

LE DEVOIR

Santé

RÉSEAU

VIEILLIR À DOMICILE

Un colloque des Entretiens Jacques-Cartier porte sur la médecine sociale

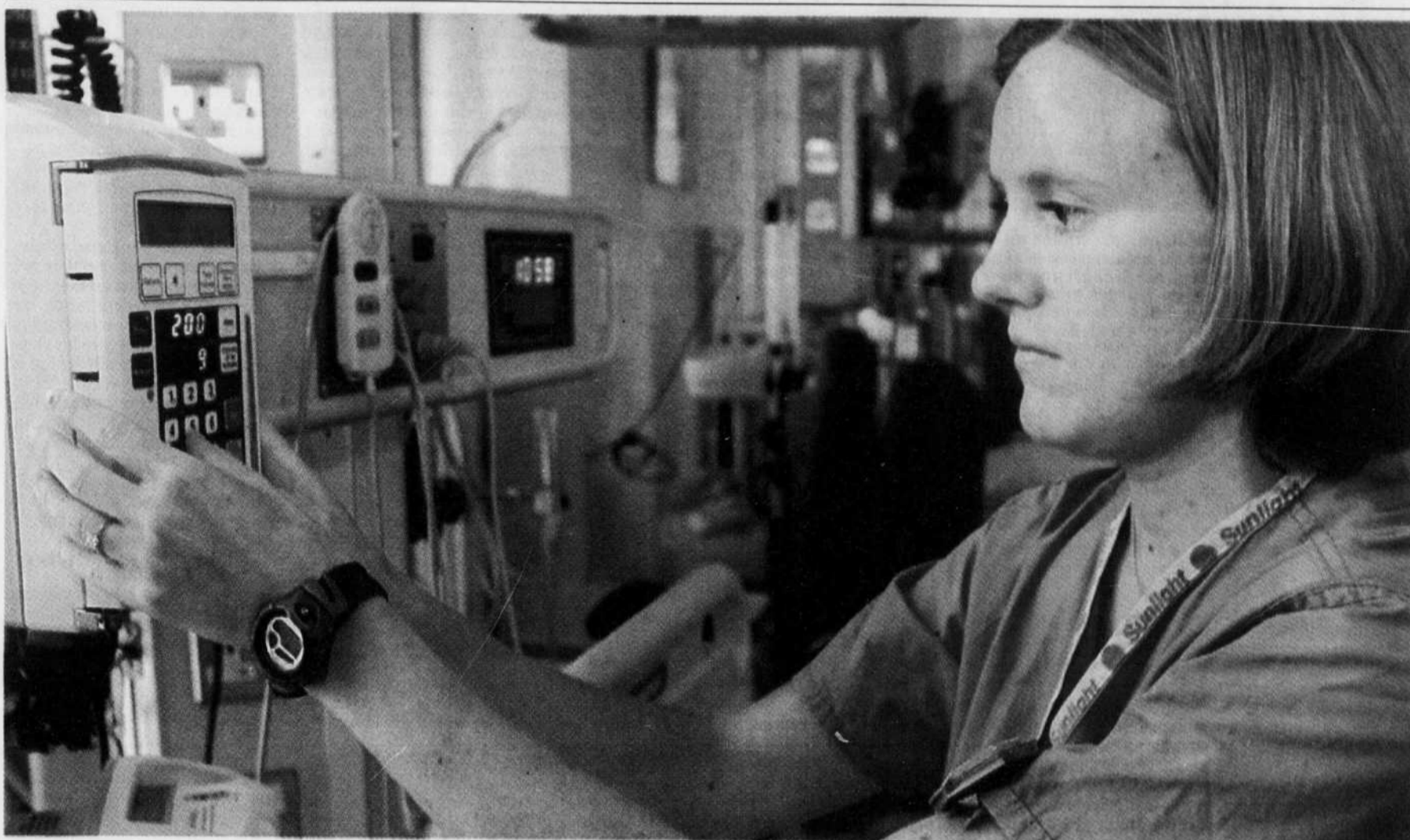
Page 4



MALADIES CARDIOVASCULAIRES

«Près de 80 % des patients de plus de 70 ans qui souffrent d'insuffisance cardiaque ont fait de l'hypertension par le passé»

Page 5



FERRAN PARADES REUTERS

Le Québec de la santé sait où il s'en va: le ministre Couillard connaît maintenant sa marge de manœuvre

Tout est clair!

Le premier ministre québécois est revenu d'Ottawa. Son ministre de la Santé est aussi de retour. Les ministres fédéraux issus du Québec se réjouissent. Les fédéralistes proclament «mission accomplie!» et un ancien ministre provincial a eu des éloges pour souligner le travail réalisé par la délégation québécoise, qui a su obtenir des fonds supplémentaires tout en empêchant un empiètement plus grand d'Ottawa dans un champ de compétence constitutionnellement provincial.

La dernière entente fédérale-provinciale sur la santé est une première à plus d'un titre. Il est permis maintenant de parler d'«asymétrie» sur la colline parlementaire, ce qui constitue politiquement la reconnaissance d'un statut particulier pour le Québec, et ce, sans que l'opprobre ne soit jeté sur qui utilise un tel vocabulaire. Il a été aussi possible pour Québec d'obtenir un transfert de fonds sans que l'obtention de ces nouvelles sommes ne soit liée à la mise en place d'un programme imposé. Et, mieux encore, Jean Charest a annoncé que les nouveaux millions seraient redistribués en fonction des objectifs poursuivis par son gouvernement, ce qui signifiait qu'il n'y aurait pas de nouveaux déboursés pour le secteur de la santé.

Les autonomistes québécois ne peuvent que se réjouir d'une telle déclaration d'indépendance. S'il en est pour se plaindre, ils ne se trouve-

ront que sur le terrain, là où on constate les faiblesses d'un réseau qui est toujours en manque de ressources.

