est due à la compétition que livre l'Ontario en offrant des conditions de travail «substantiellement supérieures» à celles du Québec.

Salaire égal, travail autre

Quant à Montréal, une dizaine de grands hôpitaux universitaires et de centres spécialisés souffrent de pénurie, indique Gyslaine Desrosiers, principalement parce qu'il n'y a pas d'incitatif à travailler dans ces institutions qui exigent beaucoup des infirmières sans offrir de meilleures conditions de traitement. «Ce sont les mêmes conditions qui s'appliquent, explique-t-elle, que vous travailliez dans une petite communauté ou aux greffes cardiaques à Montréal, où pourtant on exige de vous une formation supérieure, une spécialisation de pointe et où, en plus, il vous faut deux heures pour traverser les ponts et payer un stationnement...» Le travail des infirmières est par conséquent nettement plus agréable dans les hôpitaux en région et dans les CLSC (où

on ne travaille jamais la nuit ou durant les fins de semaine). Conséquemment, ces institutions n'ont aucun problème de recrutement. «On est actuellement dans un système extrêmement pervers, poursuit la présidente de l'OIIQ, puisque les secteurs où la tâche est plus compliquée, plus spécialisée et stressante sur le plan des responsabilités, n'offrent aucun incitatif... Il n'y a pas de pénurie en CLSC», lance-t-elle encore.

Autre problème soulevé: les programmes de formation ne préparent pas les nouvelles infirmières à œuvrer dans les secteurs spécialisés, tels que la périnatalité, la cardiologie, les salles d'opération, etc. Ces infirmières arrivent sur le marché avec une formation générale, mais aucune n'est préparée pour une spécialité. «L'intégration dans les secteurs spécialisés demanderait des mesures particulières de chevauchement entre une infirmière expérimentée et une plus jeune, etc., mais cela veut dire de l'argent!» Mme Desrosiers avance cependant que ce problème devrait en partie se corriger grâce au nouveau programme d'études dans le cadre duquel les cégeps et les universités se sont associés pour permettre aux étudiantes de réaliser des stages et de se qualifier dans des secteurs spécialisés. «C'est là un élément de solution qui devrait porter ses fruits dans trois ou quatre ans», précise-t-elle.

Une carrière qui intéresse

De même, elle souligne que l'Ordre n'a aucune difficulté à intéresser de nouvelles recrues, les deux dernières années ayant vu des taux records d'inscription auprès des collèges et universités. Ce phénomène rassurant s'explique, selon la présidente, par le fait que la carrière d'infirmière s'avère particulièrement intéressante et valorisante. «Avec le permis d'infirmière, il y a beaucoup de diversité puisque vous ne serez pas cantonnées toute votre vie à faire une chose, explique-t-elle. Il y a des dizaines de secteurs de pratique possibles. Vous pouvez vous développer une carrière et les jeunes voient plus loin. Quant aux [difficiles] conditions de travail,



L'une des principales embûches auxquelles sont confrontées les infirmières est le travail de nuit.

les jeunes doivent se dire que tout va finir par se régler...»

Ainsi, l'une des principales embûches auxquelles sont confrontées les infirmières est le travail de nuit. «En réalité, ce n'est pas le fait de travailler de nuit qui pose problème, relate Mme Desrosiers, mais bien la manière selon laquelle le système est géré. On a créé des ghettos de nuit où on cantonne les jeunes infirmières en les laissant seules! Cette façon de gérer les effectifs infirmiers a plein d'effets pervers, poursuit-elle, et il y a des mil-

liers d'infirmières en absence de maladie et des milliers d'autres qui n'ont aucun intérêt à prendre des postes à plein temps...»

Elle évoque que le système de santé reposerait sur l'idée que les infirmières sont une main-d'œuvre non spécialisée, permutable et interchangeable. «Conséquemment, on offre un 0,2 poste ou le travail sur appel: «Ca vous intéresserait de travailler pour un 0,2 poste?» Cette façon de gérer génère tant d'effets pervers et de non-stabilité dans l'organisation des soins

qu'on est rendu au bout de la corde... Cette façon de faire ne génère plus que des effets pervers!», insiste la présidente de l'Ordre.

Elle enchaîne en expliquant que le système fonctionne comme si les infirmières étaient dans un marché captif, alors que ce n'est absolument plus le cas. «Auparavant, on se disait qu'il y aurait toujours des femmes qui voudraient être soignantes, qu'il n'y a pas de compétition, que les infirmières sont indifférentes aux conditions de travail... Or, plus rien de

ce système économique ne tient la route aujourd'hui. Les infirmières sont dans un marché ouvert de compétition où New York vient les recruter, elles ont des choix de carrière possibles — on ne peut donc plus les cantonner. À la limite, on ferme un hôpital s'il n'y a pas d'infirmières, elles sont donc hyperimportantes! C'est donc le paradigme du système qui devra être changé, insiste Mme Desrosiers, car, autrement, le système de santé s'en va dans un cul-de-sac.»

Danger pour les patients

En janvier, l'Ordre dévoilait les résultats d'une enquête réalisée auprès des infirmières qui montrent que les patients commencent à payer le prix de la mauvaise gestion. Les infirmières interrogées rapportent en effet que les erreurs de médicaments s'accroissent et qu'il commence à y avoir plus de plaies de lit et davantage d'accidents. «Nous ne voulions pas être alarmistes mais, en même temps, les administrateurs et le ministère ont toujours présumé que les patients ne souffraient pas... Ce n'est plus vrai, il y a des conséquences...» Mme Desrosiers résume les conclusions de l'enquête en ces termes: «On peut dire que les soins hospitaliers sont encore généralement bons mais qu'il y a des indicateurs de résultats pour les patients qui sont en dégradation.»

Changer le système de gestion demandera beaucoup de courage de la part des gestionnaires et des responsables, indique-t-elle en ajoutant qu'on commence à s'y pencher sérieusement: «Mais est-ce que ça va se faire? Ça reste à voir, dit-elle. J'ai relativement confiance parce que, me semble-t-il, on a atteint le fond du gouffre. D'ici là, par contre, le prix à payer est énorme puisque en attendant, on tolère des hôpitaux et des milieux qui sont disfonctionnels et où il y a des risques pour les patients.» Elle considère même que la conjoncture politique actuelle est très favorable: «Je pense que c'est une très bonne période pour que, d'ici la fin de son mandat, le gouvernement aille chercher la confiance des infirmières; ce n'est pas mission impossible, au contraire! Je pense même que ce n'est plus une question de gestion d'infirmières, mais une question de société: est-ce qu'on veut, au Québec, avoir quatre grands centres hospitaliers qui fonctionnent bien ou qui sont les parents pauvres du système?»

Internet

Soigner à distance

Des infirmières informent et s'informent des traitements à conseiller ou à suivre

Il y avait l'infirmière virtuelle pour les patients. Il y a maintenant un lieu de pratique virtuelle où les spécialistes échangent leurs connaissances. Les sciences infirmières utilisent à leur avantage les possibilités offertes par Internet.

