



Hôpital Général Juif
Sir Mortimer B. Davis
À L'INTÉRIEUR:
L'Hôpital Général Juif adopte
une politique Anti tabagisme
 Page 2

Taux de survie
exceptionnel
 Page 2

Greffe osseuse:
un nouvel espoir
 Page 3

La générosité de la
communauté
 Page 6

La campagne de financement: quel exploit!



De g. à dr.: Morty Brownstein, président de la campagne; Al Regenstreif, directeur de la campagne; Archie Deskin, directeur général, sont interviewés par la directrice de la publication Nouvelles HGJ.

Q. M. Regenstreif, combien d'argent avez-vous recueilli?

R. Vous vous rappelez que nous avons fixé notre objectif de départ à 25 millions \$, soit 20 millions \$ du secteur privé et une contribution du M.A.S. équivalent à 25% de la somme recueillie, jusqu'à concurrence de 5 millions \$. Or, il me fait plaisir d'annoncer à la communauté que nous... avons recueilli la magnifique somme de 26 000 000 \$.

Q. Combien de temps a-t-il fallu pour réunir cette somme?

R. La campagne a été relativement courte. Elle s'est échelonnée sur deux étapes: la première a duré sept mois et la seconde environ cinq mois.

Q. A quoi attribuez-vous la rapidité et le succès de la campagne?

R. En termes simples, les ingrédients — peu importe leur ordre — étaient: une bonne cause, parfaitement comprise par une communauté généreuse; et un corps de bailleurs de fonds dévoués, dirigés avec adresse par un comité formé de personnes expérimentées et averties. Cette conscience a été bien démontrée lorsque le comité a recruté et délégué Morty Brownstein à la présidence de la campagne. Ce fut un plaisir de travailler avec M. Brownstein. Il comprenait les problèmes et savait communiquer les besoins tout en établissant des rapports fructueux avec les non professionnels, les donateurs et le personnel. Même lorsque la tension était à son plus intense, il a su comment la freiner. Les donateurs ont l'air de donner avec plaisir quand Morty fait appel à leur générosité au nom d'une cause aussi noble et valable que l'Hôpital Général Juif.

Q. M. Brownstein, vous devez être enchanté des résultats. Pouvez-vous décrire comment vous vous sentez?

R. Les résultats de la campagne font chaud au cœur à tous ceux et celles qui y ont pris part en plus d'être une source d'inspiration pour tous.

Q. Qui sont les âmes charitables? Au-

trement dit, d'où l'argent recueilli provient-il?

R. Ce fut un véritable plaisir pour nous de constater que la générosité de tous nous permettait de dépasser notre objectif initial, qui était fixé à 16 000 000 \$; en effet, il y a eu une vague de générosité au sein du personnel de l'Hôpital — infirmier(ère)s, chefs de service, médecins, administrateurs; en fait, des employés de chaque service ont versé des contributions en adoptant soit la formule de répartition sur cinq ans, soit celle des déductions à la source. Cette avalanche de dons a été une véritable source d'inspiration pour les membres du comité organisateur de la campagne. Des contributions inattendues nous sont parvenues de la communauté en général; Juifs et non Juifs ont répondu à l'appel lancé par le biais d'annonces et d'affiches. Dans les deux cas, on a assisté à une démonstration spontanée de générosité.

Les sociétés locales et nationales n'ont pas hésité à nous fournir leur appui, et notre objectif de 4 000 000 \$ pour ce secteur devrait être atteint sous peu. Nous devons également remercier les membres de la communauté juive pour leur immense générosité et leur soutien continu. Ils ont su manifester un appui et un engagement tout spéciaux envers le plus important établissement de notre communauté.

Toujours dans cette perspective, il faut mentionner la famille Cummings. Après avoir fait un don en début de campagne, les Cummings ont décidé de renforcer leur appui à l'égard de la communauté et de l'Hôpital. Dans leur style absolument inimitable, Maxwell et Nathan Cummings ont porté leur contribution à 1 500 000 \$; ce geste, posé peu après le décès de Nathan Cummings, nous a permis de dépasser notre objectif. Ce don contribuera à la fondation du PAVILLON DE LA FAMILLE CUMMINGS.

En rétrospective, toutes ces manifestations de générosité se sont combinées pour faire de la campagne un

En l'honneur de Morty Brownstein

Une réception en l'honneur de Morty Brownstein a été tenue le 1er mai dernier au club Montefiore; cet événement visait à souligner le travail exceptionnel de M. Brownstein à titre de président de la campagne de financement. Les invités regroupaient les membres de la haute direction de l'Hôpital.

Les discours furent brefs et peu nombreux. M. Herbert Sibli, président du conseil d'administration, commença en disant que Morty avait accompli quelque chose d'unique dans les annales de notre Hôpital; en effet, on n'a jamais réussi à recueillir une somme aussi importante dans le cadre d'une campagne au sein de la communauté juive de Montréal. Morty s'est acharné à la tâche en usant parfois de ruse, mais en se gardant bien d'offenser qui que ce soit. M. Sibli a poursuivi en louant M. Brownstein pour son comité et les généreux donateurs grâce auxquels l'objectif de 25 millions \$ fut largement dépassé. L'atmosphère était à la joie et à l'allégresse; beaucoup de remarques humoristiques furent échangées entre les conférenciers et les convives.

Le Dr Harold Frank a décrit M. Brownstein comme une force agissante dont l'enthousiasme était contagieux. "En notre qualité de membres de la communauté médicale, nous sommes fiers d'être associés à Morty dans sa campagne si fructueuse"; ce sont là les paroles du Dr Frank.

Le clou de la soirée a été la présentation de M. Leo Goldfarb, vice-président du conseil d'administration et président de la division des principaux dons, d'un certificat honorifique sur lequel était inscrit, entre autres, le message suivant: "L'Hôpital tient donc à exprimer son infinie reconnaissance et sa profonde appréciation en proclamant la consécration à perpétuité du CENTRE DE

succès extraordinaire.

Q. Combien de bénévoles ont pris part à la campagne?

R. Nous avons compté sur un nombre restreint de bénévoles; or, ceux et celles qui ont pris part à la campagne ont déployé des efforts surhumains, et les résultats en témoignent.

SOINS D'URGENCE MORTON BROWNSTEIN".

En guise de réponse, l'invité d'honneur a attribué le succès de la campagne au fait que l'HGJ, malgré son manque de lits et l'engorgement de ses services d'urgence, soit admiré et respecté, ce qui, selon lui, "est l'oeuvre de notre premier directeur général, Samuel Cohen, et des normes qu'il a établies et qui furent maintenues successivement par Bill Slatkoff et Archie Deskin."

