



TOURNÉS VERS L'AVENIR

Nouvelles HGJ

VOLUME 26, N° 2

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS

AUTOMNE 1990

À L'INTÉRIEUR :

Subvention Terry Fox Page 2

Rénovation au centre de néonatalogie et d'obstétrique : 3 000 000 \$ Page 5

L'Unité de soins coronariens doit être agrandie Page 7

Modernisation de l'équipement Page 9

Phase II de la Campagne de développement



Le centre de soins intensifs (néonatalogie) doit absolument être rénové.

Le Conseil d'administration annonçait récemment que l'Hôpital entamerait bientôt la phase II de la Campagne de développement. M. Morton Brownstein, qui a présidé la très réussie Campagne d'agrandissement, a accepté d'également accorder son concours à cette importante seconde étape.

L'HGJ est entièrement voué à l'avancement de la médecine par la recherche, la formation et la qualité des soins. Sa raison d'être est de fournir à la communauté le plus grand nombre de services de santé possible. Cette relation spéciale, en est une toutefois

Phase II... Suite à la page 6

Ablation de la vésicule biliaire : un jour d'hospitalisation

Moins de 24 heures après l'ablation de sa vésicule biliaire, M^{me} Aurora Kelly retourne chez elle. Mère de trois enfants et âgée de 36 ans, M^{me} Kelly a été la première patiente de l'HGJ à subir un nouveau type d'intervention chirurgicale, la cholécystectomie par laparoscopie.

Opérée sous anesthésie générale un lundi après-midi, elle reçoit son congé le mardi à 10 h. « Je suis soulagée, confie-t-elle, la technologie fait des merveilles de nos jours. »

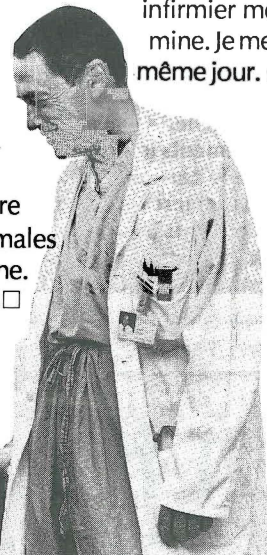
Les problèmes de M^{me} Kelly avaient débuté en janvier dernier par des douleurs qui faisaient penser à une indigestion. L'examen médical devait toutefois révéler qu'il s'agissait de calculs biliaires.

Aux prises avec une crise aiguë, M^{me} Kelly se présente au Service de l'urgence à la fin du mois de juin. Une échographie confirme que sa vésicule biliaire est engorgée par des calculs. D^r Harvey Sigman, chef de la chirurgie générale, lui explique les avantages et les risques liés à la cholécystectomie par laparoscopie et lui recommande de s'y soumettre.

Un laparoscope, une espèce de télescope, est inséré dans une petite incision sous le nombril. Celui-ci est muni d'une puissante source de lumière et d'une minuscule caméra qui permet au chirurgien de suivre le procédé sur un écran de télévision. Trois petits trous sont pratiqués sous les côtes droites afin d'introduire les instruments chirurgicaux dans l'abdomen.

Songeant à la solution de rechange, une opération majeure qui entraîne un séjour d'une semaine à l'hôpital et d'énormes douleurs postopératoires, M^{me} Kelly parle avec enthousiasme du nouveau procédé. « Il est rare que l'on puisse retourner à la maison le lendemain d'une intervention, s'émerveille-t-elle. J'étais en pleine forme après l'opération et le personnel infirmier me trouvait bonne mine. Je me suis levée le même jour. »

Qui plus est, D^r Sigman lui a affirmé qu'elle pourrait reprendre ses activités normales après une semaine.



D^r Harvey Sigman (d.) donne ses directives postopératoires à Aurora Kelly qui se prépare à retourner à la maison le lendemain de l'intervention.



Le Centre Weissman : pour une meilleure qualité de vie

La première édition des Olympiques gériatriques a éloquentement illustré l'esprit d'équipe et le sens du plaisir qui animent les bénéficiaires et le personnel du 6^e étage. Les activités, ballon volant, lancer de sacs de haricots et bowling, se sont échelonnées sur une semaine.

Mona Rutenberg, thérapeute par l'art et coordonnatrice des jeux, se réjouit du succès remporté. « La participation a été fabuleuse : entre 50 et 100 personnes par jour. L'objectif visé, raconte-t-elle, était de promouvoir l'interaction entre les unités 6 N, 6 O et 6 N-O. Les Olympiques ont créé un lien purement social et amusant. »

Hilda et David Weissman, les généreux bienfaiteurs du centre gériatrique qui porte leur nom, ont assisté aux cérémonies

d'ouverture tenues au solarium. Celui-ci, d'une superficie de 1 200 pi², constitue un endroit ensoleillé et agréable pour la thérapie par l'art et le jeu, les célébrations religieuses et d'autres activités.

Réservé exclusivement aux aînés, le 6^e étage est divisé en deux grands secteurs : l'Unité de soins intensifs (6 N-O) et l'Unité de soins prolongés (6 N et 6 O). « L'Unité de soins intensifs compte 25 lits et a pour raison d'être de traiter les patients qui présentent des problèmes médicaux afin de les amener à retrouver la plus grande autonomie possible, précise D^r Howard Bergman, assistant-chef de la Division. » (La Division est dirigée par D^r Mark Clarfield.)

Centre Weissman ... Suite à la page 8



M. David Weissman (d.) prête main forte à Liba Blaukoph dans le lancer de sacs à haricots sous l'oeil bienveillant (de g. à d.) de D^r Howard Bergman, D^r A. Mark Clarfield et Steven Cummings, président de la fondation.

Une première à l'HGJ

Le Bloc d'obstétrique a participé à une première médicale canadienne en réalisant l'accouchement de jumelles conçues à partir d'embryons congelés.

L'accouchement a été effectué par D^r Togas Tulandi, gynéco-obstétricien à l'HGJ et chef du programme d'endocrinologie de la reproduction et d'infertilité de l'Université McGill. Les antécédants gynécologiques de la mère, dont trois grossesses ectopiques (une situation très dangereuse où l'oeuf fécondé se développe dans les trompes de Fallope plutôt que dans l'utérus), en faisaient une candidate valable pour la fécondation in vitro.

D^r Tulandi l'a donc adressée à In-Vitro Fertilization Canada de Toronto où, dans

24 p. 100 des cas, les bébés sont menés à terme. Il s'agit d'un des meilleurs taux au Canada, lequel remporte plus de succès à cet égard que son voisin du sud.

Après une série d'injections quotidiennes de pergonal, un médicament qui stimule l'ovulation, neuf oeufs ont été prélevés, dont huit fécondés dans un contenant. Les cinq embryons immédiatement transplantés n'ont donné aucun résultat. Toutefois, la transplantation, quelques mois plus tard, des trois autres embryons congelés a porté fruits.

Les fillettes pesaient 6 lb à la naissance, et D^r Tulandi affirme qu'elles sont en parfaite santé. □



Le Conseil d'administration est heureux d'annoncer les nominations suivantes :



Dr. Elliot Alpert a été nommé chef du Service de médecine ainsi que professeur et vice-doyen du Département de médecine de l'Université McGill.

Promu en médecine à l'Université d'État de New York, Syracuse, en 1961, Dr. Alpert poursuit sa formation au *Boston City Hospital* (centre médical de l'Université de Harvard) et est résident en épidémiologie au *New York State Department of Health* en Albanie de même que boursier de recherche clinique (gastro-entérologie) au *Harvard Medical School* et au *Massachusetts General Hospital*. De 1966 à 1971, il obtient trois bourses de recherches médicales (gastroentérologie, hépatologie ainsi qu'immunologie et immunochimie) du *Harvard Medical School*.

Dr. Alpert détient un permis des États de New York, Californie, Massachusetts et Texas. Avant de se joindre à l'HGJ, il occupe le poste de chef des services de gastroentérologie au *Methodist Hospital* de Houston et appartient au corps médical de trois autres hôpitaux, dont le *M.D. Anderson Hospital* et le *Tumor Institute* de Houston.

Il occupe successivement les postes de professeur adjoint de médecine au *Massachusetts General Hospital* et au *Harvard Medical School*, de chef du Département de gastroentérologie et de professeur de médecine et de biologie cellulaire du *Baylor College of Medicine* de Houston ainsi que de chargé de cours invité au *Massachusetts Institute of Technology* et à l'Université de l'Afrique de l'Est à Kampala, Ouganda.

Parallèlement, Dr. Alpert siège à divers comités et associations de recherche sur le cancer à l'échelle locale, régionale et nationale. Il préside le conseil médical consultatif (Golf Coast) de la *US National Foundation for Ileitis and Colitis*, l'atelier de travail Baylor-Methodist sur les transplantations de foie et celui du *American Joint Committee on Cancer* sur les tumeurs hépatiques et biliaires. Il siège présentement au comité des bourses de recherche en immunologie de l'*American Cancer Society* et est membre du *American Society for Clinical Investigation*. Il est vice-président de l'*International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine* et a appartenu au comité de recherche et été président du comité de formation de l'*American Association for the Study of Liver Diseases*. Parmi les nombreuses bourses de recherche qui lui ont été ac-



Dr. Samuel O. Freedman a été nommé directeur de la recherche et entrera en fonction dès la fin de son mandat de vice-recteur académique de l'Université McGill.