CLAUDE LAFLEUR

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec utilise à fond les plus récents moyens techniques d'Internet pour communiquer avec le public et entre ses membres. Ainsi, il y a quelques années, dans la foulée du virage ambulatoire qui a «popularisé» le concept des chirurgies d'un jour,

l'OIIQ a mis en ligne un site Web destiné au grand public et joliment baptisé l'Infirmière virtuelle (<http://www.infirmiere.net/infir/>). D'ici quelques mois, ce site sera modernisé afin de mettre à l'écran une infirmière virtuelle qui nous guidera dans notre visite et répondra à nos questions.

D'autre part, l'Ordre utilise Internet d'une façon novatrice pour

constituer une première «Communauté de pratique virtuelle» qui permettra à des infirmières spécialisées en cardiologie de mettre en commun leur savoir et de discuter de problématiques concrètes. Ce groupe spécialisé non seulement permettra aux infirmières francophones de l'est du Canada de partager leurs connaissances mais le fruit de leur cogitation alimentera le site de l'Infirmière virtuelle.

«L'infirmière virtuelle a été mise sur pied dans le but d'informer les personnes sur leur santé et pour les outiller à faire face à la prise en charge que cela nécessite, indique Marie-Josée Paquet, infirmière chargée de projets. Nous sommes actuellement dans une phase de refonte du site et de développement de contenu.»

Ce site se distingue de la kyrielle des sites Web sur la santé du fait qu'il propose un regard infirmier.

«On y trouve non pas de l'information générale comme dans les livres, mais de l'information d'une infirmière au public, explique Mme Paquet. C'est l'infirmière à domicile, si on veut!» D'ici six mois, la sympathique bouillie d'une infirmière animée nous accompagnera dans notre visite du site et répondra à nos questions.

Pratique virtuelle

Parallèlement, ces derniers jours, l'Ordre a inauguré l'un des premiers projets de «communauté de pratique virtuelle». Il s'agit d'un groupe de spécialistes qui échangent par l'entremise d'Internet; on «capture» le savoir tacite de ces spécialistes grâce à l'utilisation d'un forum virtuel. C'est une nouvelle façon de produire le contenu mis en œuvre par le CEFRIQ, le Centre francophone d'informatisation des organisations. Dans le cas de l'Ordre, des infirmières spécialisées en cardiologie développent une communauté de pratique sur les questions de santé du cœur.

«C'est très différent d'un groupe de discussion, explique l'infirmière chargée de projets, puisqu'on construit des connaissances en collaboration. On ne fait pas qu'échan-

ger de l'information, mais on identifie des thématiques qui nous tiennent à cœur, on émet des questionnements et des hypothèses, on fait des réflexions, le tout afin d'identifier les meilleures pistes de solution. C'est un travail de collaboration et de co-construction.» Concrètement, 35 infirmières spécialisées (cliniciennes, gestionnaires, enseignantes et chercheuses) échangent entre elles leurs connaissances et expertises de façon virtuelle, deux heures par semaine durant six mois, pour résoudre des problématiques qu'elles rencontrent dans leur pratique.

Comme exemple, Mme Paquet propose le cas d'infirmières qui constatent que des patients qui, lorsqu'ils retournent chez eux, ne sont pas fidèles à leur traitement. Pourquoi agissent-ils ainsi? Est-ce par manque de soutien ou d'information, ou peut-être ne sont-ils pas capables de lire les indications parce que le programme d'enseignement n'est pas adapté à eux? Quelles sont les interventions infirmières qu'on pourrait mettre de l'avant pour aider ces personnes à devenir davantage fidèles à leur traitement? Dans le cadre de la com-

munauté de pratique virtuelle, les infirmières pourraient élaborer des plans d'enseignement, puis les valider auprès d'expertes infirmières. «On aura différents points de vue, renchérit Mme Paquet, par exemple, les points de vue de l'infirmière qui a une expérience en enseignement, une autre spécialisée en recherche et enfin une infirmière qui est sur le terrain et qui dira peut-être: «Non, non! Ce n'est pas comme cela que ça se passe!» On met donc à contribution différentes expertises pour une même problématique. C'est là toute la richesse du projet!», lance-t-elle. C'est même très innovateur, car c'est la première communauté de pratique en santé au Canada. Nous avons donc le privilège d'initier ce mouvement qui semble très prometteur.

Une partie des résultats élaborés durant ces discussions enrichiront éventuellement le site de l'Infirmière virtuelle. De la sorte, l'Ordre fera d'une pierre deux coups: aider ses membres à faire face à des problématiques concrètes tout en favorisant la prise en charge de la santé par le grand public... ce qui est la mission ultime des infirmières.

SPPASQ-CSN **FP**

LE syndicat des professionnelles et des professionnels

Plus de 30 ans d'expertise avec les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au Québec

SPPASQ-CSN
514-723-0422 à Montréal
1-800-567-2022 ailleurs au Québec

SOULAGER ET SOIGNER...

C'EST CE QUI COMPTÉ

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

RECTIFICATIF

Dans l'article intitulé «Le rêve d'un monde plus juste», publié dans le cahier du 2 mars dernier sur la Journée internationale des femmes, nous avons attribué à Vivian Barbot, présidente de la Fédération des femmes du Québec, la phrase suivante: «Pour lutter contre la pauvreté, il faut créer de la richesse.» Or, Mme Barbot voulait plutôt, par cette formulation, dénoncer une attitude gouvernementale qu'elle désapprouve. Nos excuses.

SANTÉ PRIORITÉS

CE CAHIER SPÉCIAL

EST PUBLIÉ PAR LE DEVOIR

Responsable **NORMAND THÉRIAULT**

theriault@ledevoir.ca

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

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

FAIS CE QUE DOIS

• SANTÉ •

Les nouvelles technologies et la sécurité des dossiers

La confidentialité médicale à l'heure numérique

L'actuelle Loi sur la protection des renseignements personnels ne va pas assez loin

La carte à puces serait utile si la confidentialité était assurée. Ce qui n'est pas le cas aux États-Unis et au Canada, où une ordonnance médicale est vue comme une information publique, accessible. Propos des présidents des Associations médicales du Canada et du Québec.

CHRISTIAN LÉVESQUE

Les moyens de communication modernes révolutionnent les pratiques des spécialistes de la médecine et les orientent vers des avenues que l'on pouvait difficilement imaginer auparavant: les consultations, les diagnostics et même les chirurgies peuvent dorénavant se faire à distance. La réalité se rapproche chaque jour un peu plus de ce que l'on croyait être de la science-fiction. Toutefois, la confidentialité des informations médicales, qui est primordiale à la relation entre les médecins et leurs patients, risque de souffrir des échanges de dossiers que ces technologies impliquent.

Ce point est d'ailleurs l'enjeu majeur de l'implantation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé. La crainte provient du fait que les informations conservées sous forme numérique deviennent plus facilement accessibles et risquent d'être utilisées par des compagnies d'assurances, des employeurs ou même d'autres compagnies publiques à des fins autres que pour prodiguer des soins.