M. Brownstein n'a pas manqué non plus de vanter les médecins juifs qui, au cours des années 1920, perçurent la nécessité de bâtir un hôpital comme le nôtre, ainsi que les pionniers de la communauté juive qui "achetèrent le terrain en dedans de dix jours et surent maintenir leur leadership exceptionnel au fil des ans". Il a conclu en mentionnant tout le monde présent, remerciant chacun pour sa participation à la campagne.

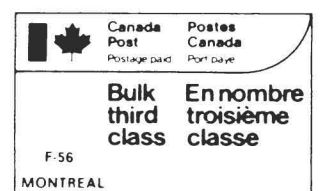
A l'intention de sa femme Bernice, qui s'est elle-même taillé une place importante au sein des services à la communauté, il s'est exprimé ainsi: "Pensons-y; notre prochain voyage en Chine... un milliard de donateurs éventuels..."

Les sentiments d'appréciation, d'affection et d'optimisme qui marquèrent cette soirée reflètent les sentiments non seulement de ceux et celles qui étaient présents, mais aussi de tous ceux et celles qui ont leur place au sein de l'organisation de l'Hôpital.



Q. Si les fonds recueillis dépassent le coût du projet d'agrandissement, comment l'excédent sera-t-il utilisé?

R. Nous avons déjà dépassé notre objectif de 25 000 000 \$, et maintenant, nous visons les 27 000 000 \$. Si nous les atteignons, les 2 000 000 \$ additionnels serviront à la construction de deux nouveaux étages à l'Institut de (suite à la page 2)



3755 Chemin de la Côte Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1E2

L'Hôpital Général Juif adopte une politique antitabagisme

Au début de juin, l'HGJ adoptait une politique antitabagisme devant être respectée dans tout l'Hôpital. En sa qualité de centre hospitalier, donc investi de la santé et le bien-être de la population qui lui est confiée, l'Hôpital se doit d'assumer sa responsabilité sociale en éliminant les facteurs qui menacent le bien-être des patients. Or, le tabagisme est nocif autant pour les non fumeurs que pour les fumeurs.

L'intention de l'Hôpital n'est pas d'aggraver les difficultés éprouvées par les familles des patients en les empêchant de fumer en période d'extrême tension. Toutefois, l'Hôpital se doit de réaliser son objectif premier, soit optimiser la qualité des soins qu'on y prodigue.

Il est permis de fumer dans certaines sections de l'Hôpital seulement afin de protéger les patients, visiteurs et membres du personnel des effets nocifs auxquels ils sont quand même exposés du fait qu'ils côtoient des fumeurs. Cette décision est largement justifiée. Selon le Dr Harvey Kreisman, chef de la division de pneumologie du service de médecine, "La fumée générée par le tabac est très toxique. Elle contient des centaines de produits chimiques, dont le goudron, la nicotine, le monoxyde de carbone, le cyanure d'hydrogène, le D.D.T. et le propane. Chaque fois qu'une pipe, un cigare ou une cigarette est allumée, toutes ces substances chimiques sont

produites dans l'air que nous respirons, que ce soit la fumée primaire ou la fumée secondaire ou passive."

La fumée primaire est la fumée inhalée par le fumeur lui-même. Parmi les risques liés à cette fumée, on peut citer la prédisposition plus marquée au cancer, aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, à la bronchite chronique, aux ulcères gastro-duodénaux et aux maladies vasculaires périphériques. Aux Etats-Unis seulement, plus de 400 000 personnes meurent chaque année des suites d'une maladie liée au tabagisme. Or, ces décès pourraient être évités dans une certaine mesure.

La fumée secondaire ou passive est celle qui est relâchée dans l'air par l'extrémité allumée de la pipe, du cigare ou de la cigarette. Toujours selon le Dr Kreisman, "L'inhalation de fumée passive est aussi nuisible au non fumeur que la fumée primaire l'est pour le fumeur."

Un fumeur inhale/exhale pour une durée totale d'environ 24 secondes par cigarette, tandis que la cigarette brûle pendant environ 12 minutes, polluant l'air de façon continue en y projetant des centaines de produits chimiques toxiques. Les pipes et les cigares brûlent encore beaucoup plus longtemps. La fumée passive contient de plus fortes concentrations de produits nocifs que la fumée primaire. Par exemple, elle con-

tient deux fois plus de goudron et de nicotine, trois fois plus de benzyprène 3-4 (que l'on soupçonne d'être une cause du cancer), cinq fois plus de monoxyde de carbone (ce qui prive le sang de l'oxygène dont il a besoin) et cinquante fois plus d'ammoniac. Le cadmium, qui cause des dommages aux poumons (emphysème), est présent en quantités beaucoup plus considérables dans la fumée passive que dans la fumée primaire.

L'exposition prolongée au cyanure d'hydrogène à un taux supérieur à 10 parties par million (p.p.m.) est considérée comme dangereuse. La concentration de cette substance dans la fumée passive est de 1600 p.p.m. Un taux de dioxyde d'azote supérieur à 5 p.p.m. est considéré comme dangereux et entraîne des dommages aux poumons; or, la fumée passive en contient 250 p.p.m. Son taux d'oxyde de carbone est cinq fois supérieur à celui de la fumée primaire. Lorsqu'on inhale de l'oxyde de carbone, ce gaz se substitue à l'oxygène en se combinant au sang, formant ainsi un nouveau composé: la carboxyhémoglobine. La carence en oxygène qui en résulte impose une surcharge de travail au cœur et aux poumons chez les per-

sonnes qui éprouvent déjà des troubles au niveau de ces organes vitaux. Après avoir quitté un lieu enfumé, même si les poumons sont ventilés, il faut plusieurs heures pour que le taux d'oxyde de carbone sanguin revienne à la normale.

Certaines études visant à déterminer les risques auxquels sont exposés les conjoints non fumeurs des gros fumeurs ont révélé qu'ils étaient plus prédisposés au cancer du poumon et aux troubles respiratoires. En outre, les enfants élevés dans des foyers où un ou des membres de la famille fument risquent plus de souffrir de maladies respiratoires de niveau de gravité variable que les enfants dont aucun parent ne fume.

Le tabagisme passif est un danger dont on ne peut nier l'importance. Heureusement, la prévention est possible. Avec sa nouvelle politique antitabagisme, l'HGJ-SMBD prend un moyen concret pour protéger la santé de ses patients, ses visiteurs et son personnel. Il faut espérer que cette politique innovatrice aura une influence sur la communauté et les services hospitaliers, et les incitera à assumer leurs responsabilités en adoptant une politique semblable.