Qu'à cela ne tienne. Le Québec de la santé sait où il s'en va: le ministre Couillard connaît maintenant sa marge de manœuvre, et il lui est impossible de remettre à plus tard toute décision sous prétexte qu'il faudrait d'abord négocier pour connaître les budgets enfin disponibles.

S'il s'en trouve pour signaler que Québec a finalement reçu peu, ils sont de l'«opposition», dans le camp syndical. «*Quand on regarde ce qui s'est passé depuis 1994-95, dira ainsi Claudette Carbonneau, présidente de la Confédération des syndicats nationaux — la CSN —, on est obligé de constater que, s'il n'y avait pas eu les coupures dans les paiements de transfert du fédéral, à ce jour même, il y aurait 2,3 milliards de dollars de plus dans le budget du Québec. Tout cela rend bien relatifs les 700 millions de dollars annuels de redressement. La route sera longue.*»

Eh oui, la route sera longue, et son parcours empruntera de nouvelles voies. Si on parle de médecine de «première ligne», d'une politique de prévention, de mesures sociales, on doit s'y faire: si cela est prioritaire, ce sera pour une autre fois, peut-être. Celui qui a toujours en tête les centres hospitaliers universitaires de la première mouture devra s'adapter à la situation actuelle: on donnera suite, mais avec les moyens du bord. Qui espère encore de nouvelles res-

sources financières doit admettre qu'elles seront rendues disponibles plus tard, quand le gouvernement aura en main toutes les données sur ce «PPP» qu'il envisage de mettre en place: ce fameux partenariat public-privé qui, demain, permettra tant la construction de nouvelles autoroutes que de nouvelles cliniques ou de futurs centres hospitaliers.

En santé, les ingénieurs de la «ré-ingénierie» peuvent maintenant commencer les études préliminaires afin de pouvoir rapidement construire le nouveau Québec médical. Le temps des réponses à toutes les questions est maintenant venu: à régler, donc, l'escalade du coût des médicaments, l'encombrement des urgences, le manque de ressources en région, les hospitalisations et interventions chirurgicales retardées, et ainsi de suite.

Comment cela sera fait, c'est une autre histoire. Pour sûr toutefois, dans l'immédiat, il faudra attendre — démocratie oblige — les conclusions prochaines du Forum que tient le présent gouvernement, de même que le dépôt des diverses études en cours. Mais pour le reste, tout est clair: quand la priorité gouvernementale est aux baisses d'impôt, il faudra bien que les Québécois s'attendent, ayant alors plus de sous en poche, à déboursier un peu plus pour améliorer leur sort. Un peu à l'exemple des héros décadents de récentes «invasions barbares».

Normand Thériault

MÉDICAMENTS
Recherche
Produits génériques
Page 2

SOINS ET BUDGETS
FIQ
CSN
Page 3

MÉDECINE
Soins dentaires
Page 4

ÉTHIQUE
Cellules souches
Page 6

En santé et services sociaux

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
1 800 465 0897 (poste 2208)
www.csq.qc.net

Votre quotidien
le cœur de nos actions



• SANTÉ •

Médicaments

L'industrie du médicament générique se porte bien

«Il existe au Québec un excellent réseau d'hôpitaux, d'universités et de chercheurs»

Malgré une réglementation stricte en matière de brevets, tant au Canada qu'au Québec, l'industrie du médicament générique se porte bien, si l'on s'en tient aux propos de Jim Keon, président de l'Association canadienne du médicament générique (ACMG).

THIERRY HAROUN

Les données de l'ACMG démontrent que l'utilisation des produits pharmaceutiques génériques aurait fait épargner, en 2003, plus de 1,5 milliard de dollars au système de santé canadien. «De plus, et à titre d'exemple, en 2003, le prix moyen au détail par ordonnance pour un médicament générique était de 22,56 \$ contre 58,32 \$ pour un médicament d'origine», a illustré Jim Keon, en ajoutant que «nos produits équivalent les produits de marque».

L'ACMG représente les fabricants et les distributeurs de produits pharmaceutiques génériques finis, les fabricants et les distributeurs de produits chimiques pharmaceutiques, de même que des fournisseurs industriels. Cette association compte une vingtaine de membres, dont sept sont basés au Québec, tels que Pharmascience inc., Pro Doc ltée, Rhoxalpharma et MDS Pharma services.

«Notre industrie se porte bien et nos ventes sont en augmentation. D'ailleurs, nos produits représentent 40 % des ordonnances au Canada», soutient Jim Keon. L'industrie canadienne du médicament générique a en outre développé un fructueux commerce à l'échelle internationale, distribuant ainsi ses produits dans 120 pays — un secteur qui représente 20 % de son volume de ventes.

Innovation

Les sociétés membres de l'ACMG dépensent, sur une base annuelle, 250 millions de dollars en recherche-développement au Canada. «Presque tous nos produits sont développés et fabriqués au Canada et nos membres consacrent 15 % de leur chiffre d'affaires en recherche-développement», dit-il.