Décoré de l'Ordre du Canada, boursier de la Société royale du Canada et ex-doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, Dr. Freedman enseigne au Département de médecine et est médecin senior à l'Hôpital Général de Montréal.

Conférencier et chargé de cours invité de grandes universités et institutions médicales nord-américaines et européennes, Dr. Freedman est l'auteur de plus de 120 articles sur l'allergologie et l'immunologie.

Il succède à Dr. Norman Kalant dont les 35 années de services ont largement contribué à l'essor pédagogique et scientifique de l'Hôpital.

La nomination de Dr. Freedman s'inscrit dans le désir de l'Hôpital d'intensifier ses activités de recherche en tant que membre du réseau McGill. □

cordées, notons la très convoitée bourse de la *US National Institute of Health* pour ses études de maîtrise et de doctorat en recherche fondamentale en matière de gastroentérologie et de maladies du foie.

Côté recherche, Dr. Alpert s'intéresse à la biologie et la biochimie des antigènes et protéines carcino-foetaux, à l'immunodiagnostic des tumeurs gastro-intestinales et à l'immunopathogénèse des maladies inflammatoires du foie et du tube digestif.

Membre du comité de rédaction de plusieurs publications scientifiques, Dr. Alpert est rédacteur adjoint de la revue *Tumor Biology*. Il est en outre l'auteur de plus de 200 articles.

Il entend mettre à profit les excellents programmes de formation et de stages cliniques du Service et intensifier la collaboration avec l'Université McGill.

En tant que médecin en chef, Dr. Alpert succède à Dr. Harold Frank qui demeurera au sein de l'HGJ en tant que médecin à plein temps géographique du Service de médecine. □



M. Steven Cummings a été nommé président de la Fondation de l'Hôpital.

M. Cummings a siégé au Conseil d'administration de l'Hôpital et de la Fondation pendant plusieurs années de même qu'à de nombreux comités de l'Hôpital. Il a été le premier président du Centre commémoratif de l'holocauste à Montréal et a siégé au Conseil de l'académie Solomon Schechter, dont il a présidé le Comité de financement et de construction. Il est présentement vice-président des Services communautaires juifs de Montréal.

M. Cummings est président de *Maxwell Cummings and Sons Holdings Ltd.*, une société mobilière et immobilière et est directeur de *Onex Corporation*, d'*Altamira Capital Corporation* et de diverses autres entreprises canadiennes.

La Fondation de l'Hôpital Général Juif veille à la gestion des dons des particuliers et des entreprises investis dans des travaux de recherche, des programmes de formation, l'achat de matériel technique et divers projets non financés par l'État. □

Dr. George Shenouda a été nommé chef du Service d'onco-radiologie. Son objectif premier est d'offrir aux cancéreux des radiothérapies à la fine pointe de la technologie. Il désire de plus maintenir l'approche multidisciplinaire et la collaboration étroite avec les autres services de l'HGJ, promouvoir la recherche fondamentale et les essais cliniques relatifs au traitement des tumeurs et participer à la formation des étudiants en médecine et des résidents tant à l'Hôpital qu'à l'Université McGill.

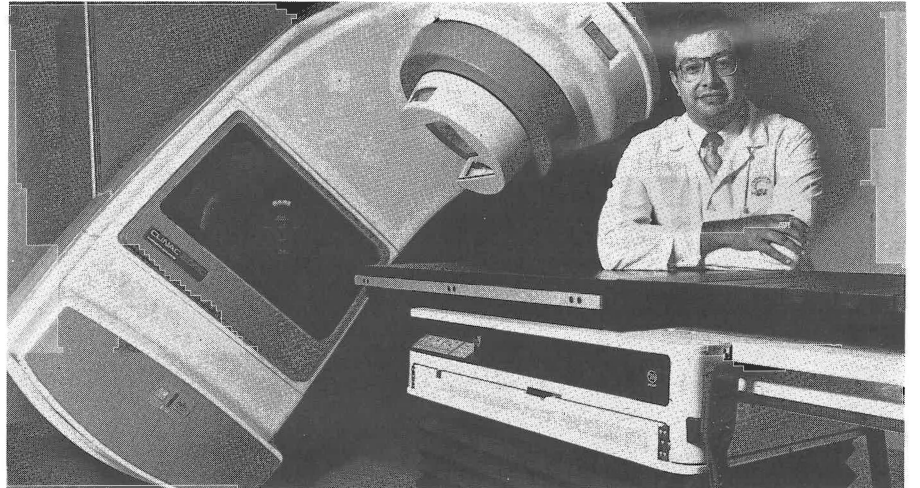
Après avoir reçu une mention spéciale pour ses études de médecine à l'Université Ain Shams du Caire en Égypte en 1977, Dr. Shenouda effectue un internat rotatoire d'un an à l'Hôpital universitaire du Caire.

En 1983, Dr. Shenouda obtient un doctorat en médecine expérimentale sur l'immunologie du cancer à l'Université McGill où il réalise un second internat rotatoire d'un an. Il entreprend ensuite une spécialisation de quatre ans en onco-radiologie ainsi que de travaux de recherche de six mois au Département de pathologie de l'Université McGill. Il est présentement professeur adjoint d'onco-radiologie à l'Université McGill.

Dr. Shenouda détient un permis du Conseil médical du Canada, un certificat d'onco-radiologie de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ainsi que le titre FRCP en onco-radiologie au Canada et aux États-Unis.

Dr. Shenouda est le récipiendaire de nombreux prix, bourses et subventions, dont une bourse du Conseil de recherches médicales pour ses études doctorales, une subvention de deux ans de la Société canadienne du cancer, le Prix de l'Institut de recherche de l'Hôpital Général de Montréal et la Bourse Monat-Fraser-McPherson (1989-1992) de l'Université McGill.

Il succède à Dr. Caroline Freeman qui demeure chef du Département d'onco-radiologie de l'Université McGill. □



Dr. George Shenouda pose ici près d'un des appareils ultramodernes du Centre d'onco-radiologie Shirley et Leo Goldfarb.

Recherche en oncologie

La Fondation Terry Fox a accordé une subvention de trois ans au montant de 750 000 \$ à une équipe d'oncologistes de l'HGJ et de l'Université McGill. Ces fonds seront affectés à un programme de recherche fondamentale sur la génétique des cellules cancéreuses qui viendra appuyer les recherches cliniques en cours.

Dr. Richard Margolese, chef de la Division d'oncologie, a annoncé que les services de quatre scientifiques de réputation mondiale seront retenus pour diriger l'équipe de recherche. « Nos progrès sont si rapides que nous désirons jumeler aux nouveaux traitements les efforts des cytobiologistes qui étudient les problèmes fondamentaux que pose le cancer, explique Dr. Margolese ».

Les chercheurs travailleront en étroite collaboration avec les médecins qui traitent les patients pour répondre à des questions comme : pourquoi telle chimiothérapie est-elle plus efficace qu'une autre ou pourquoi une cellule résiste-t-elle à un médicament destiné à la détruire ? □

Heureuse Roch Hachana !

Que la nouvelle année vous apporte santé et bonheur.

Aurevoir D^r Klein



Lors de la signature de l'entente entre les universités Ben Gurion et McGill, de g. à d. : D^r Michael Klein, D^r Pesach Schwartzman, D^r Joseph Herman et le doyen Shimon Glick en train d'apposer sa signature.

Le Centre de médecine familiale Herzl a récemment donné une fête en l'honneur de D^r Michael Klein qui prend sa retraite après 15 années au poste de chef du Service de médecine familiale.

Son collègue et ami, D^r Michael Dworkind, a vanté l'approche humaine et dynamique ainsi que l'engagement de D^r Klein envers la médecine familiale.

Professeur titulaire à l'Université McGill, D^r Klein a doté le Service de médecine familiale d'une solide réputation qui a débordé du réseau McGill pour se propager jusqu'au Costa Rica et en Israël, où sa vision de la médecine familiale est chaleureusement accueillie.

La plus récente réalisation de D^r Klein est la coordination d'un programme

d'échange entre l'HGJ, l'Université McGill, le Service de médecine familiale et la faculté des sciences de la santé de l'Université Ben Gurion. Au cours d'une visite à Eilat, D^r Klein a dirigé un symposium d'une semaine sur les techniques de formation dans une unité de soins ambulatoires qui a attiré plus de 50 médecins de différentes écoles de médecine israéliennes.

D^r Dworkind a rendu hommage aux qualités exceptionnelles de D^r Klein. « Le dévouement dont Michael faisait preuve à l'égard de ses patients, l'amour qu'il vouait à sa famille et l'attention spéciale qu'il accordait à son personnel se sont toujours appuyés sur la compassion et une soif innée de justice. » □

Opération « pinceau »



De g. à d. : Eunice Linetsky, Frances Isenberg, Michael Levine, Joan Ungar, Marcy Levine, Julie Skelly et Alec Freedman.

Le nouveau Centre d'onco-radiologie Shirley et Leo Goldfarb et le Service d'oncologie se sont récemment transformés en studios d'art pour la réalisation de peintures murales par les bénéficiaires, le personnel et les bénévoles.

John Feight de la *Foundation for Hospital Art* avait conçu pour l'occasion 22 dessins représentant de colorés paysages, papillons et oiseaux. Les bénéficiaires et le personnel ont répondu avec enthousiasme à l'invitation. En ajoutant leur touche personnelle, les apprentis

peintres ont eu le plaisir d'égayer les lieux et de faire de la thérapie par l'art.