Taux de survie exceptionnel

Selon les docteurs Apostolos Papageorgiou, directeur de l'unité de soins intensifs en néonatalogie Pollack, et Morrie Gelfand, chef du service de Gynécobstétrique, on a enregistré 3,9 décès par 1 000 naissances dans la catégorie des nouveau-nés pesant plus de 1 000 g (2,2 lb) en 1984.

C'est là le taux de mortalité périnatale le plus bas jamais enregistré à l'Hôpital Général Juif après celui de 2,2 par 1 000 naissances en 1982. Le taux de 3,9 par 1 000 est toujours moins de la moitié du taux provincial le plus récent, soit 8 décès par 1 000 naissances.

Un autre fait remarquable est le taux de décès de 8 par 1 000 naissances pour ce qui est des bébés mort-nés et des bébés de plus de 500 g (1,1 lb), le taux provincial étant de 12,2 par 1 000. Le nombre de cas de mortinatalité enregistré, soit 2,6 par 1 000 accouchements, est inférieur au taux provincial de 4,6 par 1 000.

Tous les nouveau-nés sans malformation congénitale ont survécu, y compris les cas à risque qui nous avaient été adressés. Le fait que 83% des nouveau-nés sur respirateur pesant plus de 750 g (1 lb 11 oz) aient survécu est également exceptionnel, car le taux de survie provincial dans ce cas se situe entre 40 et 50%.

Grâce à ces réalisations, l'HGJ s'est mérité l'affectation de centre d'obstétrique pour cas à risque; ainsi reconnus par le gouvernement, nous accueillons

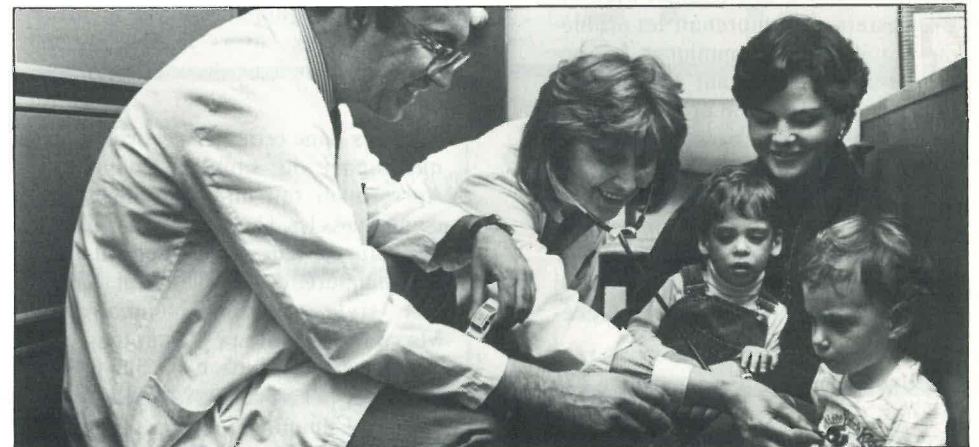
des patientes qui nous sont adressées par tous les centres du Québec et de Frobisher Bay. En 1984, nous avons enregistré 3 121 naissances, ce qui représente une augmentation de 5% par rapport à l'année précédente.

Non seulement plus de nouveau-nés survivent, mais ils survivent également avec moins d'incidents. La qualité de vie s'améliore constamment grâce à l'efficacité de l'unité de néonatalogie et la clinique de suivi sur cinq ans en néonatalogie, laquelle est dirigée par le docteur Ildiko Kunos.

Cette clinique sert de lien entre l'unité de soins intensifs en néonatalogie Pollack, la maison et le pédiatre pendant une période de cinq ans.

En plus d'offrir un examen physique complet, la clinique dispense un enseignement relatif au développement de l'enfant, s'occupe des formalités nécessaires pour adresser les cas à d'autres médecins, laboratoires et services hospitaliers, au besoin.

Un groupe d'entraide a été formé récemment dans le but de donner l'occasion aux parents de bébés prématurés de discuter de leur expérience et de mettre sur pied des programmes axés sur leurs besoins. Cette initiative favorise en outre la communication entre les parents et le personnel spécialisé en périnatalogie de l'HGJ. Les personnes intéressées sont priées de se renseigner au numéro 340-8222, poste 5114.



Les jumeaux Erika et Joshua Ungar sont des visiteurs réguliers de la clinique de suivi en néonatalogie. Ils sont nés il y a deux ans à 32 semaines; Erika pesait 1 450 g (3 lb 4 oz) et Joshua 2 200 g (4 lb 13 oz). Ils ont passé cinq semaines à l'unité de soins intensifs en néonatalogie et ils progressent maintenant rapidement. Erika, qui était plus petite que son frère à la naissance, pèse maintenant plus que lui. On les voit ici qui s'amuse avec les docteurs Papageorgiou et Kunos ainsi que leur maman, Susan.

La campagne de financement (suite de la page 1)

recherches médicales Lady Davis. Ce projet est en suspens depuis un certain temps et il est urgent que nous le réalisions.

Q. Diriez-vous que ce soutien extraordinaire à l'égard de l'HGJ indique un renouvellement de la confiance de la part de la communauté juive à l'endroit de la province et du réseau hospitalier?

R. Le soutien manifesté par la communauté nous encourage à amorcer un projet axé sur le concept d'"espace vital", projet qui contribuera à réaliser le désir ultime de l'HGJ, exprimé par notre slogan "Excellence oblige"; excellence au niveau des soins, de l'attention, de la guérison, de l'enseignement et de la recherche. L'endossement de ces objectifs par la communauté et la reconnaissance du fait que l'HGJ est l'organe central de la confiance et de la croissance de la communauté ne font que confirmer le succès de la campagne.

Q. M. Deskin, vous devez être très fier de cette marque de confiance à l'égard de l'Hôpital. Vous attendiez-vous à une telle réaction?

R. Au début, nous étions inquiets car la campagne a été lancée à un moment où la situation économique générale n'était guère rassurante. Cependant, les premiers contacts effectués au sein des différents segments de notre communauté ont révélé un appui extraordinaire de notre projet d'agrandissement et nous ont permis d'anticiper de généreuses contributions en vue de la réalisation de notre projet.

Q. Quand les travaux de construction débiteront-ils?

R. On peut envisager l'amorce des travaux pour le début de 1986. Ces prévisions sont fonction de l'embauchage d'architectes et d'ingénieurs en juin 1985 et de l'élaboration des plans et des spécifications de façon à ce qu'ils soient prêts pour janvier ou février 1986 au moment de la prise de

décision en rapport avec les soumissions.