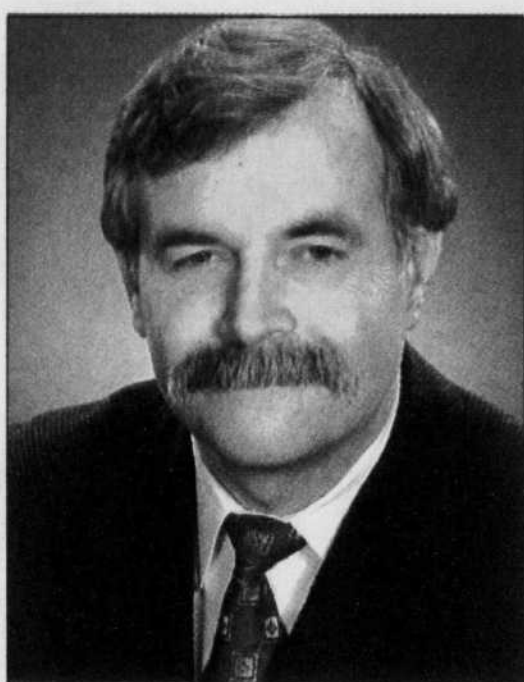
Les fabricants de médicaments génériques comptent une centaine de produits pharmaceutiques en cours d'élaboration et plus de 500 médicaments d'ordonnance disponibles en pharmacie. Les dépenses en matière de recherche-développement ont, selon l'ACMG, plus que septuplé en 15 ans, et ces mêmes firmes entendent consacrer à la recherche plus de 1,25 milliard de dollars au cours des quatre prochaines années.

Le Québec

L'industrie canadienne du médicament générique génère pas moins de 2500 emplois directs au Québec seulement, sur un total de 10 000 emplois à l'échelle canadienne. Si le Québec est considéré par cette industrie comme un territoire propice à la recherche, la réglementation québécoise, elle, n'est pas sans écueils.

«Il existe au Québec un excellent réseau d'hôpitaux, d'universités et de chercheurs. D'autant plus que l'État québécois offre un programme de crédits d'impôt en ce qui a trait à la recherche-développement. Nous avons donc de bonnes raisons pour faire affaire au Québec.» Par contre, note le président Keon, «nos firmes se heurtent à une réglementation québécoise qui favorise l'achat de médicaments de marque, et ce, même s'il existe sur le marché un équivalent générique».

Ce dernier fait référence à la «règle des 15 ans», propre au Québec qui, en clair, retarde l'inscription de médicaments génériques à sa liste officielle de médicaments. Cette règle accorde en fait une protection additionnelle aux multinationales pharmaceutiques de produits d'origine, laquelle s'ajoute à



SOURCE ACMG

Selon Jim Keon, président de l'Association canadienne du médicament générique (ACMG), l'accès aux médicaments génériques est compromis du fait des pratiques des fabricants de médicaments d'origine visant la perpétuation des brevets en vertu du Règlement sur les médicaments.

la protection conférée par les brevets aux termes de la Loi sur les brevets au Canada. L'ACMG estime que la «règle des 15 ans» coûte aux contribuables québécois près de 25 millions de dollars par année.

Et comme si cette règle n'était pas assez coercitive en soi, M. Keon déplore du même souffle qu'il s'écoule en moyenne neuf mois, et ce, «après l'approbation d'un produit générique par Santé Canada, pour que ce même médicament soit inclus sur la liste officielle du Québec».

Le fédéral

Sur la scène fédérale, Jim Keon espère voir rapidement l'abolition de certaines failles inhérentes à la réglementation en matière de brevets. Et en ce sens, il compte mener bataille pour que ses membres obtiennent une part plus juste de ce secteur de l'économie plusieurs fois milliardaire.

Selon lui, l'accès aux médicaments génériques est compromis du fait des pratiques des fabricants de médicaments d'origine visant la perpétuation des brevets en vertu du Règlement sur les médicaments (avis de conformité), une stratégie qui permet aux fabricants de marque de retarder la mise en marché de leurs concurrents génériques, parfois même pendant des années, et qui va bien au-delà de la période d'exclusivité de 20 ans prévue par la loi.

«En fait, certaines règles permettent de bloquer l'approbation d'un médicament générique par une simple allégation de contrefaçon de brevet. Il n'est même pas nécessaire de déposer une preuve, il s'agit d'une simple allégation!», s'indigne-t-il.

En d'autres mots, la réglementation fédérale permet à un fabricant de marque qui se prétend lésé d'initier une démarche auprès de la Cour fédérale, entraînant automatiquement une injonction de 24 mois.

Un imbroglio qui n'empêche pas M. Keon de dire que l'exclusivité de 20 ans d'un produit de marque est une chose que nous considérons comme «acceptable et que nous respectons».

La recherche et les idées reçues

«Ça coûte environ un milliard de dollars pour développer un médicament»

«Beaucoup de personnes pensent que les médicaments sont la cause de l'augmentation des coûts du système de santé mais, dans les faits, les médicaments ne représentent que 6,5 % des coûts de ce secteur», argumente Russell Williams, président des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D). Portrait d'une riche industrie confrontée à des idées reçues.

THIERRY HAROUN

On peut lire dans un document expressément produit par Rx&D pour les fins de cette entrevue que le fait de trouver «un nouveau médicament n'est pas une tâche facile. Seulement une molécule sur un total de 5000 "identifiées" lors de la recherche scientifique deviendra un médicament d'ordonnance. Développer un médicament prend de huit à 12 ans et le brevet attestant de l'invention est généralement enregistré au début du processus de recherche. Donc, une fois le médicament disponible pour les patients, il ne reste bien souvent que huit ans d'exclusivité au médicament».

Le brevet assure au breveté un monopole de commercialisation pour une période de 20 ans à compter de la date de dépôt. Il donne également au breveté le droit exclusif de fabriquer, de vendre ou d'exploiter autrement l'invention pendant toute la période d'existence du brevet.