Le groupe Chaverot, qui a parrainé le projet, adhère à l'école de pensée de M. Feight qui veut que l'art ait la capacité de guérir, principalement dans les locaux austères d'un hôpital.

Le groupe Chaverot, ou les Amis de L'espoir c'est la vie, a été créé par Frances Isenberg pour recueillir des fonds pour des activités spéciales à l'intention des cancéreux. □

Prix prestigieux

D^r Howard Chertkow de l'Institut Lady Davis de recherches médicales recevait récemment une bourse salariale de cinq ans du Conseil de recherches médicales. Ce prix prestigieux, qui n'a été attribué qu'à 13 médecins canadiens dont 4 du réseau McGill, constitue une première pour l'HGJ. D^r Chertkow, neurologue au Service des sciences neurologiques, est également

affilié à la Division de gériatrie ainsi qu'au centre de recherche du Centre hospitalier Côte-des-Neiges et de l'Hôpital Douglas. Ses recherches portent sur la perte de mémoire liée à la maladie d'Alzheimer et aux autres dommages cérébraux de même que sur la mise au point de meilleurs outils de diagnostic de la démence. □

Hommage à D^r Norman Kalant



L'Institut Lady Davis a récemment organisé un symposium sur le diabète et ses complications pour honorer son directeur, D^r Norman Kalant, à l'occasion de son départ pour la retraite.

Dans son allocution d'ouverture, D^r Ralph Germinario a souligné l'immense contribution de D^r Kalant aux activités de recherche de l'ILD et de l'Hôpital général. D^r Kalant, qui détient une maîtrise de l'Université de Toronto et un doctorat de l'Université McGill, s'est joint à l'HGJ en 1955. Nommé directeur de l'ILD en 1967, il a pendant 23 ans implanté et dirigé un solide programme multidisciplinaire de recherche. « La qualité scientifique était très importante pour lui, de dire D^r Germinario. C'est grâce à son esprit analytique et à sa vision que l'ILD a pris un tel essor. »

M. Archie Deskin, directeur général, a rendu hommage à D^r Kalant et l'a remercié de ses 35 années de services exceptionnels et pour les réalisations de l'ILD des 20 dernières années, dont la création du Centre Bloomfield sur le vieillissement et les travaux de recherche menés dans les

laboratoires de D^s Pinsky et Wainberg. M. Deskin a de plus exprimé sa gratitude à la famille Bloomfield pour son engagement et son dévouement envers l'ILD.

D^r Kalant a ouvert le symposium en décrivant son vieil intérêt pour le diabète ainsi que les principales complications qui l'accompagne. Les conférenciers invités apparaissent sur la photo dans l'ordre habituel :

D^r Charles Hollenberg, directeur du *Banting and Best Diabetes Centre* de l'Université de Toronto; D^r S. Michael Mauer, professeur de pédiatrie de l'Université du Minnesota; D^r Sean Moore, chef du Département de pathologie de l'Université McGill; D^r Urs P. Steinbrecher, professeur adjoint de médecine de l'Université de Colombie-Britannique; et D^r Mladen Vranic, professeur de physiologie et de médecine de l'Université de Toronto.

D^r Hollenberg a clôturé le symposium en reprenant les principaux thèmes abordés et a conclu que la journée résumait l'expertise de D^r Kalant en matière de diabète. □

L'espoir c'est la vie : des projets, des projets...



Lors de sa récente assemblée dans la Salle de conférences de l'HGJ, le Comité consultatif de L'espoir c'est la vie a discuté de programmes propres à multiplier les interventions auprès des cancéreux et de leurs proches.

Assises de g. à d. : Abe Stern, Frances Isenberg, Sheila Kussner, présidente de L'espoir c'est la vie, Marjorie Bronfman et

Helen Knight. Debout de g. à d. : Archie Deskin, directeur général, Eugene Riesman, Huguette Batshaw, Irena Razanas, Jean Remmer, Marvyn Kussner, D^r Richard Margolese, Barbara Knobovitch, Marvin Rosenbloom et Al Regenstreif. Ne figurent pas sur la photo : Marcel Adams et Edouard Shouela. □

Prix Sheldon Zemelman

D^r Michael Tamilia est le récipiendaire de la sixième édition du Prix Sheldon Zemelman créé en l'honneur d'un célèbre résident de l'HGJ. Il s'agit d'une bourse attribuée au résident dont la contribution au Service de médecine et l'attention accordée aux patients sont exceptionnelles. □



Pour un prématuré à risque, chaque jour compte



Pour Rhonda Levy, chaque jour compte. Cette simple règle de vie lui est apparue évidente au cours des mois qui ont suivi la naissance de son cadet. Jason Richard Levy ne pesait que 800 g (1 lb et 2 oz) lorsqu'il est né le 19 novembre 1989 après 26 semaines et 5 jours de gestation. Heureusement pour lui, il est né à l'HGJ où il a immédiatement été confié au centre de soins intensifs (néonatalogie). « Je sais que s'il était né ailleurs, il n'aurait pas survécu, affirme sa mère. »

Jason est demeuré trois mois dans un incubateur, son petit corps branché à des appareils de survie. Ses poumons nettement sous-développés ne lui permettaient pas de respirer par lui-même et ont dû être

aidés par un respirateur pendant sept semaines. Un moniteur de saturation et un moniteur cardiaque ainsi qu'une perfusion centrale le maintenaient en vie et le nourrissaient. De l'aveu de Rhonda, la vie a alors pris des allures de montagne russe. Le stress était énorme, et les nerfs étaient à fleur de peau. Elle avait à peine le temps de manger, puisqu'elle était au chevet de Jason de 10 h 30 à 15 h 30. Elle se sentait coupable de négliger ses jumeaux de quatre ans, Shawn et Evan, et s'inquiétait pour son mari Robert.

Bien que son instinct lui disait que Jason s'en sortirait, Rhonda était très préoccupée. L'enfant était si petit à la naissance qu'elle avait l'impression de

tenir une plume enveloppée dans une couverture.

Ses appréhensions étaient quelque peu temporisées en sachant que Jason était entre de bonnes mains. « La qualité des soins au centre est absolument remarquable, explique Debbie. Seules des personnes spéciales peuvent faire ce travail qui demande non seulement de s'occuper des prématurés mais également des parents. »

Outre une qualité de soins, l'équipe de néonatalogie offre un soutien moral aux parents qu'elle encourage à s'occuper du bébé. Rhonda se rappelle combien, peu importe la gravité de la situation, le personnel s'est toujours comporté comme si ce qui arrivait à Jason était normal et peu inquiétant.

Rhonda est très reconnaissante à Leah et Natalie, les infirmières responsables de Jason. « Elles étaient merveilleuses. Elles m'expliquaient tout et m'ont enseigné comment interpréter les données des moniteurs. Elles m'ont insufflé le sentiment de pouvoir faire quelque chose pour Jason. Elles nous faisaient toujours un compte rendu de l'état de Jason et nous attendait avant de le baigner. J'assistais Leah pendant l'aspiration des sécrétions. Elles me laissaient toucher et prendre Jason. Cela faisait toute la différence. »

Au fur et à mesure que Jason était sevré de la perfusion, les infirmières ont incité Rhonda à lui donner le sein. « Quand vous voyez votre bébé à la merci de toutes ces machines, vous vous sentez impuissante, confie Rhonda. L'allaitement au sein me donnait l'impression que j'aidais mon fils à prendre des forces. »

Rhonda se souvient encore du jour où

elle a franchi le seuil du centre pour transporter Jason dans une unité pour bébés stables. Il avait dix semaines. Peu de temps après son retrait de l'incubateur, il a attrapé la grippe. Il a dû être replacé dans l'incubateur pour l'isoler des autres enfants : un incident de plus dans le périple de trois mois de la famille Levy.

Jason a reçu son congé le 15 février 1990. C'est seulement alors que Rhonda a compris combien l'expérience avait été traumatisante pour elle et son mari et combien elle était reconnaissante à l'équipe de soins d'avoir sauvé la vie de son enfant. Encore aujourd'hui, elle garde des liens étroits avec les mères des autres prématurés du centre.

Rhonda n'a que des éloges pour Debbie Basevitz, infirmière et coordonnatrice de la Clinique de suivi néonatal, qui dirige un groupe de soutien aux parents qui se réunit toutes les semaines. « Debbie nous a beaucoup aidés à verbaliser nos inquiétudes. Elle est tellement dévouée. » Rhonda remercie également Dr Papageorgiou pour son réconfort, Dr Claudette Bardin pour l'excellence de ses soins, l'infirmière-chef Barbara Takoor, l'assistante infirmière-chef Diane Taylor-Cline et, bien entendu, les infirmières responsables de Jason qui, à son avis, ont été ses premières mères. « Les infirmières du centre sont plus que des infirmières. Elles se soucient des bébés comme s'il s'agissait des leurs. Les soins qu'elles prodiguent sont à la fois intensifs et intenses. Ce sont des femmes exceptionnelles. »

Comment est Jason aujourd'hui ? « Il est parfait, répond Rhonda dans un sourire. » □

Une fois les bébés rendus à la maison

Les parents reconnaissants qui quittent l'Unité de soins intensifs (néonatalogie) avec leur bébé, demeurent inquiets quant à la croissance et au développement de l'enfant. C'est là qu'intervient la Clinique de suivi néonatal que dirige la pédiatre Manon Allard.