L'annonce du gouvernement québécois de créer une banque de données centrale, où tous les renseignements sur la santé des Québécois seront conservés et deviendront accessibles à l'aide d'une carte à puce, a récemment relancé le débat. Certains craignent que l'initiative ne soit qu'un moyen détourné destiné à contrôler la facturation des médecins. La Commission d'accès à l'information réclame d'ailleurs un débat public sur la question.

Utilisation du dossier médical

«Le gouvernement se doit d'être transparent et honnête dans ce dossier afin qu'il dise exactement aux professionnels et à la population ce qu'il entend faire avec les informations qui seront contenues dans le mégafichier qu'il entend installer, relate le président de l'Association médicale canadienne (AMC), le Dr Henry Haddad. Il faut que ça aille dans une orientation qui améliore les soins et non pas à une utilisation autre que pour les diagnostics médicaux». Il espère ainsi que des situations comme celles vé-

cues aux États-Unis, où des personnes se sont vu refuser des emplois et des prêts hypothécaires à cause de leur dossier médical, ne se produisent pas de ce côté-ci de la frontière.

Le commissaire à la protection de la vie privée du Canada, George Radwanski, soutient pour sa part que les ordonnances données à un patient par les médecins ne constituent pas des informations personnelles. «Un contentieux existe toujours avec le commissaire sur ce sujet, poursuit le président de l'AMC. Il compare les ordonnances des médecins à des informations professionnelles au même titre qu'une recette de chef cuisinier ou encore un choix de pneu que recommande un garagiste. Pour nous, ce n'est pas du tout comparable. [...] Maintenant les compagnies d'assurances et les employeurs demandent un dossier complet sur des personnes. À quoi cela sert-il pour un employeur qui désire obtenir une certification de maladie pour une pneumonie de savoir qu'une employée a subi un avortement à l'âge de 16 ans?», demande-t-il.

Méfiance chez les patients

Le Dr Haddad renchérit que l'AMC «a pu observer un niveau très élevé de préoccupation dans la population concernant la confidentialité des informations médicales». Une étude effectuée par son association en 1998 démontrait que 13 % des Canadiens refusaient de donner des informations à leur médecin par peur que ces données ne se retrouvent entre des mains malveillantes. Une situation qui peut avoir des répercussions très importantes sur le diagnostic et le traitement effectué par leur médecin. Au Québec, un sondage similaire démontrait que 10 % de la population québécoise avait déjà omis de mentionner des renseignements à son médecin à cause de cette méfiance.

Malgré tout, le président de l'Association médicale du Québec (AMQ), le Dr Stanley Volant, croit qu'il est grand temps que le Québec entre dans la modernité: «La télédermatologie et la téléradiologie et les autres formes de télémédecine sont déjà une réalité dans certaines provinces, lance-t-il. Si on n'y plonge pas immédiatement, on va manquer une étape importante du développement de la médecine.» Premier chirurgien d'origine amérindienne au Canada et président de l'AMQ depuis un an, Stanley Volant croit que ces nouvelles technologies favoriseront et amélioreront le travail des médecins en région. Terminés également les déplacements inutiles des patients vers les centres urbains où se concentrent la majorité des spécialistes. Dorénavant, c'est les dossiers médicaux qui voyageront afin d'être consultés par divers spécialistes pour apporter un diagnostic précis.

«L'autoroute existe et est prête à fonctionner. Ce qu'il manque, c'est des sorties», affirme le Dr Stanley Volant.



SOURCE AMQ

Premier chirurgien d'origine amérindienne au Canada et président de l'Association médicale du Québec depuis un an, Stanley Volant croit que les nouvelles technologies en télémédecine favoriseront et amélioreront le travail des médecins en région.

Potentialité du système

«L'autoroute existe et est prête à fonctionner. Ce qu'il manque, c'est des sorties», affirme le Dr Stanley Volant. En effet, les informations concernant la santé des Québécois transiteront par le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS). Ce réseau à large bande passante est issu d'une initiative du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et relie déjà plus de 1500 établissements du système de santé québécois. L'infrastructure de télécommunication est fournie et maintenue par un consortium privé comprenant Bell, QuébecTel et Télébec. Le MSSS demeurera cependant responsable de la supervision de ce réseau de communication. Stanley Volant croit que le branchement des cliniques privées et l'installation d'équipements pour relier tous les acteurs à ce réseau constitue le chaînon manquant pour le faire fonctionner.

Pourtant, une certaine méfiance face à une implantation trop rapide de ces nouvelles technologies s'est installée parmi les professionnels du milieu. «Il ne faut toutefois pas se presser et examiner les effets négatifs que ces technologies vont amener,



SOURCE AMC

Selon le président de l'Association médicale canadienne (AMC), le Dr Henry Haddad, son organisme a pu «observer un niveau très élevé de préoccupation dans la population concernant la confidentialité des informations médicales».

continue le Dr Stanley Volant. La profession médicale doit s'impliquer et donner son avis car c'est nous qui donnons les services aux patients». Cet avis est partagé par le président de l'Association médicale canadienne: «Il faudra que ces nouvelles technologies s'implantent de façon graduelle et qu'elles fassent l'objet d'une surveillance constante qui soit dictée par des règles étroites. Ça ne marchera pas si les médecins n'embarquent pas.»

L'implantation d'une législation fédérale semble marquer un pas dans la bonne direction. Toutefois, l'AMC trouve que la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, qui est entrée en vigueur l'an dernier et a été récemment étendue aux dossiers médicaux, ne va pas assez loin. L'Association préfère se référer à son propre Code sur la protection des renseignements médicaux qu'elle a élaboré en 1998 et qu'elle estime plus complet en ce qui concerne la protection des documents médicaux. Ce code a d'ailleurs été qualifié comme la «version contemporaine du serment d'Hippocrate» par le commissaire à la protection de la vie privée du Canada.

M. Romanow...

La réforme du système de santé doit avoir pour **priorité** de répondre aux besoins de santé des gens.

Les **médecins** et les **autres professionnels** de la santé, qui œuvrent aux **premières lignes**, connaissent ces besoins.

Il est temps que les gouvernements commencent à travailler de concert avec nous.



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



AMQ
Médecins
EN ACTION

Faculté de l'éducation permanente
La faculté d'évoluer



Diversifiez vos compétences.

Inscrivez-vous aux certificats et aux modules offerts en intervention et en santé.

INTERVENTION

- Criminologie
- Droit / microprogramme et certificat
- Intervention auprès des jeunes
- Intervention dans les groupes et les organisations
- Intervention de crise / module
- Intervention en déficience intellectuelle
- Petite enfance et famille
- Relations interculturelles
- Toxicomanies
- Violence, victimes et société

SANTÉ

- Gérontologie
- Gestion de l'invalidité et de la réadaptation / module
- Gestion des services de santé / microprogramme et certificat
- Perfusion extracorporelle
- Santé communautaire
- Santé et sécurité du travail
- Santé mentale

ÉTUDES INDIVIDUALISÉES

Le cumul de trois certificats peut mener à l'obtention d'un baccalauréat.