Risques nécessaires

Russell Williams défend sans retenue cette période de protection si chère aux fabricants de médicaments d'origine. «Ça coûte environ un milliard de dollars pour développer un médicament. Nous sommes confrontés à d'importants risques [financiers], d'autant plus que plusieurs produits ne se rendent jamais sur le marché. Or, si on veut continuer à prendre des risques, à viser l'excellence, à offrir des solutions pour améliorer notre système de santé, ça nous prend une certaine période de protection. Et c'est pourquoi nous avons tant besoin de cette période de 20 ans», soutient le président de Rx&D, une association qui chapeaute plus de 50 compagnies (Pfizer Canada inc., Merck Frosst Canada & Co., et Bayer inc., entre autres firmes) qui, à elles seules, financent 42 % de la recherche médicale au Canada, donnant ainsi de l'emploi à 23 000 personnes.

À l'échelle du Québec, les compagnies membres de Rx&D ont injecté 2,4 milliards de dollars dans l'économie en 2002, selon la documentation reçue. Les

investissements en recherche-développement, eux, ont atteint 3,8 milliards au Québec au cours des 15 dernières années. De ce montant, 473 millions ont été dépensés dans les universités et les hôpitaux de la province.

«Malheureusement, reprend Russell Williams, cette période de protection est de moins longue durée si on se compare aux pays européens et aux États-Unis, par exemple.» À cet égard, la documentation de Rx&D est sans équivoque: «Avant d'être disponible aux patients, le médicament doit être approuvé par Santé Canada. Au Canada, ce processus prend 639 jours alors que la même évaluation aux États-Unis ne prend que 359 jours. Le délai d'approbation des médicaments au Canada est trop long à notre avis. D'autant plus que les mois passés dans le processus d'approbation font partie de la période de brevet. Donc, en résumé, les patients sont privés d'un médicament novateur pendant 18 mois supplémentaires parce que Santé Canada prend trop de

temps à les approuver. Aux États-Unis, poursuit le document, la Federal Drug Administration [FDA], l'agence américaine d'approbation des médicaments, dédommage les compagnies impliquées dans la recherche. Si la FDA prend 359 jours à approuver un nouveau médicament, une période équivalente est ajoutée à la durée du brevet afin de conserver une protection réelle de 20 ans au nouveau médicament.»

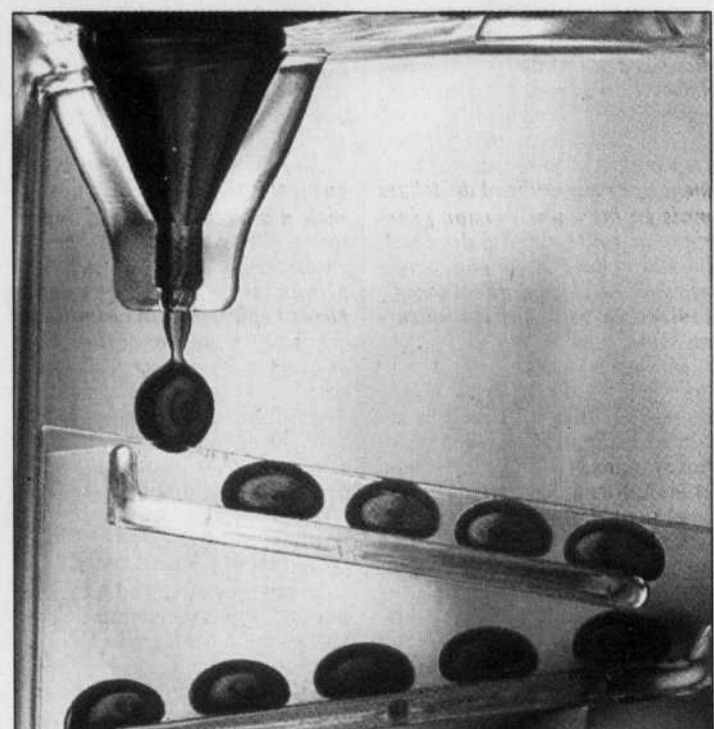
Juste prix

Si Russell Williams prétend que les dépenses liées aux médicaments ne sont pas la cause de la hausse des coûts du système de santé, contrairement à ce que l'on pense généralement, il convient néanmoins, par la bande, que les médicaments coûtent en effet de plus en plus cher parce que, notamment, «la recherche coûte plus cher. Les interventions chirurgicales coûtent plus cher qu'il y a dix ans», dit-il.

Ce dernier souligne également au crayon rouge que le gel des prix des médicaments qui a cours au Québec depuis près de 11 ans nuit aux investissements dévolus à la recherche-développement. Il prône d'ailleurs une meilleure utilisation des médicaments, ce qui aurait pour effet, croit-il, de réduire les coûts du système de santé public.

Le rapport annuel 2002 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) fait valoir que les prix des médicaments

VOIR PAGE 13: RECHERCHE



Le délai d'approbation des médicaments au Canada est trop long, selon les fabricants de médicaments d'origine.

FSSS **CSN**

Présents dans toutes les catégories d'emploi et dans toutes les professions, les 110 000 membres de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN sont partout au Québec pour assurer à la population des services de qualité.

www.fsss.qc.ca

Medisys Certains traitent, nous prévenons.

Medisys est en mesure de dépister les maladies cardiaques avant même que ne soient apparus les symptômes.

Le scoring cardiaque, un test non invasif à l'avant-garde, repère et mesure l'accumulation de calcium/cholestérol dans les artères. Ce dépistage s'adresse aux gens présentant des facteurs de risques associés aux maladies cardiaques (cholestérol élevé, sédentarité, tabagisme, hypertension).

Plus de la moitié des gens qui ont succombé à une crise cardiaque n'avaient jamais ressenti de symptômes auparavant. Ne soyez pas de ce nombre - prévenez.