« Nous sommes le lien entre le centre et l'extérieur, de dire Debbie Basevitz, infirmière et coordonnatrice de la Clinique depuis six ans et demi. »

La Clinique reçoit 800 visites par année d'une clientèle composée de nourrissons à des enfants de neuf ans. « La raison d'être de la Clinique, de poursuivre Debbie Basevitz, est la détection précoce et le traitement de tout problème potentiel. » □

Toutefois, la recherche et les essais constituent également un volet important de la Clinique.

En plus de suivre les progrès des « rejets », l'équipe de soins néonataux apporte le réconfort et le soutien dont les parents ont besoin pendant longtemps après l'arrivée du bébé à la maison. Les réunions semestrielles qu'organise Debbie Basevitz, où elle sert de personne-ressource, permettent aux parents d'échanger des anecdotes, des trucs et de l'information. La Clinique appartient également au groupe de soutien international *Parent Care*. Pour plus de renseignements, communiquer avec Debbie Basevitz au 340-8222, poste 5114. □

Des réalisations dont nous sommes fiers

- La plupart des prématurés nés après une gestation de 23 semaines et 6 jours sont sauvés.
- Le centre a toujours affiché le plus haut taux de survie au Québec pour les bébés de moins de 1 000 g qui ont pu ensuite jouir d'une bonne qualité de vie.
- Le plus petit survivant pesait 1,3 lb à la naissance.
- En 1982, le centre a établi un record mondial avec un taux de mortalité de 2,2 par 1 000 nouveau-nés de plus de 1 000 g.
- Le centre a été l'un des premiers à soumettre à la ventilation artificielle les fragiles bébés de très petits poids pour ainsi obtenir un excellent taux de survie. □

Partie des prématurés



Figurent ici quelques uns des « rejets » du centre de soins intensifs (néonatalogie) qui participaient à une partie très animée donnée en leur honneur. Plus de 500 parents, enfants et bébés se sont réunis dans l'auditorium de l'Hôpital pour souligner les miracles et le succès du centre. « Nous sommes très fiers de voir nos bouts de chou grandir heureux et en santé, a déclaré Dr Papageorgiou. Les prématurés survivent non seulement en plus grand nombre, mais également avec moins d'effets secondaires. Leur qualité de vie ne cesse de s'améliorer. » □

Les Auxiliaires et

l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis

vous invitent cordialement
au

Bal des Pavillons

le dimanche 25 novembre 1990
à l'Hôtel Reine Elizabeth

Renseignements : 340-8216

La rénovation des locaux de néonatalogie : 3 000 000 \$

Les miracles sont monnaie courante au centre de soins intensifs (néonatalogie) de l'HGJ où les nouveau-nés de pas plus de 1,5 lb sont gardés en vie puis remis en santé à leurs parents.

Réputé à l'échelle internationale pour son taux de succès, l'HGJ a été désigné centre de grossesse à risque par le gouvernement du Québec et reçoit à ce titre des cas d'aussi loin que Frobisher Bay.

Mais tout n'est pas rose dans ce monde où les bébés défient la loi des probabilités pour survivre. D^r Apostolos Papageorgiou, pédiatre et néonatalogiste en chef, craint que le centre ne parvienne pas à maintenir ses normes d'excellence à moins que des rénovations ne soient incessamment effectuées.

Un centre engorgé

Conçu pour accueillir 18 bébés, le centre abrite présentement 33 lits et est souvent occupé à pleine capacité. Bien que la superficie standard pour les soins intensifs soit de 120 pi² par berceau, celle-ci est de seulement 60 pi² au centre.

« Cette contrainte extraordinaire entraîne une foule de problèmes, explique D^r Papageorgiou. C'est un véritable branle-bas de combat chaque fois qu'un bébé doit être branché sur des appareils ou nécessite des soins spéciaux. Les incubateurs doivent être déplacés pour rejoindre le bébé en question. De plus, la proximité des appareils provoque des bris et accroît le risque d'accident. »

Les parents sont aussi touchés. Inquiets pour leur enfant, ils veulent naturellement veiller sur lui mais, faute d'espace, doivent quitter la pièce pour la réalisation de simples épreuves de routine. « Incités à demeurer autant que possible auprès de



leur enfant, ils acceptent mal de devoir s'effacer pendant les procédés. »

Un stress élevé

Reconnu pour son dévouement envers ses petits patients, D^r Papageorgiou est également très attaché à son équipe. Dans les meilleurs moments, la vie aux soins intensifs d'un centre de néonatalogie est extrêmement stressante. Si l'on ajoute à cela l'engorgement et la fatigue, le roulement de personnel ne peut que s'intensifier. « Chaque départ d'un membre du personnel infirmier signifie la perte de six mois de service, s'inquiète-t-il. »

D^r Papageorgiou est très fier de son personnel, mais ne croit pas que le centre pourra continuer à attirer des professionnels de haut calibre dans la conjoncture actuelle. « Les résultats obtenus et le fait d'appartenir à un des meilleurs centres

en Amérique du Nord constituent des éléments motivateurs qui compensent pour le reste, mais seulement jusqu'à un certain point. »

Des rénovations nécessaires

Le seul moyen de remédier à la situation est de rénover le centre. Lié au Bloc obstétrique, le centre de néonatalogie doublera sa taille, ce qui aura pour effet de moins pressuriser le personnel, de diminuer les risques d'accident et de rendre les lieux plus sécuritaires pour les bébés. Le personnel infirmier pourra relaxer dans un endroit calme afin de refaire le plein avant de reprendre son poste.

En néonatalogie, les soins intensifs requièrent une attention soutenue. « L'anticipation et la prévention sont cruciales, précise D^r Papageorgiou. Ces bébés sont très délicats et leur petit corps nécessite un suivi de tous les instants. »

Une modernisation essentielle

Les prématurés à risque sont victimes d'une grande variété de complications, principalement de troubles respiratoires. Les appareils les plus modernes sont donc vitaux pour eux. « Grâce aux dons privés, déclare D^r Papageorgiou, nous réussissons à nous maintenir la tête hors de l'eau. » Il avoue toutefois que les appareils s'usent vite et sont rapidement surclassés par la technologie, si bien que la modernisation du matériel demeure un besoin constant. Un simple respirateur coûte 15 000 \$, tandis que le prix d'un moniteur d'oxygénation varie entre 6 000 et 10 000 \$. Comme les très petits bébés sont tous branchés à divers appareils pendant leur séjour de trois mois au centre, le coût peut facilement s'élever à 35 000 et même 50 000 \$ par enfant.

D^r Papageorgiou est convaincu que les travaux de rénovation permettront au centre de conserver son phénoménal taux de réussite. « Nous ne pouvons nous contenter de nous asseoir sur nos lauriers. Nous avons atteint un point de saturation et nous devons prendre de l'expansion. » Tout bien considéré, c'est bien peu pour des miracles ! □

Le Bloc obstétrique pris d'assaut

Peut-on trop réussir ? Le Service de gynéco-obstétrique, dirigé par D^r Morrie Gelfand, illustre comment le succès peut à la fois être une bonne et une mauvaise chose.

En tant que centre de grossesse à risque du Québec, l'HGJ reçoit des cas de partout au Québec, si bien que le Bloc obstétrique en a plein les bras. Hautement réputé, ses services ultraspécialisés sont de plus en plus recherchés. « Nous prévoyons réaliser 4 000 accouchements cette année, dans des locaux prévus pour 3 000. Nous sommes littéralement pris d'assaut par des patientes qui nécessitent des soins primaires, secondaires et tertiaires, déclare D^r Gelfand.

« Bien que nous répondions avec beaucoup de compétence à la demande, notre situation est critique. Pour poursuivre nos activités cliniques de même que nos programmes de formation et de recherche, nous devons prendre de l'expansion. »

Le plan d'agrandissement, qui prévoit la rénovation des locaux actuels et la création de nouveaux, reliera le Bloc obstétrique au centre de soins intensifs (néonatalogie) au coût de 3 000 000 \$.

La rénovation du Bloc obstétrique est d'une urgence criante. Présentement, seulement quatre salles de travail sont munies d'un lit d'accouchement. Huit autres sont nécessaires pour porter à douze le nombre de chambres de maternité. Le plan prévoit également permettre aux bénéficiaires de demeurer dans la même

chambre tout au long de leur séjour à l'hôpital. Ces réaménagements procureront un environnement plus sûr et plus confortable aux mamans et aux bébés. De plus, les proches qui attendent impatiemment l'arrivée d'un nouveau-né devraient disposer d'une salle d'attente agréable.

Dans le cas des accouchements plus difficiles, une section d'obstétrique opératoire s'impose. Deux salles de césariennes doivent être aménagées afin d'éviter d'avoir à transférer les patientes au Bloc opératoire situé sur un autre étage.

Le poste de soins infirmiers, où travaillent 24 personnes à temps complet et 14 à temps partiel, n'est plus du tout fonctionnel. En outre, avec un personnel composé de 20 à 25 obstétriciens, de 8 à 10 médecins de médecine famille et de 6 à 8 résidents ou étudiants en médecine, le Service de gynéco-obstétrique est une véritable fourmilière et nécessite de meilleures installations de travail.