Renseignements

514 343-6090 ou 1 800 363-8876
www.fep.umontreal.ca

Université
de Montréal

• SANTÉ •

Facultés de médecine

Les têtes bien faites

Les universités québécoises initient une refonte des programmes de formation des futurs médecins

Le «savoir par cœur» ne suffit plus. On parle d'apprentissage par problème. À sa façon, chacune des universités québécoises repense les modes traditionnels d'enseignement. McGill maintient toutefois les bons vieux cours de dissection.

MADELEINE LEBLANC

L'apprentissage par problème (APP) est une formule qui a fait boule de neige dans l'enseignement à l'intérieur des facultés de médecine comme principale méthode pédagogique. Cette philosophie d'apprentissage favorise une approche humaine et un encadrement personnalisé des étudiants. Ce type de programme est notamment en vigueur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal depuis 1993.

«Dès la première journée de cours, les étudiants sont confrontés à la réalité de la médecine clinique, ce qui favorise le raisonnement clinique. Nous sommes passés d'un cours qui mettait l'accent sur une tête bien pleine à une formation qui prépare une tête bien faite. Nous avons mis un bémol sur l'acquisition des connaissances et le bourrage de crâne pour faire ressortir l'importance du jugement. On apprend à raisonner dès le départ en abordant l'anatomie à partir de problème clinique. Cette approche est beaucoup plus mise en contexte et permet à l'étudiant d'avoir une préparation plus proche de la réalité», explique Raymond Lalande, vice-doyen aux études de premier cycle à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Le gouvernement provincial fixe par décret le nombre d'étudiants que chaque université doit admettre. Bon an, mal an,

C'est le gouvernement provincial qui fixe par décret le nombre d'étudiants que chaque université doit admettre

L'Université de Montréal reçoit quelque 2000 demandes d'admission. Compte tenu de la pénurie actuelle de médecins, l'Université devra progressivement passer des 180 nouveaux étudiants qu'elle recevait cette année, à 200 l'année prochaine. Cette augmentation, si elle est souhaitable, représente un beau défi et se cristallise, d'après le Dr Lalande, essentiellement autour de deux conditions. D'abord, le financement doit être adéquat. Le ministère ne peut demander aux universités d'assumer cette charge supplémentaire sans contribuer. Ensuite, il faudra compter sur une connaissance très fine du réseau afin de recruter le maximum de professeurs répartis dans les hôpitaux pour qu'ils assurent l'enseignement aux résidents sans être «rémunérés» à proprement parler pour cette tâche.

Réforme à Laval

Si l'Université Laval est aux prises avec ces mêmes contingences, elle offre actuellement surtout des cours magistraux. Elle a toutefois entamé un processus de réforme de son programme et vient de mettre sur pied un centre de développement pédagogique pour répondre à cette nouvelle approche. Également très sensible au besoin constant de renouveau et d'ajustement propre à la pra-



ARCHIVES LE DEVOIR

Dès la première journée de cours, les étudiants sont confrontés à la réalité de la médecine clinique, ce qui favorise le raisonnement clinique.

tique de cette profession, elle reflète cette préoccupation dans le cadre du développement de sa faculté. Ainsi, tout en cherchant à intégrer de nouveaux créneaux qui aborderont davantage l'éthique et la génétique — morceaux majeurs à intégrer — une nouvelle chaire de médecine complé-

taire et alternative y verra le jour. «Nous cherchons actuellement un titulaire de calibre international et chercheur émérite ayant la polyvalence et la vision nécessaires à cet enseignement. Nous conserverons évidemment une approche très scientifique et un esprit critique, mais nous devons tenir compte de ce phénomène alors que 60 % des gens ont recours à ces types de médecine qui représentent 25 milliards de dollars par année aux États-Unis seulement», affirme René Lamontagne, vice-doyen exécutif de la faculté de médecine de l'Université Laval. «Il est important de tenir compte de différentes formes de sensibilisation et de conseiller les patients adéquatement face à la panoplie de thérapies propres aux diverses maladies et de chercher à faire le pont avec la médecine traditionnelle.»

Sherbrooke avant Harvard

Innovatrice et dynamique, l'Université de Sherbrooke est la première au monde à avoir adopté radicalement l'APP et aurait même influencé la prestigieuse université Harvard en la matière. Par ailleurs, tous ses professeurs agissent en exclusivité de service. Ils ont un seul employeur et tous les revenus découlent d'une même entité. Le centre de recherche médicale de la faculté de médecine permet d'investir des sommes colossales en enseignement et en pratique et paie les postes de professeurs et de chercheurs en leur offrant des conditions de travail intéressantes tout en encourageant des investissements majeurs pour la recherche.

«La meilleure façon de s'enrichir, c'est de se réunir. Il y a beaucoup d'efforts de consensus pour planifier l'avenir de la faculté et pour avoir la vision la plus exacte possible afin de bien s'y projeter», soutient Michel Barron, doyen de la faculté de médecine. Rappelons à cet effet qu'en novembre dernier, la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a été désignée Centre collaborateur par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui en fait la seule au Canada et, parmi la quinzaine au monde, la seule en français à recevoir ce mandat exceptionnel de l'organisme international. La faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke partage ainsi son expérience dans différents domaines mondiaux comme l'amélioration de la réponse des systèmes de santé aux besoins des personnes et des communautés, l'intégration et la continuité des soins, l'adaptation de la formation et de la pratique médicale aux réalités nouvelles, ainsi que l'établissement de partenariats durables et efficaces entre les intervenants de la santé.

«Toute proportion gardée, nous sommes sans doute ceux qui éprouvent le moins de difficulté en recrutement. Les professeurs ne sont pas syndiqués mais regroupés au sein d'une association. Ils n'ont pas de définition de tâches à proprement parler. Ceux

qui sont approchés pour la recherche s'y consacrent presque exclusivement et sont dégagés d'autres responsabilités. À la longue, un jeune chercheur pourra espérer que le transfert des connaissances qu'il aura développées se fera plus facilement bien que cet exercice nécessite des années de recherches intenses. Nous avons mis au point une structure intégrée qui facilite ce transfert», expose fièrement le Dr Barron.