Contactez-nous. Sans frais (877) 220-0220 info@medisys.ca www.medisys.ca

Faculté des études supérieures Programmes de bioéthique

www.les.umontreal.ca/bioethique

Programmes de bioéthique

Programmes offerts:

- MICROPROGRAMME de 2 cycle (bioéthique)
- D.E.S.S. (bioéthique)
- M.A. (bioéthique)
- Maîtrise professionnelle en Maîtrise avec recherche
- Ph.D. (sciences biomédicales) option bioéthique
- Ph.D. (sciences humaines appliquées) option bioéthique

CENTRE DE BIOETHIQUE
5777, Avenue Queen Mary
Laval (Québec)
H3V 1A2
Tél. (514) 343-5971
Fax. (514) 343-5973

Université de Montréal

SANTÉ RÉSEAU

CE CAHIER SPÉCIAL EST PUBLIÉ PAR LE DEVOIR

Responsable

NORMAND THÉRIAULT

ntheriault@ledevoir.ca

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

Tél.: (514) 985-3333

redaction@ledevoir.com

FAIS CE QUE DOIS

• SANTÉ •

Retour d'Ottawa

RECHERCHE

SUITE DE LA PAGE 12

brevetés existants qui sont assujettis aux Lignes directrices du CEPMB ont diminué en 2002 de 1,2 % par rapport à l'exercice financier précédent. Toutefois, pour ce même exercice, les prix canadiens des médicaments brevetés dépassent de 1 % la médiane des prix pratiqués dans les différents pays de comparaison (France, Allemagne, Royaume-Uni, Suisse, Suède, Italie et États-Unis).

Une situation, dénote le rapport du CEPMB, bien différente de celle qui prévalait entre 1995 et 2001, alors que les prix canadiens se situaient entre 5 % et 12 % sous la médiane des prix étrangers. De plus, en 2002, la valeur totale des ventes au prix départ-usine (le prix auquel le fabricant vend son médicament breveté aux grossistes, aux hôpitaux et aux pharmaciens) des produits pharmaceutiques a augmenté de 13,9 % pour se situer à 13,1 milliards de dollars. Les ventes des médicaments brevetés, elles, ont augmenté de 17,3 % pour totaliser 8,8 milliards. Enfin, la valeur des ventes de médicaments brevetés par rapport à l'ensemble des ventes de médicaments est passée de 45 % à 67,4 % entre 1996 et 2002.

Le CEPMB est un tribunal quasi judiciaire créé en 1987 en vertu de la Loi sur les brevets. Cet organisme exerce un contrôle sur les prix départ-usine de tous les médicaments brevetés, nouveaux et existants, offerts sous ordonnance ou en vente libre, s'assurant ainsi que les prix de ces médicaments ne sont pas excessifs.

La concurrence générique

La position de Rx&D paraphée dans le document préparé pour *Le Devoir* en ce qui a trait à la concurrence des fabricants de médicaments génériques est claire: «Les fabricants de médicaments génériques sont sur toutes les tribunes pour vanter leurs produits moins chers. Oui, leurs produits sont moins chers, mais les fabricants de médicaments génériques n'évoluent pas dans le même contexte. Les génériques ne font pas de la recherche. Ils attendent que le brevet d'un médicament ne soit plus valide pour en faire une version moins coûteuse. Développer un nouveau médicament coûte un milliard de dollars mais en faire une version générique ne coûte qu'un à deux millions de dollars. Et en plus, les génériques ne copient que les médicaments brevetés qui ont un succès commercial.»

M. Russell a pour sa part indiqué qu'il y a de la place dans le secteur pharmaceutique pour les fabricants de médicaments génériques, dans la mesure où les lois et les informations des brevets sont protégées et respectées. Qui plus est, c'est dans l'intérêt de ces mêmes firmes d'encourager les compagnies de recherche et d'innovation à poursuivre leurs recherches «car sans nous, elles [les compagnies de médicaments génériques] n'auraient rien à copier.»

La scène politique

Chose certaine, l'industrie représentée par Rx&D «veut faire partie du groupe de travail ministériel [sur la santé] mis sur pied à l'issue de la réunion des premiers ministres provinciaux qui s'est tenue à la mi-septembre. «On veut s'asseoir, dit M. Russell, qui est à la barre de son association depuis mars dernier, avec ceux et celles qui décident afin qu'ils appuient notre vision [des choses], qui en est une de partenariat axée sur l'accès des médicaments aux patients, sur le choix des professionnels de la santé et sur un climat pouvant encourager l'investissement dans la recherche.»

Ce dernier tient en outre à dire: «[...] je crois que notre vision est partagée par la population en général». Et que «malgré le fait que nous soyons un partenaire du secteur privé dans un système de santé public, je pense qu'on peut — et dans le vrai sens des termes partenariats public-privé [les fameux PPP tant martelés par les libéraux] — jouer un rôle très utile» dans ce secteur, laisse tomber Russell Williams, ancien député libéral de la circonscription de Nelligan et ex-adjoint parlementaire du ministre de la Santé, Philippe Couillard.

La dernière entente sur des transferts de fonds entre les provinces et le gouvernement fédéral ne corrigerait qu'en partie, et faiblement, le déséquilibre fiscal existant. De plus, la décision du gouvernement Charest d'utiliser ailleurs qu'en santé les sommes reçues reçoit un désaveu des représentants syndicaux. À propos d'espoirs déçus.

RÉGINALD HARVEY

Peu de temps avant la conférence fédérale-provinciale sur le financement des services de santé, les syndicats québécois du réseau faisaient front commun avec le gouvernement dans la défense de ce dossier. Aujourd'hui, ils se sentent floués et désavouent l'administration Charest dans ses intentions d'utiliser à d'autres fins les gains réalisés à cette occasion.