Pour assurer la sécurité et le confort des mamans et de leur bébé, le Service doit disposer du matériel le plus moderne, dont des lits d'accouchement, des moniteurs foetaux, des pese-bébés électroniques et des incubateurs portatifs pour transporter les nourrissons stables de la Salle d'accouchement à la pouponnière.

En bout de ligne, de dire D^r Gelfand, les rénovations permettront au Service de maintenir son excellente réputation en matière d'expertise médicale et de qualité de soins. □

Un substitut à la chimiothérapie



De g. à d. : D^r Karen Gallant (Sandoz), D^r Roger Poisson (Hôpital Saint-Luc), et D^r Michael Pollak.

L'Hôpital annonçait récemment un projet de recherche préliminaire d'une solution de rechange au traitement chimiothérapeutique du cancer du sein.

D^r Michael Pollak, oncologue à l'HGJ et chercheur principal de l'essai, avait soumis l'idée à la société Sandoz en s'appuyant entre autres sur les travaux de laboratoire qu'il avait menés avec Martine Richard, technicienne. L'expérience porte sur l'essai de deux médicaments initialement mis au point par Sandoz pour d'autres affections, mais potentiellement efficaces dans le cas du cancer du sein.

Le premier médicament, Sandostatin, imite l'action d'une hormone naturelle et pourrait réduire le taux d'un facteur de croissance similaire à l'insuline et celui de l'hormone somatotrope, deux agents stimulateurs des cellules cancéreuses du sein. Le second médicament, CV 205-502, inhibe la prolactine, une autre hormone soupçonnée de stimuler les cellules cancéreuses du sein.

« Les statistiques indiquent que le cancer du sein frappe une femme sur douze, affirme D^r Pollak. Le problème est universel. » Contrairement à la chimio-

thérapie, la présente hormonothérapie ne comporte aucun effet secondaire. « Bien que l'essai soit préliminaire, c'est le premier du genre qui tente de répondre à des questions que se posent les scientifiques du monde entier. »

D^r Pollak est d'avis qu'il s'agit d'une offre que l'on ne peut refuser. Si après la période minimale de quatre mois la tumeur a grandi, la patiente aura le loisir de continuer ou non le traitement. Si la taille de la tumeur est inchangée ou moindre, l'hormonothérapie sera poursuivie.

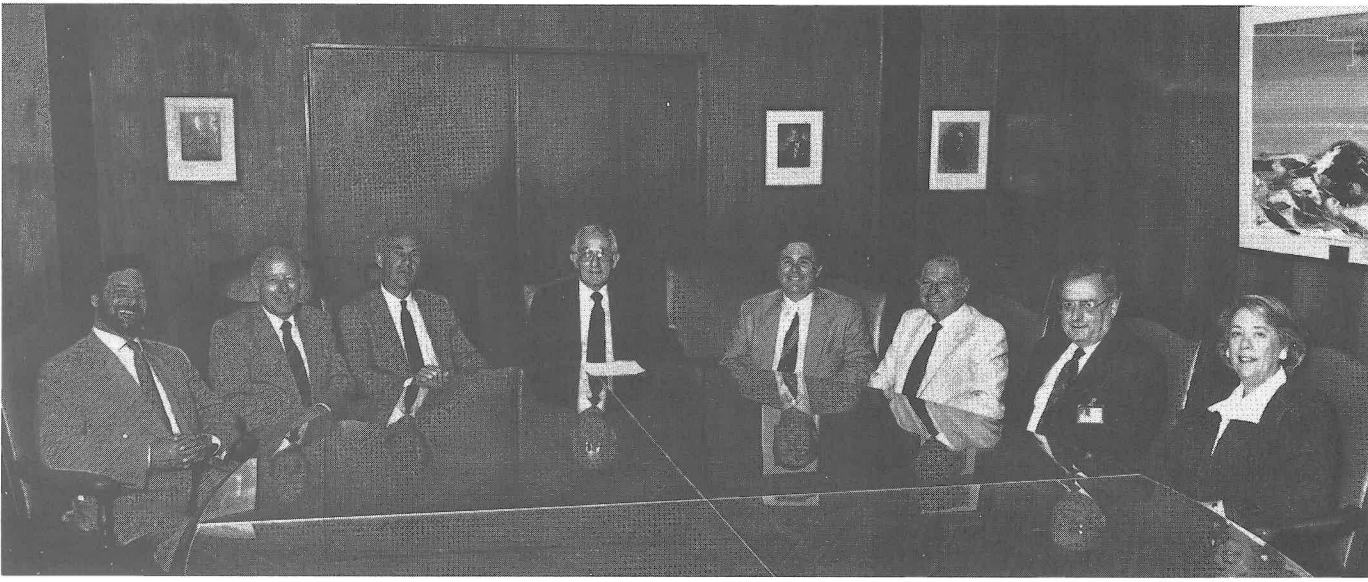
Sandoz a alloué 100 000 \$ pour la réalisation de cet essai clinique dans quatre hôpitaux d'enseignement du réseau McGill (Général Juif, Général de Montréal, Royal Victoria et Sainte-Mary) de même qu'à l'Hôpital Saint-Luc affilié à l'Université de Montréal. L'essai sera coordonné par D^r Brian Leyland-Jones, chef du Département d'oncologie de l'Université McGill.

L'essai, qui prendra fin l'an prochain, est réservé aux patientes qui présentent un cancer métastatique du sein (cancer qui s'est répandu à d'autres parties du corps) et pour qui la chimio- et la radiothérapie ainsi que la chirurgie ne sont plus utiles. □

Projets d'avenir de l'HGJ

Phase II

Suite de la page 1



Les artisans des activités de cueillette de fonds :
(de g. à d.) Steven Cummings, vice-président ; Morton Brownstein, président de la Campagne de développement ; Stephen Vineberg, vice-président ; Leonard Ellen, président ; Brahm Gelfand, vice-président ; Leo Goldfarb, ex-président ; Al Regenstreif, directeur de la fondation ; et Betty Rozovsky, directrice des relations publiques.
N'apparaissent pas ici : Herbert Sibli, ex-président et Archie Deskin, directeur général.

L'HGJ se prépare pour demain. Un plan à long terme a été élaboré afin de conserver intacte sa réputation de centre de pointe. En raison de la technisation de la santé, il se doit de rajeunir ses installations afin de demeurer au faîte du progrès et de continuer à offrir les meilleurs traitements possibles. L'objectif consiste à promouvoir des soins personnalisés tout en offrant aux patients un confort et des services ultramodernes.

Laboratoires

La Banque de sang de même que les laboratoires de microbiologie, de biochimie et d'hématologie effectuent des analyses diagnostiques pour les patients hospitalisés et externes. Ils jouent de ce fait un rôle de premier plan quant à la prestation de soins à l'HGJ.

La croissance rapide dans ce domaine a créé un urgent besoin de réaménagement et d'agrandissement des installations actuelles au coût de 200 000 \$. En outre, la pénurie de pièces détachées spécifiques a forcé les laboratoires à confier certaines analyses à l'extérieur. Le projet d'agrandissement propose donc la modernisation du matériel.

Médecine nucléaire

La médecine nucléaire utilise des matériaux radio-actifs pour identifier et localiser des problèmes organiques (hépatiques, thyroïdiens, etc.). Le domaine a pris un essor considérable avec la mise au point de nouvelles caméras qui procurent des données plus précises.

Bien qu'il s'agisse là d'un pas en avant, celui-ci a suscité une demande telle que le Service est débordé. Le personnel et les patients sont à l'étroit pour les examens et il manque d'espace pour les cabinets de médecin. Pour corriger la situation, des travaux de rénovation au coût de 190 000 \$ doivent être entrepris.

Les locaux du Service seront agrandis à même la superficie libérée par les services déménagés dans les nouveaux pavillons.

Urgence

Malgré qu'il accueille le plus grand nombre de patients en civière à Montréal, le Service de l'urgence de l'HGJ persiste à répondre à la demande grandissante.

On ne chôme jamais à l'urgence. Les bénéficiaires y sont traités par un per-

sonnel médical spécialement formé pour faire face à toutes les situations, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Toutefois, le grave problème d'engorgement ne peut être contré que si 1 500 000 \$ sont investis dans des travaux de rénovation. Le projet d'expansion prévoit deux fois plus de chambrettes pour les malades et de lits de réanimation ainsi que des chambrettes additionnelles à la Salle d'observation. De plus, la Salle de triage sera agrandie et une plus grande superficie sera consacrée à la recherche et à la formation.

Unité de soins coronariens (USC)

Voir page 7.

Centre de soins intensifs (néonatalogie)

Voir page 5. □

d'interdépendance puisqu'elle est tributaire de la générosité collective.

La réputation d'excellence que les divers services de l'HGJ ont chèrement acquise a intensifié la demande de soins ultraspecialisés. Au cours de la dernière décennie, le nombre de consultations et de traitements s'est considérablement accru. En 1979-1980, le Service de l'urgence a accueilli 47 232 cas, comparativement à 54 041 en 1989-1990. Pendant la même période, le nombre d'épreuves réalisées au Service de radiologie est passé de 84 332 à 97 254.