McGill poursuit dans la continuité

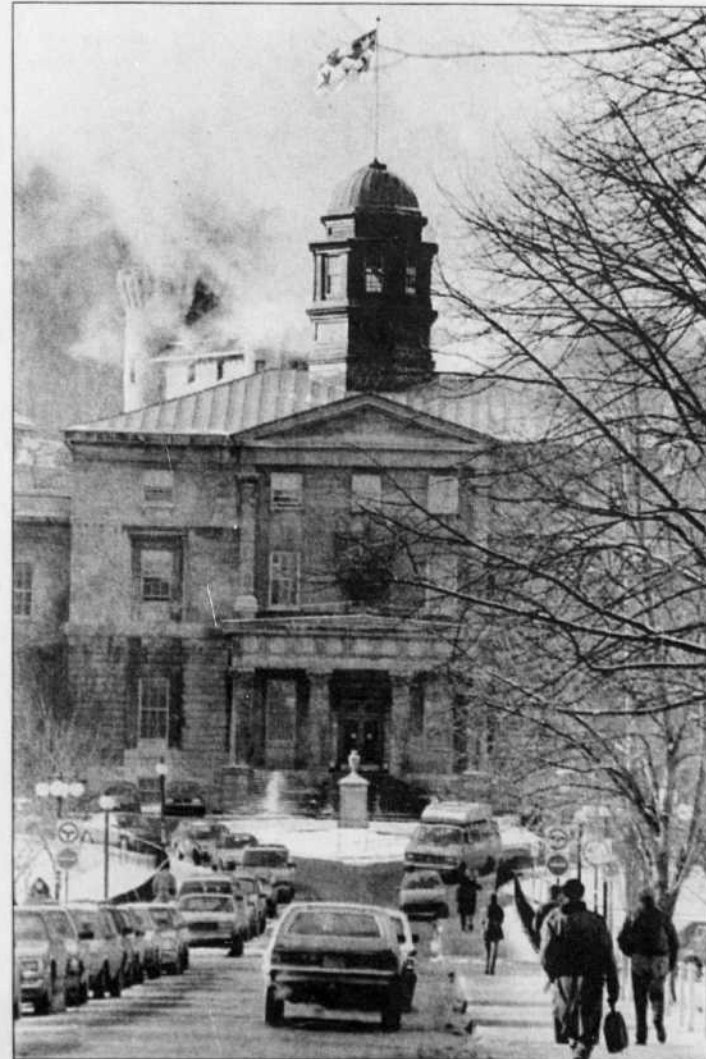
De son côté, Donald Boudraut, vice-doyen, éducation médicale et affaires médicales, de la faculté de médecine de l'université McGill, soutient que le programme d'enseignement qui y est offert reste assez conservateur. L'approche pédagogique comprend des cours magistraux et l'apprentissage s'effectue en petits groupes et comprend des laboratoires. Par ailleurs, McGill serait la seule université québécoise où l'enseignement de l'anatomie passe encore par la dissection de cadavres.

L'évolution du programme s'est tout de même fait sentir en 1994 avec l'introduction d'un nouveau cursus qui comprend l'apprentissage par petits groupes. Dernièrement l'université a aussi retenu les services d'un expert mondial de l'approche en healing (une façon pour les malades d'apprendre à apprivoiser et à

vivre avec leur maladie) mis de l'avant davantage aujourd'hui que le curing (qui se concentre surtout sur la guérison). «D'après moi, le public en général se tourne vers la médecine complémentaire qui se révèle très populaire probablement parce que la médecine traditionnelle et moderne n'avait peut-être pas compris l'importance de cette nuance; nous essayons de l'intégrer au programme», résume-t-il.

«Nous trouvons également qu'il est très important que tous les domaines puissent intégrer les technologies informatiques. Le contenu de nos 18 premiers mois de cours est disponible sur Internet. Nous avons introduit des simulations aux cours magistraux et nous souhaitons continuer dans cette veine. Je voudrais obtenir les fonds nécessaires pour développer un laboratoire de simulation clinique ou les étudiants pourraient par exemple apprendre à intuber les patients par simulation, un peu comme les contrôleurs aériens ont d'abord recours à des simulateurs de vol.»

Par ailleurs, si les autres universités produisent environ 50 % de généralistes pour 50 % de spécialistes, McGill forme chez ses étudiants 75 % de spécialistes. «Cela fait peut-être partie de la culture ou de la tradition ici. Ce qui est sûr, c'est que nous voulons former des leaders. Avec l'avènement d'une pratique plus multidisciplinaire, les médecins doivent occuper un rôle central.»



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

À McGill, le programme d'enseignement qui est offert reste assez conservateur. McGill serait la seule université québécoise où l'enseignement de l'anatomie passe encore par la dissection de cadavres.

À ne pas manquer!

Commensal
est fier de s'associer à

EXPO Manger Santé ET LE COLLOQUE 2002

150 exposants
demos culinaires
ateliers • dégustations

10 \$ à l'entrée (taxes incluses)
Samedi : 10 h à 19 h • Dimanche 10 h à 18 h

Montréal
Au Palais des Congrès
23 et 24 mars

Porte-parole et conférencier
M. André Chagnon

COLLOQUE : 8 conférences passionnantes

Consultez le dépliant, le site ou téléphonez-nous pour obtenir le programme et/ou pour vous inscrire au Colloque

Aussi à Québec Au Marché du Vieux-Port
20 et 21 avril

YÜ **LE DEVOIR**

(514) 332-7037 • 1 877 559-7037
www.mangersantebio.org/expo

Le rendez-vous santé-souvenirs du printemps!

SANTÉ

Endométriose

Quand l'endomètre se répand

Un nouveau test permet d'éviter l'intervention chirurgicale

Le MétrioTest est la marque de commerce d'un tout nouveau test de dépistage de l'endométriose récemment mis au point par PROCREA BioSciences inc., une entreprise québécoise de biotechnologie, spécialisée dans les domaines de la médecine de la reproduction et de la génétique humaines.

PIERRE VALLÉE

L'endométriose est une des maladies gynécologiques les plus fréquentes et elle atteint entre 5 % et 15 % des femmes en âge de procréer. «On estime qu'environ six millions de femmes en souffrent uniquement en Amérique du Nord et ce chiffre grimpe à 100 millions dans le monde entier», précise Patrice Hugo, vice-président et chef de la recherche scientifique chez PROCREA BioSciences.

En plus d'être fortement répandue, l'endométriose est une maladie difficile à diagnostiquer. Ses symptômes s'apparentent à plusieurs maladies, ce qui vient compliquer l'investigation. Jusqu'à ce jour, la seule méthode d'établir un diagnostic précis consistait à aller vérifier de visu par laparoscopie. Cette intervention chirurgicale se fait sous anesthésie générale et nécessite environ une semaine de convalescence. De plus, cette méthode permet de déceler la maladie uniquement lorsque cette dernière a atteint un stade relativement avancé.

«C'est une méthode invasive que la plupart des patientes retardent au dernier moment», explique Patrice Hugo. Il n'est pas rare d'observer un délai de cinq à huit ans entre les premiers symptômes de la maladie et le diagnostic. En plus, les coûts directs et indirects associés à cette intervention sont élevés. On les situe à environ 3000 \$ à 5000 \$ par in-

tervention. Sans compter que dans 50 % des cas, on ne trouve aucune trace d'endométriose.

C'est ce problème de diagnostic que vient résoudre le MétrioTest. Ce test de dépistage comporte une prise de sang et une biopsie de la paroi de l'utérus. La biopsie se fait sans anesthésie et par voie naturelle. «C'est un peu comme un test PAP, sauf qu'on prélève le tissu à l'intérieur de l'utérus plutôt que sur le col.» Le tout se déroule en cabinet de médecin et prend environ une quinzaine de minutes.