Q. Quels sont les services prioritaires?

R. Les unités de soins intensifs, telles que l'unité de soins coronariens, l'unité de dialyse et l'unité de soins intensifs en néonatalogie, sont évidemment nos priorités. De façon générale, nous accordons une grande importance aux installations existantes qui nécessitent des rénovations dans le but d'offrir aux patients un environnement qui soit à la fois sûr et confortable.

Q. L'Hôpital pourra-t-il accepter plus de patients?

R. Malheureusement, non. Notre projet d'agrandissement a pour principal objectif de sauvegarder la dignité et le respect de soi des patients en leur fournissant un environnement physique adapté aux soins requis. Notre projet ne vise pas à accroître le volume de patients que nous pouvons hospitaliser ou recevoir en consultation externe. Bref, il s'agit d'une transformation non pas quantitative mais bien qualitative.

Q. Qu'advient-il du service de l'Urgence? Le programme d'agrandissement améliorera-t-il la situation?

R. Le service de l'Urgence sera entièrement rénové de manière à ce qu'il ne soit plus nécessaire d'installer des patients dans les couloirs. Ces travaux de rénovation, associés à une nouvelle formule de triage — c.-à-d. la sélection des patients en fonction de la gravité de leur état — nous aideront considérablement à remédier aux conditions déplorables auxquelles les patients doivent faire face actuellement.

Q. Combien de temps prévoit-on pour mener le projet à terme?

R. On prévoit que tous les travaux d'agrandissement et de rénovation devraient être complétés en 1988.

Greffe osseuse: un nouvel espoir

par Janice Arnold

MONTRÉAL — Les médecins annoncèrent à Paul Miller, 30 ans, originaire de Trois-Rivières, que le seul traitement possible pour sa tumeur cancéreuse au niveau du bassin serait l'amputation de sa jambe et de la moitié de la partie inférieure de son torse. Paul Miller ne pouvait se résigner à accepter une pareille mutilation.



De g. à dr.: Paul Miller entre son chirurgien, le Dr Barry Miller, et sa physiothérapeute, Francine Bishinsky.

En plus du traumatisme psychologique qu'elle aurait entraîné, l'amputation aurait laissé Paul Miller invalide car l'usage d'une prothèse dans son cas aurait été pratiquement inutile et le simple fait de s'asseoir aurait été pénible.

Paul Miller fut recommandé au Dr Barry Miller (aucun lien de parenté), un chirurgien orthopédiste attaché à l'Hôpital Général Juif. Le Dr Miller était prêt à tenter une nouvelle intervention en guise de solution de remplacement. L'intervention, fort délicate, consistait à exciser l'os iliaque gauche atteint et d'en greffer un autre prélevé sur un cadavre. C'était là une première au Canada.

L'intervention eut lieu le 18 janvier, et aujourd'hui, le Dr Miller estime que l'état de son patient est excellent. Après avoir porté un plâtre pendant quelques semaines, Paul Miller peut maintenant se déplacer à l'aide d'une marchette, et il est censé être transféré dans un centre de réadaptation. Pour ce qui est de son diagnostic, le médecin affirme que ce type de cancer est généralement guérissable du moment que la tumeur est enlevée; il est donc très optimiste.

Le Dr Henry Mankin, un chirurgien orthopédiste de Boston, a déjà pratiqué douze greffes pelviennes partielles, mais au dire du Dr Miller, la documentation relative au sujet est encore insuffisante. Par conséquent, une bonne partie des techniques chirurgicales mises en oeuvre étaient expérimentales.

Une des principales difficultés auxquelles le Dr Miller a dû faire face a été de trouver l'os adéquat. Contrairement aux yeux et aux autres organes, les gens ne sont pas portés à faire don de leurs os après le décès. Il a donc fallu plusieurs semaines pour trouver un bassin qui se prêtait bien à la greffe. La famille d'un homme de 48 ans qui avait succombé à une crise cardiaque au service de l'Ur-

gence de l'HGJ consentit à faire don de l'os que le Dr Miller attendait depuis si longtemps.

On a découvert que la surgélation d'un os destiné à une transplantation à -70°C éliminait pratiquement tout risque de rejet, problème très fréquent lorsqu'il s'agit de transplantation d'organes tels que le coeur et les reins. La réaction de l'organisme à un os étranger est la croissance de nouvelles cellules osseuses sur cet os étranger, le transformant peu à peu jusqu'à ce que le sujet le fasse sien. Le risque d'infection est la plus grande préoccupation des médecins; c'est pourquoi on a eu recours à l'antibiothérapie intensive dans le cas de Paul Miller.

Au cours des six heures qu'a duré l'opération, le Dr Miller était assisté du Dr Nathan Sheiner, chirurgien vasculaire, et du Dr Alex Hadjepavlou, un autre chirurgien orthopédiste.

Le Dr Miller estime que le succès de cette intervention sert d'indicateur pour ce qui est des futures greffes osseuses et confirme le besoin de mettre une banque d'os sur pied à Montréal. Les greffes de petites parties d'os sont pratique courante lorsqu'il s'agit de stimuler la formation de cellules osseuses dans les cas de traumatismes; cependant, l'os est généralement prélevé sur le patient lui-même.

L'allogreffe (transplantation d'un os prélevé sur un donneur) ouvre des horizons nouveaux. Le Dr Miller entrevoit par exemple la possibilité de remplacer des os de la cuisse détruits dans un accident au lieu d'essayer de les régénérer à partir de particules ou, pis encore, d'avoir recours à l'amputation.

Elections



Leo Goldfarb

M. Leo Goldfarb a été élu récemment président du conseil d'administration de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. Il s'est joint audit conseil pour la première fois vers la fin des années soixante; subséquemment, il a siégé comme président du comité de vérification des comptes et du comité de contrôle budgétaire; il a agi comme coprésident du comité des immeubles; il a fait partie de la commission médico-administrative et y a occupé la vice-présidence.

En plus de son poste de président du conseil d'administration, M. Goldfarb continuera de jouer un rôle vital en qualité d'administrateur des principaux dons au sein du comité d'agrandissement.

M. Goldfarb est le président et chef exécutif de Place Bonaventure inc., en plus d'être le président et propriétaire unique de la société Ringold Enterprises Ltd., une société d'investissement, de développement et de gestion.

Au début de sa carrière, M. Goldfarb était affilié à la société Steinberg Ltée, où il occupa successivement des postes importants, dont celui de vice-président exécutif de la corporation. Puis en 1969, il se joignit à la société Trizec, où on lui confia les postes de vice-président et administrateur en chef.