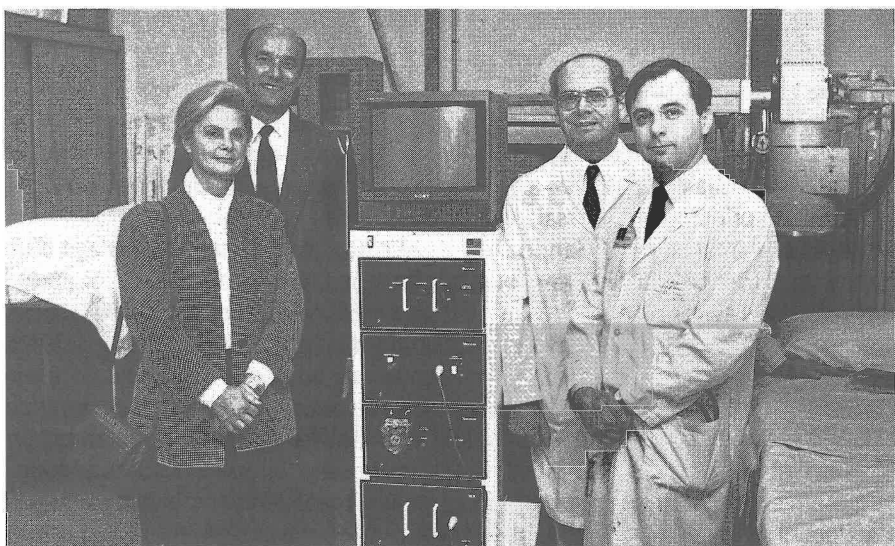
De fait, de graves problèmes menacent la qualité des soins offerts à l'HGJ, dont le manque d'espace, l'engorgement des unités et la vétusté des appareils.

La rénovation du Service de l'urgence (1 500 000 \$), du centre des soins coronariens (1 000 000 \$), de l'Unité de soins intensifs (néonatalogie) et du Bloc obstétrique (3 000 000 \$), des laboratoires (200 000 \$) et du Service de médecine nucléaire (190 000 \$) est particulièrement cruciale. Ceux-ci se sont illustrés pour leur expertise, leurs travaux de recherche et leurs programmes de formation.

La science et la technologie progressent à vive allure, si bien que les procédés et traitements évoluent constamment. Sans des installations et des outils ultramodernes, l'HGJ risque de perdre son statut de chef de file.

Pour réaliser les rénovations nécessaires, rajeunir le matériel et établir des bourses, 20 000 000 \$ doivent être réunis. Bien qu'élevée, cette somme permettra d'humaniser l'Hôpital et de raffermir sa position afin de répondre aux nouveaux et grandissants besoins de la communauté. □

Don d'un angioscope



De g. à d. : M. et Mme Len Kantor, Dr John McCans, chef de la Division de cardiologie, et Dr Leonidas Dragatakis, chef du Laboratoire de cathétérisme cardiaque.

M. et Mme Len Kantor ont récemment offert un angioscope à la Division de cardiologie. Cet outil de recherche et de diagnostic ultramoderne fait appel aux fibres optiques pour directement photographier l'intérieur des artères coronaires. Un cathéter est acheminé au

coeur par une artère. L'image produite sur un écran permet au cardiologue de déterminer l'existence et la nature d'une anomalie. L'HGJ est le seul au Canada à posséder un tel appareil. L'angioscopie viendra compléter l'angiographie. □

Fascinante angioplastie...

Malgré un horaire chargé, Len Kantor, un homme d'affaires accompli, fait du jogging, joue au golf et nage de 30 à 50 longueurs par jour. Aussi, est-ce avec beaucoup d'étonnement qu'il apprend, lors d'une épreuve d'effort de routine que ses artères coronaires sont obstruées. « Dire que c'était une surprise est un euphémisme, confie-t-il. » Mais en y repensant bien, il admet avoir eu quelques avertissements. « Pendant les exercices d'échauffement, je sentais une légère douleur dans la poitrine, mais celle-ci disparaissait après cinq secondes. Je ne me suis jamais douté qu'il pouvait y avoir un problème. »

Afin de déterminer la nature de même que l'emplacement exact de l'obstruction, Dr R. Schlesinger effectue une coronarographie pour obtenir une image détaillée du coeur. Un cathéter est inséré dans un vaisseau sanguin de l'aîne et poussé jusqu'au coeur. Un produit de contraste est ensuite injecté dans le cathéter afin de reproduire le coeur dans son intégralité sur un écran. Le cardiologue peut alors repérer les vaisseaux endommagés, mesurer l'ampleur de l'obstruction et décider de procéder à un traitement médical, un pontage ou une angioplastie. Dans le cas de Len Kantor, le choix s'arrête sur l'angioplastie.

Comme pour la coronarographie, un

cathéter est acheminé par l'aîne jusqu'au coeur. Cette fois toutefois, un ballonnet est attaché à son extrémité et gonflé au point d'obstruction pour dégager les artères. « Je n'ai pas hésité une seconde, raconte Len Kantor, d'autant plus que j'avais pleine confiance en Dr John McCans et Leonidas Dragatakis ainsi que l'équipe de soins. »

En janvier 1988, trois semaines après l'annonce fatidique, Dr Dragatakis réalise l'angioplastie sous anesthésie locale. Len Kantor peut même suivre une partie du procédé sur un écran. En moins d'une heure, tout est terminé. Comme une récurrence se produit dans 30 p. 100 des cas, Len Kantor se soumet à une seconde coronarographie un an plus tard. Celle-ci confirme ce qu'il pensait déjà. « Je ne sentais plus de douleurs à la poitrine. L'obstruction avait disparu et j'étais en parfaite santé. »

Len Kantor n'a pas eu à changer son mode de vie ni à réduire ses activités. Il se considère chanceux d'avoir pu profiter de ce procédé moderne qui comporte peu de risques comparativement au pontage. « J'ai quitté le bureau à 16 h un après-midi pour me rendre à l'hôpital et j'étais de retour à 10 h le surlendemain. Mon coeur a été remis à neuf sans que j'ai à m'absenter plus de 36 heures. C'est fascinant... » □

L'Unité de soins coronariens doit être agrandie ...au coût de 1 000 000 \$



Les maladies du cœur constituent toujours la principale cause de décès au Canada, réalité que l'HGJ prend très au sérieux. Si sérieusement en fait que des travaux de rénovation, au coût de 1 000 000 \$, sont prévus afin que l'Unité de soins coronariens réponde plus efficacement aux besoins de sa clientèle.

« Un arrêt cardiaque peut survenir sans prévenir et un état stable peut subitement devenir critique, explique D^r John McCans, chef de la Division de cardiologie. Le personnel d'une unité de soins coronariens intensifs doit donc exercer une surveillance serrée. Tous les signes vitaux, de la tension artérielle au rythme cardiaque, doivent être constamment suivis, tandis que le patient doit toujours demeurer à la vue du personnel infirmier. »

Une entrave à la continuité des soins

En raison de l'état du patient, il importe que la continuité des soins, principalement infirmiers, soit assurée. Or, celle-ci est interrompue par l'actuelle organisation physique des lieux, où les huit lits de soins

du personnel ainsi engendrée nuit à la continuité des soins infirmiers.

Une de ses fonctions ainsi entravée, l'Unité perd de son efficacité. D^r McCans prévoit que les rénovations permettront de réunir les deux sections, de centraliser les postes infirmiers et d'aménager un cabinet pour un cardiologue en chef à temps complet. Très heureux de ces changements, il est d'avis qu'ils donneront lieu à une meilleure coordination des soins, à une plus grande satisfaction professionnelle et à une intensification des activités de recherche.

Une unité engorgée

Le plan d'agrandissement comprend, entre autres, la création d'une salle de soins spécialisés où des examens radiologiques pourront être réalisés. Présentement, les conditions de travail sont très difficiles. Le manque d'espace est flagrant. Les chambrettes sont à la fois exiguës et contiguës, ce qui prive les patients de l'intimité à laquelle ils ont droit.

Les dévoués membres de l'équipe de soins coronariens se soucient autant du bien-être des patients que de l'état de leur

cœur. L'absence de fenêtres les démoralise. Ils perdent la notion du temps et sont incapables de distinguer le jour de la nuit. Les personnes âgées sont particulièrement sensibles à cet état de choses puisqu'un environnement étranger peut les désorienter et les rendre agitées, autant de sources de stress pour le cœur.

De l'éducation populaire

Malgré tout, les patients de l'Unité reçoivent d'excellents soins. L'emphasis est principalement mise sur l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications possibles. Le personnel

infirmier renseigne les patients quant aux facteurs de risque liés au mode de vie (alimentation, poids, tabagisme...) et les aide à composer avec les peurs très réelles et compréhensibles qui les assaillent.

« L'être humain se croit invincible, confie D^r McCans. Quand une crise cardiaque survient, il devient subitement très réceptif. C'est le moment privilégié pour l'amener à prêter attention à ce qu'il avait jusque-là négligé. »

La Division de cardiologie poursuit ses activités de formation et de recherche. Elle accueille des cas de l'extérieur pour des examens coronariens non sanglants (comme l'échocardiographie) ainsi que des angiographies et des angioplasties (procédés sanglants d'une heure environ qui ne nécessitent qu'une hospitalisation de deux jours et ne comportent qu'un faible risque).