De prime abord, les syndicats se réjouissent des gains financiers obtenus au terme de cette rencontre, mais l'enjeu majeur demeure, pour certains d'entre eux, celui du déséquilibre fiscal entre les deux ordres de gouvernement: le fédéral s'emplit les poches et les provinces croulent sous les dettes; autour de 165 milliards de surplus en dix ans d'un côté, et plus de 60 milliards de déficit de l'autre. Dans ce cadre financier, les entités politiques les moins riches du régime ne cessent d'investir dans des systèmes de santé dont elles n'arrivent plus à assumer les coûts en hausse constante. Un pas a été franchi lors de la conférence, mais la suite du parcours demeure incertaine quant à l'application de solutions à plus longue échéance.

À ce sujet, la présidente de la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ), Jennie Skene, lance: «Je pense que, pour le Québec, la position est extrêmement claire. Les gens penchent du côté du gouvernement québécois quand on parle de déséquilibre fiscal et le fait qu'on soit fédéraliste ou souverainiste n'a aucune espèce d'importance. C'est le principe du partage des responsabilités qui s'applique: si c'est vous qui devez payer l'épicerie d'une famille de dix et que votre conjoint ne paye que la poudre à laver pour la lessive, on comprend qu'il y ait un déséquilibre quelque part. Il faut corriger cette situation car, sans cette correction de fond, il existe une menace permanente pour les services publics.»

Écart financier

La dirigeante syndicale tire une certaine satisfaction de l'entente, qui apportera de l'eau au moulin — en autant que l'argent soit investi en santé — mais elle émet une réserve: «À partir du moment où on ne modifie pas de façon large les paramètres qui entourent la péréquation afin de corriger le déséquilibre fiscal d'une manière permanente, et si l'on ne met pas en perspective des mesures à long terme, il faudra recommencer les mêmes débats à chaque fois.» Pour elle, la donne est claire: «Je pense que, selon ce que l'on connaît de la situation des provinces à l'égard de leurs responsabilités, principalement en services sociaux et en éducation, les dépenses leur reviennent. On sait aussi que la cagnotte, le fric appartient au fédéral, on sait que Crésus est à Ottawa.»

La présidente de la Confédération des syndicats nationaux, Claudette Carbonneau, situe elle aussi le problème de fond en santé dans l'écart financier entre les administrations en présence: «Pour moi, le déséquilibre fiscal, c'est quand, dans un contexte de confédération, un des ordres de gouvernement perçoit plus de ressources que ce dont il a besoin pour occuper son champ de compétence; c'est tout à fait cela, la situation qui a cours entre les provinces et le gouvernement fédéral.» Elle étaye son argumentation au moyen de certaines données: «C'est pas compliqué. Les revenus du fédéral se sont accrus de 45 %,

le produit intérieur brut ou la richesse collective au Canada a grimpé de 50 % pendant que les paiements de transfert aux provinces n'ont augmenté que de 9 %, dans un contexte où c'était très en deçà de l'inflation qui, selon moi, se situait autour de 17 % durant la même période. Le fossé ne cesse de s'élargir.»

En ce qui concerne l'entente intervenue, sans en minimiser la portée, elle la situe dans son cadre réel: «On évalue que, si on faisait la moyenne sur les six années, c'est quelque chose comme 700 millions de dollars par an qui reviendraient au Québec, ce qui n'est pas rien. Mais en même temps, il faut mettre ces chiffres en perspective avec le budget québécois de la santé, qui se situe à 20 milliards de dollars par année. D'autre part, quand on regarde ce

qui s'est passé depuis 1994-95, on est obligé de constater que, s'il n'y avait pas eu les coupures dans les paiements de transfert du fédéral, à ce jour même, il y aurait 2,3 milliards de dollars de plus dans le budget du Québec. Tout cela rend bien relatif les 700 millions de dollars annuels de redressement. La route sera longue.»

Mme Carbonneau déplore à double titre la situation actuelle: «Si on laisse aller ce genre de déséquilibre-là, il en résulte deux conséquences. Premièrement, ça asphyxie nos classes sociales, notre capacité de répondre aux besoins de la population. Deuxièmement, c'est rapidement un déséquilibre fiscal qui devient politique parce que ça place d'énormes moyens financiers, administratifs et politiques à la disposition d'Ottawa, qui peut s'en servir pour faire des pressions indues sur les provinces dans le but de les amener à abandonner leurs domaines de compétence.»

Aménagement et priorités

Tant du côté de la CSN que de celui de la FIIQ, les présidentes



RENÉ MATHIEU LE DEVOIR

Pour la présidente de la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ), Jennie Skene, «les gens penchent du côté du gouvernement québécois quand on parle de déséquilibre fiscal et le fait qu'on soit fédéraliste ou souverainiste n'a aucune espèce d'importance.»

s'entendent pour affirmer qu'elles ne s'attendaient pas à ce que l'argent obtenu du fédéral soit dirigé vers d'autres postes budgétaires que celui de la santé. Les syndicats avaient appuyé le gouvernement Charest dans sa démarche auprès d'Ottawa parce qu'ils étaient convaincus de son intention d'investir la totalité des nouvelles sommes dans le réseau.

Jennie Skene croit que le système aurait pu profiter avantageusement des 502 millions de dollars qui seront versés la première année et à ce sujet, elle désigne les priorités: «Je pense tout de suite à la première ligne, et plus particulièrement aux soins à domicile — je parle de la capacité de prendre en charge dans la communauté les personnes qui quittent l'hôpital très tôt ou d'éviter, dans d'autres cas, des hospitalisations. Dans les deux cas, ces mesures représentent une diminution des coûts à moyen terme. Tout le réseau de soutien communautaire, à travers les CLSC, doit être renforcé.» Elle cible également la réduction

des listes d'attente comme étant l'un des dossiers majeurs à régler. Voilà deux points importants, mais encore faudrait-il s'attaquer à tous les problèmes inhérents à la vétusté des bâtiments et au vieillissement des équipements qui se posent dans le réseau à bien des endroits.