Il fut un des directeurs fondateurs du Conseil international des centres commerciaux et présida le premier congrès dudit conseil tenu au Canada.

M. Goldfarb a été un directeur de la compagnie Trust Morgan du Canada de 1963 à 1983; il est en outre membre de différents clubs, dont le Montefiore, l'Elmridge et le Mont-Royal.

Messieurs Morty Brownstein et Stephen Vineberg ont été élus pour siéger aux côtés de M. Goldfarb à titre de vice-présidents du conseil d'administration de l'Hôpital.

Nouvelle directrice adjointe des soins infirmiers



Grace Miller a été nommée récemment au poste de directrice adjointe du service des soins infirmiers. Mme Miller était coordonnatrice des soins infirmiers en gynéco-obstétrique et en psychiatrie à l'HGJ depuis 1980. D'ailleurs, elle continuera de coordonner les soins infirmiers au service de psychiatrie.

Native de Kingston en Jamaïque, Mme Miller a fait son cours d'infirmière à la University Hospital of the West Indies en Jamaïque, puis a travaillé comme infirmière en Angleterre, où elle est devenue sage-femme autorisée. Elle a complété son baccalauréat en sciences infirmières à l'Université McGill, sa maîtrise ès arts en sciences de l'éducation à l'Université Concordia et son diplôme en enseignement collégial à l'Université McGill; elle poursuit actuellement ses études en vue d'obtenir un doctorat en sciences infirmières à la Case Western Reserve University à Cleveland, Ohio.

Nouveau chef de service

Le Dr Joel Rosen est le nouveau chef de notre service d'ophtalmologie.

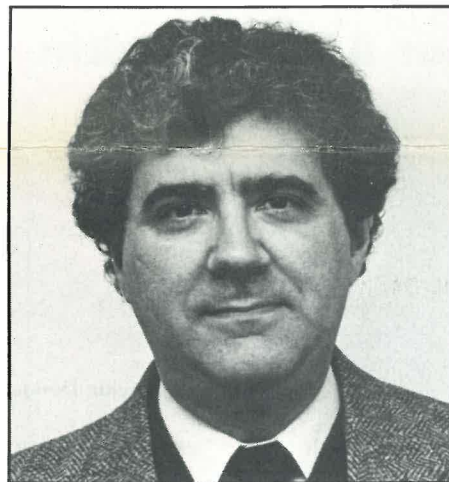
Le Dr Rosen a étudié à l'Université McGill, où il a reçu son baccalauréat en sciences (Honors en génétique) en 1964 et son doctorat en médecine en 1968.

Comme formation post-universitaire à l'HGJ, il a complété son internat rotatoire ainsi que sa résidence en médecine et en ophtalmologie. Le Dr Rosen a été moniteur de recherche pour le service d'ophtalmologie du Cornell University Medical Center à New York.

En plus de ses nouvelles fonctions de chef de service, le Dr Rosen dirige deux cliniques à l'HGJ: celle des maladies externes et celle des lentilles cornéennes. Il est en outre professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université McGill et président de l'Association des ophtalmologistes de Montréal.

Grace Miller a une expérience considérable à son actif, autant sur le plan de la supervision que sur le plan pédagogique en milieu hospitalier et universitaire. Elle est membre de la commission d'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, présidente du comité chargé de l'élaboration des programmes de la Nurses' Association of the American College of Obstetrics and Gynaecology, et membre du comité chargé des programmes de l'école de nursing de l'Université McGill. Mme Miller a fait partie de plus d'un comité au sein de l'HGJ, dont celui du contrôle de la qualité, de l'évaluation du rendement, du contrôle des actes infirmiers; elle a également agi comme présidente des comités de planification des soins intégraux et des ressources, des comités d'évaluation des programmes de recherches et du comité interhospitalier de recherche en soins infirmiers.

Elle a rédigé et présenté un certain nombre de travaux portant sur diffé-



Dr. Joel Rosen

Le Dr Rosen est membre de l'Association médicale Alpha Omega, de l'Association médicale du Québec, de l'Association médicale canadienne, de l'Association pour l'avancement de la recherche en ophtalmologie, de la American Society of Contact Lenses; il a de plus publié un certain nombre d'articles dans des revues professionnelles.

rents sujets, tels que "High-risk Pregnancy and its Impact on the Family", "Power, Policy and the Graduate Nurse", "Ethical Dilemmas in Neonatology Nursing", "The Theoretical Framework of Primary Nursing and its Relationship to Professional Practice", "The Essence of Professional Practice", "Recent Advances in Gynaecological, High-risk and Family-Centered Obstetrical Nursing".

Mme Miller a mis au point un programme d'enseignement à l'intention des moniteur(trice)s infirmier(ère)s-chef adjoint(e)s ainsi qu'un programme de gestion des soins infirmiers à l'intention des cadres de l'Hôpital.

Grace Miller succède à Pamela Georges, laquelle a accepté le poste de directrice des soins infirmiers à l'Hôpital juif de réadaptation après avoir consacré quinze années au service de l'HGJ.

Hommage au Dr Slatkoff

Le Collège canadien des administrateurs de services de santé a rendu hommage au Dr William R. Slatkoff récemment. On l'a investi du titre de membre à vie lors du banquet qui s'inscrivait dans le cadre de la deuxième conférence du Collège tenue au Québec; le Dr Slatkoff est d'ailleurs un ancien président dudit collège.



Le Dr Slatkoff a joué un rôle-clé au sein de l'organisation de l'HGJ pendant de nombreuses années. Il a été directeur médical de 1953 à 1967, directeur général de 1967 à 1975 puis a continué d'agir comme consultant. Nous tenons à le féliciter pour l'hommage qui lui est rendu, un témoignage de l'estime que la communauté lui porte.

À l'Institut de Recherches Médicales Lady Davis

La réponse aux hormones sexuelles mâles: une question d'ordre génétique

Le laboratoire de génétique cellulaire, situé à l'Institut de recherches Lady Davis, est dirigé par le Dr Leonard Pinsky, professeur de pédiatrie et de génétique humaine à l'Université McGill. Les chercheurs attachés à ce laboratoire se proposent de découvrir comment les différentes cellules de l'organisme répondent normalement aux hormones sexuelles mâles (soit les androgènes, abrégés "A" au diagramme).