Des besoins urgents

Sous la direction de D^r McCans, les soins dispensés à la Division de cardiologie se sont nettement améliorés. « Lentement mais sûrement, affirme-t-il, nous devenons un véritable centre de soins spécialisés et de formation. Nous avons raffiné nos techniques, accru la formation de notre personnel et poursuivi des travaux de recherche. Nous sommes mieux préparés à servir la communauté. »

Toutefois, cette poursuite de l'excellence est désormais tributaire des rénovations à venir. De toute évidence, les premiers bénéficiaires de ces améliorations seront les patients. □

L'USC, un gage de sécurité

Lester Lazarus est affirmatif. L'expertise médicale déployée à l'Unité de soins coronariens (USC) de même que la qualité des soins qui y sont prodigués constituent un véritable gage de sécurité.

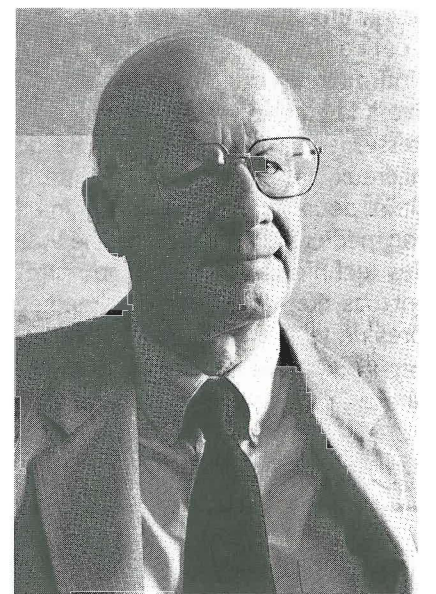
En août dernier, M. Lazarus, est amené au Service de l'urgence de l'HGJ pour douleurs aiguës à la poitrine. « Le calibre des personnes qui se sont occupées de moi est incroyable, dit-il. »

Le lendemain matin, il est transféré à l'USC et confié au cardiologue Paul Latour. Comme l'Unité est remplie à pleine capacité, M. Lazarus doit séjourner dans le corridor. Cet inconvénient, qui en aurait choqué plusieurs, ne l'incommode pas. « Les médecins et le personnel infirmier étaient fantastiques. Ils étaient très attentifs et veillaient à ce que tout le nécessaire soit fait, raconte-t-il. »

Les premiers jours, une gamme complète d'exams est réalisée afin de déterminer la source des douleurs thoraciques. Le diagnostic est bientôt posé : crise cardiaque. D^r Leonidas Dragatakis effectue une angiographie afin d'évaluer l'étendue des dégâts. Aucun doute possible, M. Lazarus est un bon candidat pour l'angioplastie, un procédé non chirurgical qui évite le pontage.

La veille de l'intervention, un anesthesiste explique en détail le procédé à M. Lazarus. « Il m'a fait part des avantages ainsi que des risques en cause et s'est fait très rassurant. »

M. Lazarus précise que le personnel de l'USC manifeste son souci du bien-être du patient dans les moindres petits gestes. « La sincérité des gens m'a beaucoup impressionné. Je n'ai même pas eu à



demandé un simple oreiller. Ils pensaient à tout. »

M. Lazarus a été agréablement surpris d'apprendre que ce souci pour le bien-être du patient débordait du séjour à l'hôpital. Un mois après avoir reçu son congé, il est invité à participer au Programme de réadaptation cardiaque. « C'est un excellent programme. On vous enseigne comment composer avec votre entourage et on vous donne le sentiment que l'on s'intéresse toujours à vos progrès. »

Avant son séjour de 11 jours à l'USC, M. Lazarus avait entendu une multitude d'histoires d'horreur sur les hôpitaux. Son expérience a été plus positive : « Si vous êtes malade, conclue-t-il, l'USC est l'endroit où aller. » □

NOUS COMPTONS SUR VOS DONNS
WE DEPEND ON YOUR GIFTS

om grâce à ion !

n toute personnelle de se
suite des programmes de
l'Hôpital. L'argent versé
s les intérêts sont utilisés
onnés. En outre, ce genre
fier ses programmes de

ateurs peuvent désigner
surés que celui-ci recevra

on lie à jamais le nom du
al.

in projet permanent de
e. Pour leur part, les dons
spectivement l'achat de
ine conférence annuelle.
uniquer avec le Directeur
-8251.

Le programme NUCARE



Les résultats du programme NUCARE présentés lors d'une conférence.
De g. à d. : Barbara Knobovitch, L'Espoir c'est la vie, D^{re} Vivian Zicherman, Stephen Caplan, Lynna Lesko et Richard Margolese, Lucy Tardif, infirmière, Linda Edgar, D^r Zeev Rosberger, Huguette Batshaw, Service social.

Bien que l'on parvienne dans plus de la moitié des cas à vaincre le cancer, celui-ci de même que son traitement engendrent énormément de stress et d'anxiété. Or, les professionnels de la santé mesurent de plus en plus l'impact du psychisme sur la qualité de vie.

Ce qui est vrai pour les gens en général l'est également pour les cancéreux ont constaté Linda Edgar, directrice de la recherche en soins infirmiers, D^r Zeev Rosberger, psychologue de l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale, et leur équipe de recherche.

Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention psychosociale infirmière, une étude de quatre ans, intitulée « NUCARE : les effets d'une intervention psychosociale infirmière auprès des cancéreux », a été menée grâce à une subvention de 170 000 \$ de Santé et Bien-être social Canada. Les résultats de la recherche faisaient récemment l'objet d'une conférence à l'HGJ.

Le programme NUCARE a été conçu pour aider les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer. Dans le cadre de son travail en tant qu'infirmière en oncologie, Linda Edgar arrive à la conclusion que la colère, la tristesse, la dépression et l'anxiété des cancéreux proviennent de la perte de maîtrise de soi. La revue de la documentation médicale indique que les séances et les techniques de gestion du stress n'ont pas été vraiment expérimentées auprès de tels patients. M^{me} Edgar entreprend donc de déterminer si le personnel infirmier, vu le temps qu'il passe avec eux, peut aider les cancéreux à recouvrer la maîtrise de soi.

Les 205 participants du programme, axé sur le soutien psychosocial et la gestion du stress, sont divisés en deux groupes : l'intervention débute dès l'annonce du diagnostic dans le premier cas et quatre mois plus tard dans le second.

L'intervention consiste en cinq séances individuelles d'une heure réparties sur quatre mois (techniques de relaxation, stratégies comportementales, gestion par objectifs et solution de problèmes). Les patients sont invités à poser des questions quant à la maladie, au traitement et à ce que l'avenir leur réserve. Ils rencontrent des personnes-ressources et sont informés des services que le réseau de santé met à leur disposition.

Le programme s'est avéré utile pour tous les participants. « Nous leur avons appris, explique M^{me} Edgar, que peu importe l'évolution du cancer, ils demeurent maîtres de ce qui les entoure. »

Fait des plus intéressants, le meilleur temps d'intervention se situe quatre mois après le diagnostic. « Peut-être, avance D^r Rosberger, en raison de la pression insoutenable que l'annonce du diagnostic exerce. Après quelques mois, le stress est moindre, et le sujet plus apte à apprendre et assimiler de nouvelles notions. »

Tant pendant qu'après l'étude, M^{me} Edgar a reçu de nombreux témoignages positifs qui soulignent la pertinence d'intégrer l'intervention psychosociale aux traitements oncologiques. □

De génération en génération



Deuxième rangée, de g. à d. : les animatrices Carol Epstein et Vilma Reiser, la coordonnatrice du service social Tanya Nemiroff, l'infirmière-chef du 5 Ouest Louise Cossette et l'infirmière Jackie Hall.
Première rangée, de g. à d. : Rose Kuzmich et Rose Broudo.

Le groupe d'activités de la Division de gériatrie est fier de son programme de travaux manuels. L'idée est née du besoin de couvertures pour les nouveau-nés qui quittent le Service de gynécobstétrique. Heureux de répondre à l'appel, les membres du groupe, dont

plusieurs n'avaient jamais manié les aiguilles, ont tricoté des carrés multicolores destinés à être assemblés. Ce projet original, un des nombreux du groupe, donne aux personnes âgées la satisfaction d'aider les autres. □

Une innovation : l'Unité de médecine neurofamiliale

Chef de l'Unité de médecine neurofamiliale, médecin de famille, membre du personnel médical du Service de l'urgence où il travaille de deux à trois jours par semaine, D^r Stephen Rosenthal trouve le temps de mener une fois par mois une clinique de jeunes dans une école secondaire de Lasalle. « Cette approche multidimensionnelle me permet de jouer du meilleur de tous les mondes, de dire D^r Rosenthal. Je veux être un médecin de famille équilibré, mais je m'intéresse aussi aux soins ambulatoires. La diversité me plaît. »

Il apprécie également le défi que représente l'Unité de médecine neurofamiliale. Ce projet, qu'il a aidé à piloter depuis juillet 1989, institue une pratique conjointe de la médecine familiale et de la neurologie, où les soins primaires sont d'abord confiés aux médecins de famille plutôt qu'aux neurologues et aux résidents déjà débordés. L'équipe se compose de

cinq à huit médecins de famille qui veillent à l'admission et au traitement des patients en neurologie.

En outre, les médecins peuvent offrir des consultations à distance puisque le personnel infirmier participe davantage à l'évaluation du patient. « L'idée a soulevé l'enthousiasme du personnel infirmier. Il s'agit vraiment d'une réalisation d'équipe », précise D^r Rosenthal en soulignant la contribution des neurologues, des médecins de famille ainsi que de D^{rs} Paul Heilpern et Harold Frank.