Claudette Carbonneau abonde dans le même sens que sa collègue de la FIIQ en ce qui a trait aux priorités à fixer: «Je crois qu'il est temps qu'on investisse dans les soins de première ligne. Ça m'apparaît majeur et je pense que c'est la clé qui pourrait ouvrir bien des portes. J'axerais davantage les interventions à cet endroit, notamment sur les soins de longue durée (CHSLD) pour les personnes âgées. Je viserais ces cibles plutôt que d'alourdir les responsabilités des hôpitaux. En investissant dans ces secteurs où les besoins sont criants et manifestes, une œuvre utile et urgente pourrait être accomplie.»



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

La présidente de la Confédération des syndicats nationaux, Claudette Carbonneau, situe elle aussi le problème de fond en santé dans l'écart financier entre les administrations en présence.

L'APTS rejette le projet de loi 61 et dénonce les partenariats public/privé dans le secteur de la santé et des services sociaux

PUBLIC	PRIVÉ
RECHERCHE :	RECHERCHE :
<input type="checkbox"/> Accessibilité et universalité des soins	<input type="checkbox"/> Clientèle privilégiée
<input type="checkbox"/> Caractère public et gratuité des services	<input type="checkbox"/> Rentabilisation immédiate des investissements
<input type="checkbox"/> Qualité des services	<input type="checkbox"/> Réalisation de profits

⚠

RÉSULTAT : OBJECTIFS INCOMPATIBLES

APTS Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux

TÉL. : 514.521.2411 - 1.866.521.2411 - INFO@APTSQ.COM

En santé et services sociaux

Votre quotidien le cœur de nos actions



Un choix différent, un choix intelligent

Centrale des syndicats du Québec (CSQ) 1 800 465 0897 (poste 2208) www.csq.qc.net

• SANTÉ •

Entretiens Jacques-Cartier

Accepter la perte d'autonomie

« Beaucoup veulent vieillir à domicile et non pas aller en institution »

Le temps de l'institutionnalisation galopante n'est plus. Les populations âgées souhaitent massivement pouvoir vieillir à domicile et rejoignent ainsi les volontés politiques de nos dirigeants. Mais malgré la convergence des desiderata, un constat émerge: le fait n'est pas facile à réaliser. De nombreuses contraintes se dressent.

ESTELLE ZEHLER

C'est sur 17 années de réflexion sur le thème de la vieillesse, toujours menée dans le cadre des Entretiens Jacques-Cartier, que s'appuie ce « Vieillir à domicile ». « Notre but, explique Jacques Légaré, professeur émérite de démographie à l'Université de Montréal, est d'observer toutes les dimensions du maintien à domicile afin que nos sociétés soient capables de s'y adapter. » La complexité du problème ne pouvant être saisie par une seule profession, les discussions sont multidisciplinaires. Elles réunissent tant des chercheurs des sciences sociales que des intervenants sociaux et des médecins européens et canadiens. Ainsi, le soutien des démographes doit permettre de dresser un portrait général de la situation des aînés selon une lecture diachronique. Une autre perspective examinera les faits du point de vue des proches aidants. Qui sont-ils? Quelle est leur situation? Enfin, un troisième angle vise la question des services requis par cette population ainsi que leur organisation.

Bien vivre jusqu'à 78 ans et plus

Dire que la population du Québec est vieillissante est un fait commun. Non seulement le groupe des 65 ans et plus est en expansion, mais la population âgée est, elle-même, un groupe qui vieillit beaucoup. On y trouve toujours plus de personnes qui ont 85 ans et plus. Le nombre de centenaires est également en croissance. L'espérance de vie atteint désormais 78,3 ans pour les deux sexes confondus, alors qu'elle se situait autour de 67 ans voilà 40 ans. Mais le fait marquant pour Jacques Légaré est ailleurs: « Ce qui change la donne, c'est que, contrairement au passé, beaucoup de personnes veulent vieillir à domicile et non pas aller en institution. »

Cette tendance s'appuie sur les poussées individualistes qui soutiennent nos sociétés: « Après avoir géré leurs propres affaires pendant toute une vie, ils veulent également gérer leur vieillesse. » L'objectif premier est donc de conserver son indépendance, de ne pas devoir s'en remettre à d'autres, famille ou qui que ce soit. Ce faisant, la population rejoint la volonté du pouvoir. En effet, vers la fin des années 1970, devant les coûts engendrés par le succès de l'institutionnalisation, le gouvernement a changé sa politique en favorisant

le développement du maintien à domicile. Les centres d'accueil allaient être réservés à des clients souffrant d'incapacités.

Des baby-boomers déterminés

La génération des baby-boomers, qui va devenir âgée d'ici 10 ou 15 ans, sera vraisemblablement en meilleure santé et plus autonome du fait d'habitudes de vie antérieures caractérisées, entre autres, par une alimentation plus saine et des meilleures conditions de vie. « Ils vont probablement, estime Jacques Allard, directeur général du centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, être plus exigeants par rapport au système de santé et aux services d'aide à domicile. Ils vont savoir ce qu'ils veulent ou non. Ils n'oublieront pas avoir payé des impôts durant toute leur vie et exigeront des services en conséquence. » Plus aisés financièrement que par le passé mais plus pauvres en termes de réseau social, ils seront à même de se payer des services de maintien à domicile dont ils attendent qu'ils soient de qualité et bien organisés.

Le travail du temps peut entraîner des pertes d'autonomie qui compliquent les actes de la vie quotidienne tels que l'entretien de la maison, les soins personnels, la préparation des repas, les opérations bancaires, etc. « Par conséquent, estime Jacques Légaré, ces personnes ont besoin d'aide à ce niveau, un niveau bien éloigné des modalités entrevues trop souvent juste en termes de soins. » Certes, l'une des caractéristiques de la population âgée est, à différents degrés et âges, la perte d'autonomie.