Des analyses en laboratoire viendront par la suite confirmer ou infirmer la présence de la maladie. La spécificité du test est de 95 %, ce qui veut dire que, lorsque le test est positif, la patiente est atteinte de la maladie dans 9,5 cas sur 10, ce qui en fait un instrument diagnostique très fiable. «Nous voulons offrir ce test à toutes les femmes dont les symptômes s'apparentent à l'endométriose. En Amérique du Nord seulement, on compte environ 15 millions de femmes dans cette situation.»

L'endométriose

L'endomètre est une fine couche de muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus et sur laquelle vient se fixer l'ovule. S'il n'y a pas de fécondation de l'ovule, l'endomètre est éliminé lors des menstruations. Chez certaines femmes, pendant leurs règles, certaines cellules de l'endomètre, au lieu d'être expul-



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

L'endométriose atteint entre 5 % et 15 % des femmes en âge de procréer. Jusqu'ici seule une intervention chirurgicale permettait de la déceler, et seulement dans 50 % des cas.

sées par le flux menstruel, sont au contraire refoulées vers le haut et remontent les trompes de Fallope.

Comme les trompes de Fallope ne sont pas reliées de façon hermétique aux ovaires, il existe une ouverture par laquelle les cellules de l'endomètre s'échappent et se retrouvent dans la cavité abdominale. En général, ces cellules endométriales sont aussitôt détruites par des cellules macrophages. Mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive que les cellules endométriales s'accrochent et se fixent aux organes internes: les ovaires, les trompes de Fallope, la paroi extérieure de l'intestin, le rectum, le péritoine, etc. Elles forment alors des lé-

sions que le système immunitaire combat, créant ainsi un état inflammatoire. C'est l'endométriose. Comme ces lésions réagissent à la présence dans le corps de l'œstrogène, la maladie épouse donc le cycle menstruel.

Les symptômes occasionnés par la maladie sont des douleurs pelviennes ou abdominales, des maux de dos, des troubles d'intestin, telle la constipation ou la diarrhée, et des saignements internes. «Certaines femmes éprouvent même des douleurs lors de la pénétration pendant les rapports sexuels.»

Dans les cas extrêmes, ces lésions bloquent les trompes de Fallope ou viennent gêner le fonctionnement des ovaires et

sont une des causes d'infertilité chez 30 % à 40 % des femmes atteintes, croit-on.

Les symptômes associés à l'endométriose ressemblent à s'y méprendre aux symptômes de plusieurs maladies: de l'appendicite à la chlamydia en passant par les maladies auto-immunes, telle la maladie de Crohn. Il est donc important de déceler la présence de l'endométriose de manière précoce afin d'éviter tout tâtonnement et d'établir le plus rapidement possible un traitement efficace.

Le MétrioTest

C'est ce que le MétrioTest rend maintenant possible. Ce test est basé sur l'identification

de marqueurs immunologiques et de marqueurs biologiques sanguins. L'analyse du tissu endométrique prélevé lors de la biopsie permet de comparer les sous-populations de leucocytes (globules blancs) présents dans l'endomètre et c'est le rapport entre ces populations qui indique la présence de la maladie. L'analyse du sang permet de révéler la présence d'une protéine associée à la maladie. «C'est une protéine dont nous tirons le nom puisqu'elle fait partie de notre brevet», explique Patrice Hugo.

L'équipe de PROCREA BioSciences a travaillé pendant quatre ans afin de mettre au point ce test de dépistage. «Nous n'avons pas travaillé en vase clos. La recherche s'est effectuée avec les concours d'environ 60 gynécologues de la région de Montréal et plus de 3000 femmes y ont participé.»

Présentement, le test est disponible dans la région de Montréal chez PROCREA et dans deux centres affiliés. Les centres affiliés sont des centres de prélèvement et les analyses se font dans les laboratoires de PROCREA. On compte ouvrir d'ici l'automne prochain deux autres centres affiliés, un à Québec et un à Toronto. Ensuite PROCREA entend offrir son test au reste du Canada ainsi qu'aux États-Unis. «Nous sommes présentement en pourparlers avec d'importantes firmes pharmaceutiques et tous les scénarios sont présentement sur la table.»

De plus, les recherches vont bon train quant à une deuxième version du MétrioTest qui reposera entièrement sur des marqueurs biologiques sanguins et ne nécessitera qu'une simple prise de sang. Pour le moment, les femmes intéressées à se renseigner sur le MétrioTest peuvent en parler à leur médecin ou elles peuvent communiquer directement avec PROCREA BioSciences. L'entreprise a aussi un site Internet à l'adresse suivante: www.procrea.qc.ca.

Cancer de la vessie

Du BCG à l'Acms

Mettre les anticorps en action

Cinquième type de cancer en importance en Occident, le cancer de la vessie s'avère d'autant plus insidieux que 60 % des patients sont victimes de récurrence, habituellement dans la première année. Mettre au point un vaccin susceptible d'éliminer ces rechutes, voilà la mission que s'est fixée une équipe du Centre de recherches en cancérologie de l'Université Laval, dirigée par le D^r Yves Fradet, grâce, entre autres, à une subvention de l'Institut national du cancer.

DENIS LORD

Actuellement, le traitement privilégié pour prévenir sinon retarder les récurrences est l'instillation dans la vessie d'une préparation de BCG (bacille Calmette-Guérin), une sorte de vaccin non spécifique. D'après, Hélène Larue, une biologiste associée à l'équipe du D^r Fradet de l'Université Laval, le BCG, provoquant une réaction inflammatoire dans la vessie, réussit dans 50-60 % des cas à prévenir ou retarder la récurrence. Mais il comporte des effets secondaires importants comme la fièvre et, plus rarement, une infection systémique.

«Notre but, précise Mme Larue, en développant un vaccin pour compléter ou remplacer le BCG est d'une part, d'obtenir un traitement efficace pour les 40-50 % de patients qui ne répondent pas au BCG et d'autre part, d'obtenir un traitement présentant moins d'effets secondaires que le BCG. Le cancer de la vessie semble un bon candidat puisqu'il répond bien à un vaccin non-spécifique qui pourrait, par ailleurs, stimuler le système immunitaire des patients, après une résection transurétrale, au moment où la charge tumorale est faible.»

Déjà, vers le milieu des an-

nées 80, l'équipe du D^r Fradet avait identifié deux anticorps monoclonaux (Acms), M344 et 19A211, reconnaissant des antigènes liés au cancer superficiel de la vessie. Ces Acms sont déjà utilisés dans un test de diagnostic commercialisé par DiagnoCure, la compagnie du D^r Fradet. Il s'agit maintenant de trouver une façon soit de purifier, de synthétiser ou de mimer ces Acms et ensuite, de choisir une façon de les administrer. «Nous envisageons d'abord de procéder par injection sous-cutanée mais pour possiblement en venir plus tard à une administration orale», précise Mme Larue. La biologiste estime que des tests sur des animaux devraient être effectués plus tard cette année, puis sur des patients, dans un an.