D^r Rosenthal collabore aux programmes de résidence, de recherche et de formation du personnel infirmier. Il a choisi l'HGJ pour sa force en matière de médecine de l'adolescence et des urgences. Le succès que remporte l'Unité de médecine neurofamiliale le réjouit. « C'est une première dans le réseau McGill qui pourrait servir de modèle pour les autres hôpitaux d'enseignement. » □

Centre Weissman... Suite de la page 1

En fait, 65 p. 100 des bénéficiaires de soins intensifs retournent vivre dans la communauté. Cet impressionnant taux de réadaptation est attribuable à l'équipe multidisciplinaire qui évalue les patients. L'équipe est composée de médecins, d'infirmier(ère)s, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux ainsi que de thérapeutes par l'art, la musique et le jeu.

Les 65 lits de l'Unité de soins prolongés sont occupés par des personnes qui attendent leur admission dans une maison d'accueil. « Bien que ces patients nécessitent des soins prolongés, nous

travaillons quand même à leur réadaptation de sorte que 10 p. 100 retournent dans leur foyer. Quant aux autres, ils bénéficient de soins attentifs et personnalisés. Nous nous efforçons de maintenir les gens à leur plus fort potentiel et de leur assurer les meilleurs soins médicaux et infirmiers de même que la meilleure qualité de vie possibles, explique D^r Bergman. »

La Division de gériatrie, qui offre des services judicieusement bien intégrés aux bénéficiaires externes, à la communauté en général et aux patients hospitalisés, participe à d'importants travaux de recherche (maladie d'Alzheimer et autres) et est en voie de créer une clinique des troubles de la mémoire. □



Le Service d'écoute de la Communauté juive

343-4343

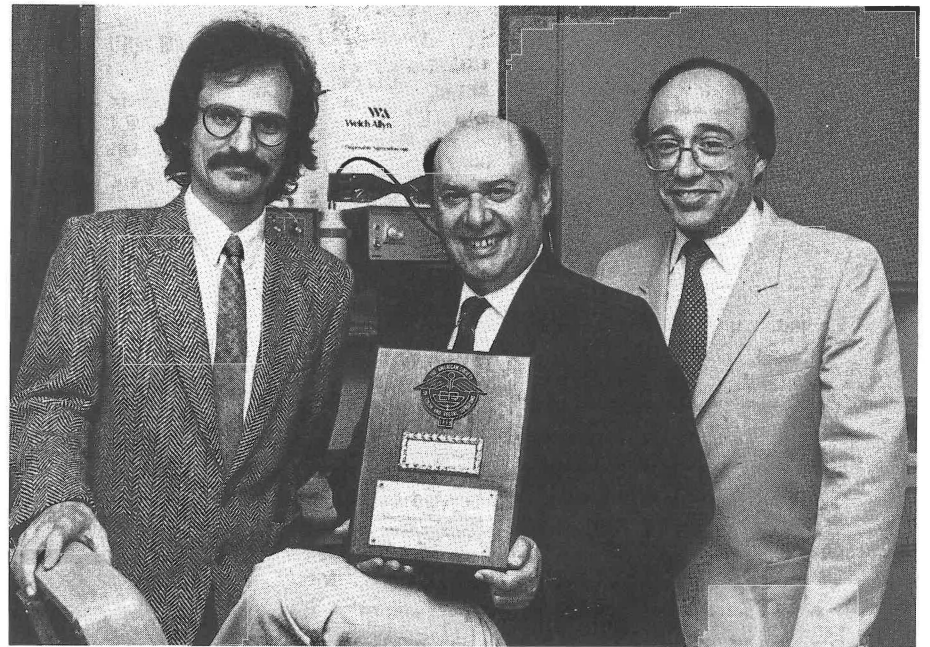
Un service téléphonique anonyme et confidentiel

Un nouvel hémodialyseur



Au cours de la visite des nouveaux pavillons, Jan Barrow (g.), infirmière-chef de l'Unité d'hémodialyse, montre à M. et M^{me} Myer Pollack l'hémodialyseur Cobe Centry 3 qui offre le traitement le plus moderne possible. L'Hôpital a un urgent besoin de sept autres appareils du genre au coût unitaire de 30 000 \$.

Prix du mérite scientifique



Posent ici fièrement les récipiendaires du prix du mérite scientifique de la Pennsylvania Society of Colo-rectal Surgeons pour leur papier intitulé « The Nuclear Shape as a Prognostic discriminant in Colo-rectal Cancer » : D^r Benjamin Mitmaker, chirurgie, D^r Louis Bégin (g.), pathologie, et D^r Phil Gordon (d.), chef de la Division de chirurgie colorectale. □

Modernisation de l'équipement

Outre les coûts de construction, l'HGJ est également confronté à d'incessants frais de remplacement et de modernisation de l'équipement. Ces appareils sont essentiels au traitement des patients et au fonctionnement de l'Hôpital. Certains d'entre eux accusent déjà un âge certain. Or, l'Hôpital doit se tenir au fait de la technologie afin d'offrir les meilleurs soins possibles.

Les appareils énumérés ci-après doivent être modernisés ou achetés. La liste se limite au matériel médical et ne comprend pas celui des bureaux (ordinateurs, imprimantes et dactylos), non plus que celui des services non médicaux (buanderie, alimentation, etc.). La liste serait interminable... Pour faire un don, communiquer avec le Service des dons et legs (340-8251) où l'on vous indiquera comment lier à jamais votre nom à celui de l'Hôpital.

Nombre	Appareil	Coût unitaire	1	Moniteur musculaire	30 000 \$	10	Ventilateurs de salle d'anesthésie	7 500 \$
1	Appareil d'imagerie par résonance magnétique Un outil diagnostique extrêmement précis qui utilise les ondes radio pour fournir une image très détaillée d'affections comme les tumeurs cérébrales, les cancers et la sclérose en plaques. Montréal ne compte que deux appareils du genre pour lesquels il existe une liste d'attente d'un an.	2 500 000 \$	1	Injecteur électronique Utilisé au Laboratoire de cathétérisation.	30 000 \$	4	Matériel de physiothérapie Appareils d'ultrasonothérapie	5 000 \$
1	Appareils de radiologie spéciaux Nécessaire à radiodiagnostic.	980 000 \$	1	Appareil à échographie Pour observer le fœtus, évaluer les complications, etc.	30 000 \$		Table de traitement	6 000 \$
1	Bras coudé d'angioplastie Utilisé pour les angiocardiographies.	725 000 \$	7	Appareils d'anesthésie	26 000 \$		Bicyclette ergonomique	900 \$
2	Amplificateurs de brillance L'utilisation répétée des vieux appareils engendre de nombreuses réparations et, conséquemment, de longues périodes d'attente pour les patients.	483 820 \$	7	Hémodialyseurs Pour les victimes d'insuffisance rénale.	25 000 \$	9	Moniteurs cardiaques Pour l'Unité de soins intensifs (néonatalogie).	4 200 \$
	Matériel opératoire	414 500 \$	4	Ventilateurs volumétriques Bird 6440 -T Pour aider les patients en inhalothérapie à respirer par eux-mêmes.	17 500 \$		Urgence	
	Matériel d'accouchement	318 000 \$		Pneumologie et gastroentérologie	15 000 \$	6	Capnomètre Pour éviter les accidents d'extubation des patients en réanimation.	7 500 \$
1	Scintigraphe Pour l'exploration des poumons, du cerveau et du cœur.	200 000 \$	4	Nettoyeurs automatiques de fibroscopes.		2	Moniteurs de pression artérielle et oxymètres Pour suivre l'état des patients en réanimation.	6 000 \$
	Matériel d'ophtalmologie Pour les examens de la vue et les traitements ophtalmologiques.	86 455 \$	8	Fibroscopes	12 500 \$	3	Fauteuils d'ORL Pour les procédés de petite chirurgie en oto-rhino-laryngologie.	4 000 \$
2	Appareils d'anesthésie Pour la nouvelle salle de petite chirurgie.	60 000 \$	1	Incubateur de soins intensifs	14 000 \$	10	Stimulateurs cardiaques Pour usage externe avant l'implantation définitive.	3 000 \$
1	Appareil à électroencéphalographie Pour la mesure des ondes du cerveau.	60 000 \$	6	Moniteurs fœtaux Pour évaluer l'état des nouveau-nés.	16 000 \$		Microscopes	3 000 \$ 8 000 \$
2	Appareils de radiologie mobiles Pour le Bloc opératoire et le Service de l'urgence : les nouveaux modèles sont plus légers et manoeuvrables.	50 000 \$	3	Incubateurs portatifs Pour la stabilisation de l'état des nouveau-nés et leur transport de la salle d'accouchement à la pouponnière.	14 000 \$	12	Pèse-bébés Pour mesure le poids des bébés.	2 000 \$
			8	Radiologie Appareil de visionnement.	12 000 \$	9	Perfuseurs Pour l'administration d'intraveineuses et de perfusions médicamenteuses.	3 000 \$
			2	Moniteurs physiologiques Pour la mesure des signes vitaux au Bloc opératoire.	12 000 \$	2	Écouteurs fœtaux Pour écouter le rythme cardiaque du fœtus.	450 \$
			8	Lits d'accouchement	15 000 \$			