Le principal androgène sécrété par le testicule s'appelle la testostérone; elle sera abrégée "T" au diagramme. La testostérone pénètre les cellules qui seront ultérieurement régies par elle (cellules cibles) simplement en se diffusant par la membrane cellulaire externe. Une fois à l'intérieur du cytoplasme ("C"), la testostérone se fixe à une protéine spéciale appelée "récepteur" (Rc). Le complexe T-Rc passe ensuite dans le noyau de la cellule (A-Rn) et peut apparemment "reconnaître" les parties des chromosomes (gènes; ACC) qu'il doit régler de manière à faire réagir une certaine cellule de la façon dont elle est censée le faire. Par exemple, un type de cellule doit répondre au complexe A-Rn en générant des protéines capillaires, un autre type de cellule des protéines musculaires, et un troisième type de cellule doit produire le sperme. C'est là le processus simplifié, et on connaît bien son déroulement. Ce que nous comprenons moins bien, ce sont les détails importants; entre autres, comment ce même complexe A-Rn "sait" que dans un tel type de cellule, il doit stimuler la

production de protéines capillaires et non de protéines musculaires, et que dans un autre type de cellule, il doit faire exactement le contraire.

La testostérone n'est active qu'après la naissance. Elle est cependant nécessaire avant la naissance car elle joue un rôle dans le développement des organes reproducteurs externes et internes chez les sujets mâles normaux. Pour ce faire, elle doit être aidée par un autre androgène qui lui est étroitement lié: cette deuxième hormone sexuelle mâle s'appelle la dihydrotestostérone.

Elle est abrégée "D" au diagramme et elle se fixe à la même protéine réceptrice que la testostérone ("T").

Au laboratoire du Dr Pinsky, on étudie des sujets mâles nés avec différentes anomalies génétiques (héréditaires) qui les empêchent de répondre normalement aux hormones sexuelles mâles. C'est par la comparaison des critères de normalité aux critères d'anormalité que nous espérons découvrir les détails essentiels inhérents au processus normal.

Dans quelle mesure est-il commun chez les sujets mâles de naître avec une insensibilité (ou une résistance) aux hormones sexuelles mâles? La réponse dépend de la gravité de l'anomalie en question. En effet, les sujets *totalément* insensibles aux hormones sexuelles mâles sont assez rares, soit de l'ordre de 1 sur 50 000. Par ailleurs, les sujets *partiellement* insensibles à ces mêmes hormo-

nes ne sont pas rares du tout; ils constituent une proportion considérable de tous les garçons chez qui la masculinisation ne s'effectue pas normalement au cours de la puberté, et de tous les hommes normalement virilisés qui sont stériles parce qu'ils ne peuvent produire suffisamment de sperme.

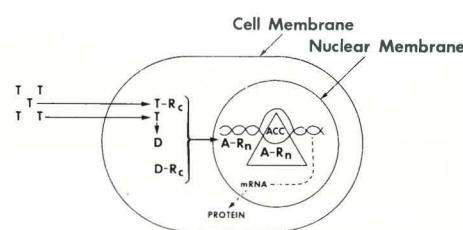
La technique mise en oeuvre au laboratoire du Dr Pinsky est celle de la "culture cellulaire". On effectue un petit prélèvement cutané (biopsie) sur le sujet étudié. Ce tissu est gardé dans des conditions particulières (on en fait une culture) lui permettant de générer des cellules individuelles appelées "fibroblastes". Les fibroblastes se reproduisent à la surface de la culture tant qu'ils sont nourris de façon adéquate: un mélange composé de sels, de vitamines, d'hydrates de carbone, d'acides aminés et de protéines. En fait, ces fibroblastes peuvent être reproduits par milliards, congelés pendant des années puis dégelés au besoin.

Le laboratoire du Dr Pinsky est le seul au Canada à se concentrer sur l'étude de la résistance aux hormones sexuelles mâles. Il n'y a que trois laboratoires de ce genre aux États-Unis et un ou deux en Europe. La technique de la culture cellulaire permet au Dr Pinsky et à son principal associé, Morris Kaufman, Ph. D., d'étudier des cas qui leur sont adressés par des généticiens et des endocrinologues du monde entier. Ceci contribue à rehausser la réputation de notre hôpital à l'échelle internationale à titre de centre de recherches cliniques.

En plus de l'aspect fondamental des travaux menés par l'équipe du Dr

Pinsky, les résultats de ces études peuvent présenter une valeur certaine aux familles visées, et ce dans l'immédiat. Par exemple, ils permettent de prévoir le risque de récurrence chez un futur enfant de la même famille ou encore facilitent la prise de décision dans le cas d'un enfant présentant une malformation des organes génitaux (présence d'organes génitaux extérieurs dont la nature est ambiguë en raison d'une insensibilité partielle à l'hormone sexuelle mâle) nécessitant une intervention chirurgicale afin de redonner aux organes génitaux un aspect mâle ou femelle.

Un autre bienfait qui pourrait résulter de leurs travaux de recherche est le fait qu'en identifiant un nouveau type d'anomalie comme étant à l'origine d'une résistance aux hormones sexuelles mâles, il y a de fortes chances que cette information servira à expliquer pourquoi les cellules de seulement certaines patientes atteintes de cancer du sein peuvent répondre aux hormones sexuelles mâles, ce qui a pour effet d'améliorer leur état. Ces recherches nous aideront peut-être enfin à comprendre pourquoi il arrive que des sujets répondant aux hormones au départ y deviennent peu à peu insensibles, et ce au détriment de leur santé.



Deux anniversaires pour Archie Deskin

Archie Deskin fête deux anniversaires importants cette année: 25 ans au service de l'Hôpital et 10 ans à titre de directeur général.

Natif de Montréal, M. Deskin a obtenu son baccalauréat ès arts de l'université Sir Georges Williams et sa maîtrise en gestion hospitalière de l'Université de Montréal. Il a débuté sa carrière en administration hospitalière à titre d'adjoint au directeur général au Montreal Old People's Home pour ensuite succéder au directeur général de ce même établissement en 1957. Il attribue son engagement au sein du secteur hospitalier à son regretté père, qui fut directeur général du Montreal Old People's Home de 1940 à 1957. "J'étais son adjoint, et l'exemple qu'il a donné a éveillé et stimulé mon intérêt pour ce genre de travail". Dans ses fonctions de directeur, il a aidé à mettre sur pied un service médical bien structuré et a mis en oeuvre un des programmes de réadaptation les plus avant-gardistes, dont il a confié la direction au Dr Gustave Gingras. M. Deskin a également mis en marche les plans de construction d'un nouveau foyer et hôpital pour personnes âgées et fourni aux Services communautaires juifs de Montréal toute l'information nécessaire pour rationaliser ce projet.