Parallèlement, l'équipe recherche d'autres antigènes qui pourraient s'avérer primordiaux pour le développement d'un vaccin. «Lorsque quelqu'un a un cancer, il est évident que son système immunitaire n'a pas réussi à monter une défense suffisamment forte pour éliminer les cellules cancéreuses. Cela n'implique cependant pas qu'il n'a pas réagi du tout; on retrouve fréquemment dans le sérum des patients des anticorps dirigés contre des antigènes exprimés par les cellules

cancéreuses. Nous cherchons donc à utiliser des sérums de patients atteints de cancer de la vessie comme outil d'identification des antigènes protéiques spécifiques aux cellules cancéreuses de vessie. Il s'agit de mettre en présence les sérums et des protéines provenant de cellules cancéreuses et d'identifier les protéines reconnues.»

Protéines

À ce jour, l'équipe a repéré au moins deux protéines surexprimées dans des cancers superficiels de vessie par rapport à la vessie normale. Il faut maintenant caractériser ces protéines pour s'assurer qu'elles sont de bonnes candidates pour un vaccin. Cette tâche devrait être accomplie cette année. «Si c'est le cas, explique Mme Larue, nous devrons trouver la façon de les présenter, soit sous forme de peptides synthétiques (petits segments de la protéine originale contenant la région réactive aux anticorps) ou intégrées dans un vecteur d'ADN viral.»

La subvention d'environ 375 000 \$ pour trois ans qu'a reçue l'équipe du D^r Fradet de l'Institut national du cancer arrive à échéance cet été. Cependant, le projet de mise au point du vaccin aura besoin de plus de temps pour se réaliser. Il faudra encore attendre pour savoir si l'équipe recevra d'autres sommes; dans la négative, le projet devra être abandonné. Selon Mme Larue, les vaccins à base d'anticorps de type M344 et 19A211 sont actuellement testés ailleurs dans le monde pour d'autres types de cancer, avec des résultats prometteurs et très peu d'effets indésirables. Une centaine d'Acms sont présentement en développement.

À LIRE

LA MALADIE D'ALZHEIMER EN QUESTION

Ceux et celles qui sont confrontés au drame de la maladie d'Alzheimer chez un proche se sentent souvent accusés de mal faire, voire d'être responsable de ce qui arrive. Ils vivent la situation comme une critique de leur façon de se comporter. Jean Maisondieu, dans *Le crépuscule de la raison*, remet les pendules à l'heure. Dans un premier temps, il définit ce qu'est la maladie d'Alzheimer et comment elle se manifeste. Puis il montre quelle aide peuvent apporter les proches et les soignants à la personne atteinte et combien demeure nécessaire une approche qui, sans

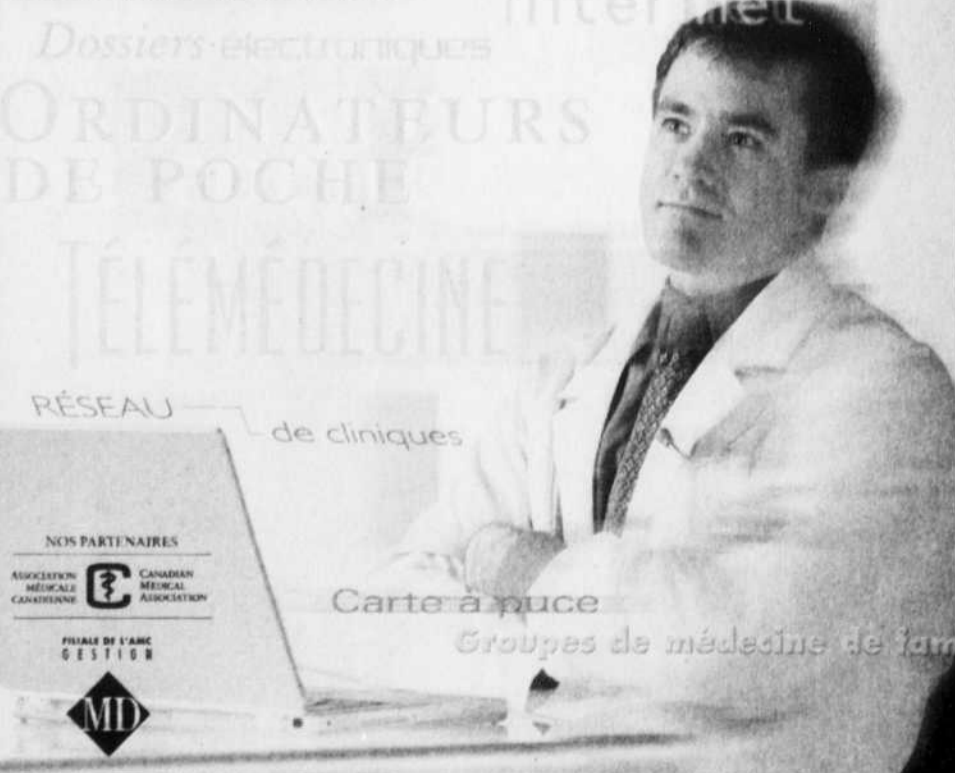
culpabiliser l'entourage, lui redonne un rôle à jouer. Publié pour la première fois il y a quelques douze ans, cet ouvrage revu, corrigé et augmenté en est aujourd'hui à sa quatrième édition. Dans la nouvelle préface datée de juillet 2001, l'auteur apporte des précisions qu'il juge indispensables «pour entraîner un changement significatif dans les façons de penser et donc d'essayer de résoudre les problèmes posés par cette faille de l'intelligence si fréquente chez l'homme au soir de sa vie.»

LE CRÉPUSCULE DE LA RAISON

Jean Maisondieu
Bayard Éditions
Paris, 2001
304 pages

Invitation à tous les médecins du Québec

Les technologies de l'information dans la pratique du médecin



Congrès annuel de l'Association médicale du Québec
Les 26 et 27 avril 2002 à Montréal

Internet
Dossiers électroniques
ORDINATEURS DE POCHES
TÉLÉMÉDECINE
Réseau de cliniques
Carte à puce
Groupes de médecine de famille

NOS PARTENAIRES
ASSOCIATION MÉDICALE QUÉBÉCOISE
CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION
PRIMAIRE DE LA SANTÉ
GÉNÉRALISTES

Bell
Médical Mutual
Financier Sun Life
MD

AMQ
Médecins EN ACTION

Inscrivez-vous maintenant!
(514) 866-0660 • 1 800 363-3932
ou www.amq.ca

• SANTÉ •

Santé dentaire

Prévenir, ce n'est pas extraire

Seulement 58 % de la population québécoise visite régulièrement son dentiste

L'Ordre des dentistes du Québec s'inquiète des effets des compressions gouvernementales de 1992 sur la santé bucco-dentaire des enfants. Pour les dentistes, la prévention vaut son pesant d'or.