Une fois ses études terminées, M. Deskin s'est joint à l'HGJ en 1959 en qualité de résident en administration pour devenir adjoint administratif l'année suivante. Une des expériences les plus significatives de sa carrière à l'HGJ remonte à la période s'échelonnant de 1962 à 1969. C'est alors qu'à titre d'adjoint au directeur général, il fut chargé de la mise en oeuvre d'un projet d'agrandissement totalisant 21 000 000 \$. Ce projet nous a donné l'aile nord-ouest, l'Institut de recherches médicales Lady Davis et l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale. Par son expérience, il s'est trouvé mêlé à tous les aspects du fonctionnement de l'Hôpital,



Archie Deskin

ce qui lui a donné un "excellent bagage de connaissances en guise de préparation à ses fonctions ultérieures à titre de directeur général".

Depuis 1975, année où il fut nommé directeur général, M. Deskin a eu la joie d'assister à la consécration de l'HGJ comme hôpital d'enseignement affilié à l'Université McGill, ce qui sous-entend une capacité largement accrue sur les plans de l'enseignement et de la recherche. Il a aussi été témoin de l'enrichissement et du perfectionnement du personnel médical "plein temps géographique" attaché à son hôpital.

M. Deskin se dit très fier d'être associé à l'Hôpital à l'heure actuelle, alors qu'il s'est vu investi d'un si grand appui de la part de la communauté pour ce qui est de son dernier projet d'agrandissement. Selon lui, tant et aussi longtemps que notre hôpital jouira de ce soutien, son destin est assuré et plein de promesses.

M. Deskin est président du groupe des directeurs généraux du comité des établissements publics juifs, président du Conseil des hôpitaux d'enseignement affiliés à l'Université McGill, membre de la commission administrative des hôpitaux de courte durée du Conseil régional, membre de l'Association canadienne des hôpitaux, de la American Hospital Association, du American College of Hospital Administrators et du Collège canadien des administrateurs de services de santé.

Bon anniversaire, M. Deskin!



Les chercheurs attachés au laboratoire de Dr. Pinsky. En arrière, de gauche à droite: Nellie Sabbaghian; Morris Kaufman, Ph.D.; Anne Schwartz; et Cynthia Pincott. En avant, de gauche à droite: Datevik Sumbulian et Carmen Gil-Esteban.

Les Auxiliaires accueillent une nouvelle présidente

Jackie Veinish a été élue récemment présidente des Auxiliaires après avoir agi successivement comme présidente, trésorière puis vice-présidente du projet "Fiole de vie".

Native de Montréal, Mme Veinish est bachelière ès arts de l'Université McGill; elle a ensuite fait un cours en éducation préscolaire à l'Université Concordia. Elle a enseigné pendant 16 ans; elle a fait partie du conseil exécutif de l'Association des jardinières d'enfants du Grand Montréal, du comité fondateur du centre familial communautaire McGill, où elle s'occupait des enfants du personnel et des étudiants de l'Université, et a agi pendant plusieurs années au sein d'un comité consultatif sur l'enseignement préscolaire pour le ministère de l'Éducation du Québec.

Mme Veinish a toujours joué un rôle actif sein de la communauté; elle et fait



Jackie Veinish

actuellement partie du comité des relations publiques du Conseil sur le vieillissement pour les Services communautaires juifs de Montréal.

Programme de réadaptation cardiaque

Une crise cardiaque affecte non seulement le patient, mais aussi tous les membres de sa famille.

Le programme de réadaptation cardiaque de l'HGJ est fondé sur un principe multidisciplinaire et vise à aider les patients cardiaques à se remettre sur pied, à apporter les changements qui s'imposent à leur mode de vie dans le but de réduire le facteur risque, et à réintégrer leurs activités normales. Le programme apporte aussi aux patients et à leurs familles le soutien et les encouragements dont ils ont besoin pour faire face à cette maladie et en assumer les conséquences psychologiques.

L'équipe de réadaptation cardiaque dirigée par le Dr Michael Dworkind, médecin de famille auprès du Centre Herzl, est formée d'une coordonnatrice, d'une travailleuse sociale, d'une psychiatre, de deux psychologues, d'une physiothérapeute, d'une diététiste, d'un(e) pharmacien(ne) et d'infirmières attachées à l'unité de soins coronariens (U.S.C.).

Durant son séjour à l'unité cardiaque, le patient reçoit une pochette d'information le renseignant sur la structure et le contenu du programme de réadaptation. Une fois transféré dans une chambre de l'unité, le patient reçoit la visite de Mme Toba Herman, la coordonnatrice de l'équipe; elle lui explique qu'elle lui téléphonera tous les mois afin de contrôler ses progrès. Elle élabore également sur les autres aspects du programme, dont le régime alimentaire, les exercices progressifs, le contrôle du stress, les rencontres de suivi, l'abandon de la cigarette (ou autre forme de tabac),

le manuel remis au moment du congé, disponible en anglais, en français, en yiddish, en grec et en italien, l'enseignement "coeur à coeur" dispensé par les infirmières de l'U.S.C., la présentation hebdomadaire de films traitant de la réadaptation, et l'entraide, c'est-à-dire les anciens patients qui viennent offrir leur soutien et leurs encouragements aux nouveaux patients. Le programme est adapté aux besoins de chaque patient conformément aux directives de son cardiologue. L'équipe met l'accent sur la personnalisation des soins, et les patients sont invités à appeler la coordonnatrice ou n'importe quel autre membre de l'équipe s'ils ont besoin d'aide ou d'information.

Au dire du Dr John McCans, chef de la division de cardiologie, "Le programme de réadaptation cardiaque de l'HGJ est un élément extrêmement précieux de l'ensemble du plan de soins des patients qui ont subi une crise cardiaque. En outre, comme il permet au patient et à sa famille de comprendre la nature et les conséquences de sa maladie, ils sont mieux armés pour faire face à la situation."

Un récent ajout au programme est le groupe des épouses. Les conjointes des patients cardiaques ont des besoins et des soucis très particuliers, lesquels avaient été négligés jusqu'à maintenant. Lorsqu'un patient obtient son congé de l'Hôpital après avoir subi une crise cardiaque, il reçoit des directives, des conseils et une attention dont son épouse, elle, ne bénéficie pas. Par conséquent, les épouses souffrent souvent d'anxiété. Au cours de la période de convalescence à la maison, il n'est pas rare que les conjointes éprouvent des sentiments de frustration et d'inutilité. Il est donc important pour ces femmes d'avoir l'occasion d'exprimer leurs sentiments et de se réunir avec d'autres femmes qui vivent la même expérience qu'elles. Ce groupe d'entraide se réunit maintenant régulièrement et il s'est révélé une excellente source de soutien et d'encouragement.

Le service de l'Urgence adopte un nouveau système de triage

Dans le but d'accélérer les processus d'évaluation et de prise en charge des patients de l'Urgence, on a adopté en mars dernier un nouveau système de triage.

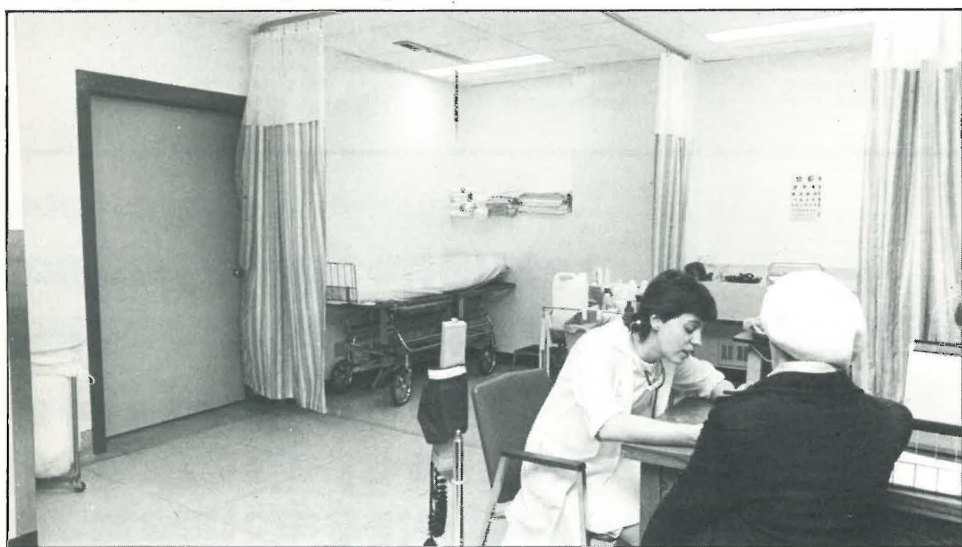
Le triage est le processus de sélection des patients selon la gravité de leur cas. A la salle de triage, située entre la salle d'attente et la salle d'urgence principale, une infirmière affectée spécialement à ce poste évalue et classe les patients dès leur arrivée. Elle donne ensuite un code à chaque patient, code qui indique l'ordre de priorité. Ce système devrait améliorer les services d'urgence car ceux qui sont très malades seront soignés immédiatement. Quant aux patients dont l'état est moins grave, ils seront quand même pris en charge plus rapidement puisque leurs analyses sanguines

et leurs radiographies seront effectuées sans délai.

L'Hôpital a un taux d'occupation de 100%; il est par conséquent impossible de transférer tous les patients en urgence à une unité de soins et il est plus difficile pour les patients aigus de se faire hospitaliser.

Le projet d'agrandissement permettra d'accroître la capacité de la salle d'urgence; ainsi, il n'y aura plus de patients installés et soignés dans les couloirs de l'Urgence.

Entretemps, on prévoit que le nouveau système de triage améliorera l'efficacité des services d'urgence, réduira l'attente et rehaussera la qualité des soins de façon générale.



L'infirmière affectée au triage Francine Martin interroge une patiente à la salle de triage.

Résultats de l'étude sur le cancer du sein

Les résultats d'une étude menée à l'échelle nord-américaine et visant à comparer la mastectomie partielle à la mastectomie totale chez les patientes atteintes du cancer du sein ont été annoncés récemment. La première constatation révèle que la mastectomie partielle ou l'excision de la tumeur cancéreuse, combinée à la radiothérapie locale, constitue un traitement efficace d'un cancer du sein au stade primaire. L'étude a été menée par un groupe de recherche baptisé le National Adjuvant Breast Project, auquel un nombre considérable d'hôpitaux canadiens et américains ont pris part.

Les centres participants ont enregistré 1 800 inscriptions au total; un de ces centres est le Centre du cancer, McGill, où a été concentrée une part considérable des activités. Le Dr Richard Margolese, chef de la division d'oncologie de l'Hôpital Général Juif et directeur associé du Centre du cancer, McGill, a agi comme président du sous-comité chi-

rurgical constitué dans le cadre de cette étude. Il décrit l'étude comme la plus importante expérience chirurgicale jamais tentée dans ce contexte; il signale que même si la mastectomie partielle est une intervention de plus en plus pratiquée, il y a toujours eu énormément de controverse et d'incertitude à son sujet, et ce depuis plusieurs années. Désormais, les nouveaux résultats indiquent que même si tous les cas de cancer du sein ne se prêtent pas à ce genre d'intervention chirurgicale, la majorité s'y prête tout de même.

L'intervention moins radicale devrait faciliter les choses pour les femmes qui doivent être traitées pour le cancer du sein. On espère que cette information réduira les craintes des femmes face aux interventions chirurgicales et les encouragera à consulter leurs médecins plus tôt.

Parmi les chercheurs qui ont pris part à cette étude au Centre du cancer, McGill, on peut citer le Dr Henry Shibata de l'Hôpital Royal Victoria, le Dr John MacFarlane de l'Hôpital général de Montréal et le Dr Roger Poisson de l'Hôpital St-Luc, un hôpital affilié à l'Université de Montréal.

LE SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

annonce la prochaine

JOURNÉE ANNUELLE FAYE FOX

qui se tiendra les
28 et 29 novembre 1985.

THÈME: LE DIAGNOSTIC INFIRMIER
Comment relever le défi?

CONFÉRENCIÈRE: Jane Lancour, M.S.N., inf. aut.
Infirmière-conseil, professeur adjointe au collège de médecine de la Wisconsin School of Nursing

Pour renseignements complémentaires, communiquer avec le service de l'Enseignement et de la Formation du personnel infirmier, au 340-8222, poste 5449.

INSCRIVEZ-VOUS DÈS AUJOURD'HUI

au programme d'enseignement prénatal de l'Hôpital Général Juif

Le cours englobe les aspects suivants:

- les premiers mois de grossesse — nutrition, choix, films
- exercice et bien-être tout au long de la grossesse
- préparation de l'esprit et du corps en vue de l'accouchement — techniques utiles pour la phase du travail — en vue de parer à toutes les éventualités
- visite de l'hôpital, discussion des options
- programme à l'intention des nouveaux parents
- rappels et rencontre avec les frères et soeurs aînés
- directrice du programme, Valmai Howe Elkins, M.C.P.A., M.C.P.P.Q., auteur des ouvrages intitulés *The Rights of the Pregnant Parent* et *The Birth Report*.

Pour vous procurer une formule d'inscription
COMPOSEZ LE 481-3672
ou demandez à votre médecin.