JOHANNE LANDRY

Si la santé dentaire des Québécois a connu une amélioration appréciable au cours des 25 dernières années, souligne le D^r Pierre Salois, président de l'Ordre des dentistes du Québec, il n'en demeure pas moins que seulement 58 % de la population fréquente un cabinet de dentiste de façon régulière. «Pour nous, à l'Ordre des dentistes, commente-t-il, c'est une préoccupation, car c'est également un indicateur que la santé dentaire ne vient pas en tête des priorités pour une bonne partie de la population.»

Parmi les raisons de ce qui peut paraître comme un désintéressement chez près de 40 % des adultes, le D^r Salois parle d'abord

d'un facteur économique. Dans les autres provinces canadiennes, en effet, les programmes d'assurances en milieu de travail qui couvrent les frais pour des soins dentaires sont plus présents qu'au Québec (75 % des patients ontariens contre 35 % chez nous). Vient ensuite l'échelle des priorités ainsi que la peur. «Au Québec, rapporte Pierre Salois, nous n'avons pas un historique de fréquentation du dentiste autrement que pour faire extraire une dent qui fait mal. Aussi avons-nous chez nous, particulièrement chez nos aînés, une proportion d'édentés plus importante que dans les autres provinces. Avec l'arrivée en 1972 du programme d'assurance-maladie qui couvrait le coût des visites pour les enfants, toute une gé-

nération a appris à visiter le dentiste aux six mois. Des jeunes qui sont aujourd'hui parents et qui poursuivent cette habitude avec leurs enfants. Et qui présentent, bien entendu, beaucoup moins de caries.»

La prévention

La prévention, insiste le président de l'Ordre des dentistes, coûte moins cher. «L'obturation d'une carie naissante représente des frais de 80 \$ pour le patient, fait-il remarquer, alors que le coût d'un traitement de canal et d'une couronne, nécessaires pour sauver une dent qu'on a négligée, dépasse parfois les 1000 \$.»

Examens fréquents et conseils d'hygiène, chez les dentistes on travaille énormément sur la prévention. «Parce que nous croyons que c'est la clé d'une bonne santé buccale», déclare le D^r Salois. Aussi trouvons-nous décevant de constater que le gouvernement réduit cette notion de prévention alors qu'il est moins coûteux de prévenir que de traiter.»

Le président de l'Ordre des dentistes déplore en effet les coupures gouvernementales qui ont ramené à une année plutôt que six mois, le délai entre deux visites préventives, et baissé à 9 ans, l'âge de la couverture par le régime public.

Le mois de la santé dentaire

Pour souligner cette année le mois de la santé dentaire (avril) et promouvoir la prévention, l'Ordre des dentistes a décidé de subventionner des projets dans chacune des 14 régions administratives du Québec afin de stimuler l'engagement des dentistes auprès de la population.

De plus, un autobus entreprendra, pour les cinq prochaines années, une tournée du Québec. A son bord: des professionnels de la santé dentaire qui visiteront écoles, camps de vacances, centres commerciaux et autres endroits où adultes et enfants pourront discuter de leurs problèmes et recevoir des conseils.

Si la prévention demeure un choix judicieux tout au long de sa vie, deux âges sont plus vulnérables à l'apparition de problèmes. Les maladies des gencives, en effet, touchent plutôt la population des 40 ans et plus. Ces maladies sont souvent causées par des facteurs génétiques ainsi que par l'accumulation de tartre, irritant pour l'os, qui dans les cas plus avancés provoque le déchaussement de la dent. Alors qu'en bas âge jusqu'à l'adolescence, on est plus sujet à la carie dentaire.

Les dents des jeunes

Chez les enfants, des études, menées notamment par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre ainsi que par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal et de l'Université Laval, ont démontré des progrès significatifs dans la lutte contre la carie. «Des progrès spectaculaires», souligne même Robert Salois, lorsque nous remontons les

comparaisons jusqu'en 1977. Mais la recherche indique que nous atteignons un plateau. Avec les coupures comme celle qui réduit la couverture à une seule visite annuelle, nous prétendons, toujours en nous appuyant sur ces recherches, que nous régressons et que nous sommes en train de diviser la population entre ceux qui peuvent financièrement se permettre d'amener leurs enfants chez le dentiste et ceux qui ne le peuvent pas.»

Car même si plusieurs facteurs provoquent l'apparition de caries, la fréquence des examens demeure un élément extrêmement important. «Notre argumentation à l'effet que l'examen couvert par le régime public n'aurait jamais dû passer à un seul par année, élabore le D^r Salois, s'appuie sur deux raisons principales. La première est qu'une petite carie a amplement le temps de s'étendre et de causer des dommages durant six mois; et la seconde est que le gouvernement envoie un message comme quoi la santé dentaire n'est pas si importante. Par son action, il a établi la norme d'une visite annuelle ce qui, chez certains patients, est nettement insuffisant.»

Une étude, menée en 1998-1999 auprès de sujets entre cinq à sept ans, a permis d'identifier, pointe Robert Salois, que les enfants arrivent à la maternelle avec des caries assez importantes. «Nous étions partis de loin, rapporte-t-il, pour faire d'immenses progrès. Allons-nous maintenant régresser? C'est ce qui nous inquiète.»

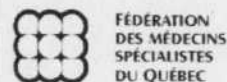
Les conséquences d'une santé dentaire déficiente peuvent être néfastes, comme le souligne le président de l'Ordre des dentistes du Québec. Une dentition mal en point, en effet, peut affecter le système digestif si la nourriture n'est pas adéquatement broyée, comme elle peut contaminer d'autres organes par la présence d'infection et ternir le sourire avec une vilaine bouche.

«La bouche est la porte d'entrée par laquelle passent toute la nourriture que nous avalons et l'air que nous respirons. Si elle contient des foyers d'infection, nous risquons que la contamination s'étende ailleurs. Notre santé buccale a donc un effet direct sur notre état général de santé», affirme Robert Salois.



ARCHIVES LE DEVOIR

En Ontario, 75 % des patients, contre 35 % au Québec, profitent de programmes d'assurances en milieu de travail qui couvrent les frais pour des soins dentaires.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !
Votre médecin spécialiste

MétrioTest^{MC}

Une solution novatrice pour le diagnostic de l'endométrirose

Rapide, efficace et peu invasif

L'endométrirose, une des principales causes de l'infertilité, affecte 6 millions de femmes en Amérique du Nord qui sont en âge de procréer.

Le MétrioTest requiert seulement une biopsie de l'endomètre et un prélèvement sanguin effectués sans anesthésie.

Durée : 15 minutes

Résultat : 2 semaines

Pour plus d'information ou pour connaître le centre de prélèvement le plus près de chez nous, communiquez avec :

PROCREA
BioSciences inc.

1100, av. Beaumont, bureau 305
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5
Tél.: (514) 345-8535
Sans frais : 1 888 776-2732
Site Internet : www.procrea.com