Une perte d'autonomie n'est pas nécessairement irréversible; seuls un bon tiers des cas le sont. « Il convient, appuie le Dr Jacques Allard, d'émettre un bon diagnostic de la perte d'autonomie — son origine, sa réversibilité —, d'agir en adéquation, puis de mettre en place les services à domicile requis. Quand elle est intervenue, il faut éviter sa progression sinon la renverser. Pour cela, les services gériatriques qui existent déjà doivent être multipliés. Actuellement, ils sont assez bien développés dans les unités de réadaptation, les hôpitaux de jour; ils devront cependant être accrues au sein des services de maintien à domicile. » En effet, bien que présents dans les CLSC, ils sont toutefois totalement insuffisants du fait d'un sous-effectif lié au manque de ressources.



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Une perte d'autonomie n'est pas nécessairement irréversible; seuls un bon tiers des cas le sont.

« Il faut absolument faire un virage communautaire »

Quand les incapacités s'aggravent, les besoins d'aide croissent corrélativement. « Malheureusement, déplore Jean-Pierre Lavoie, chercheur à la Direction de la santé publique de Montréal et actuellement intégré à l'équipe de recherche du CLSC René-Cassin, l'état des services à domicile au Québec se situe quelque part entre le déplorable et le catastrophique. Les personnes sont presque toujours obligées de se tourner vers leur famille. » Aussi, s'il est un message central à lancer, selon Jacques Allard, il consiste en un appel au financement du maintien à domicile: « Il faut absolument, particulièrement au Québec, faire un virage communautaire, c'est-à-dire investir rapidement dans les services de soutien à domicile, car l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans notre société sera une réalité très précise au cours des 15 prochaines, et non plus de la théorie. »

Pour l'instant, la part de budget qui leur est allouée est très minime, pour ne pas dire dérisoire. C'est la définition même de la santé qui est ainsi remise en question: elle ne peut être la seule absence de maladie; elle englobe la capacité de fonctionner normalement malgré des handicaps liés, dans le cas présent, à l'avancement en âge.

Les besoins des aînés sont donc largement laissés aux soins de l'ai-

de informelle, soit leurs proches, et ce, sans leur assurer de soutien. « J'ai toujours pensé, poursuit Jean-Pierre Lavoie, que la première politique de soutien à l'aide informelle est d'abord d'avoir une très bonne politique d'aide à domicile, d'avoir un niveau de services adéquat. » Des études démontrent qu'un peu plus de 80 % de l'ensemble des aides et soins requis par les personnes âgées sont assurés par leur entourage, et dans le cas des personnes bénéficiant des services à domicile, ce chiffre est encore de 70 %. « Pour une personne incontinente, la norme est d'offrir un bain par semaine. On peut penser que cela est insuffisant. » Qui donnera les autres soins? Des services de gardiennage seront offerts par les CLSC à quelques aînés dont la situation financière est trop précaire, ou encore on couvrira le financement d'une partie des services pour les personnes qui ont un diagnostic de démence Alzheimer. N'y a-t-il pas d'autres situations nécessitant de l'aide?

Théorie avant-gardiste

Un fait paraît pourtant aberrant. Du point de vue théorique, le Québec est avant-gardiste en matière de soutien aux aidants. « Le problème est que, dans le passé récent, malgré le discours, on réussit assez mal à maintenir les gens à domici-

le », indique Jacques Légaré. Jean-Pierre Lavoie poursuit: « Dans la nouvelle politique de services à domicile de 2003, il est dit que les aidants doivent être considérés comme des clients des services à domicile au même titre que les personnes âgées en perte d'autonomie. » Sont envisagés des services de répit, c'est-à-dire une aide ponctuelle, du soutien psychosocial.

Faute de moyens, le bilan de ces dernières 15 années se résume au mot terrible de « recul ». Les besoins vont croissant tandis que les moyens disponibles rétrécissent comme peau de chagrin. Les groupes de soutien sont en voie d'extinction. Les actions sur le terrain s'égrènent au compte-gouttes, au gré de timides budgets. « Pourtant, depuis 15 mois, il existe une politique qui se veut beaucoup plus généreuse. Nous attendons toujours son application. » Au-delà de l'aide instrumentale et tangible, il y a énormément de deuil à faire pour les proches. Voir ses parents diminués est difficile. Il n'est pas aisé d'accepter des soins personnels ni de les octroyer, car ils constituent une intrusion dans la sphère de l'intimité. Les aidants naturels sont-ils prêts à les assumer? Il est quelquefois plus facile de les recevoir d'une personne inconnue mandatée à cet effet plutôt que de son fils ou sa fille.

En outre, nul ne peut ignorer les conséquences des mutations démographiques qui engendrent une conjoncture sans précédent. Il est clair que l'aide informelle, soit les aidants naturels, ne pourra plus, à l'avenir, être aussi importante qu'aujourd'hui. Non seulement la taille des familles se réduit-elle, les gens ayant moins d'enfants, mais ce phénomène s'accompagne en outre d'une mobilité géographique croissante. Tel enfant s'est installé à Vancouver, par exemple, tandis que tel autre travaille aux États-Unis. Les liens familiaux se virtualisent et empruntent la technologie — Internet, le téléphone — pour perdurer. Si l'on y ajoute l'éclatement des familles relatif aux séparations et divorces, la situation devient encore plus difficile.

L'évolution des modes de vie influe sur la qualité des réseaux sociaux. L'institutionnalisation n'étant pas la réponse envisageable à la réduction de l'aide informelle, il convient d'opérer un réel changement de paradigme. « Le personnel qui sera mis à leur disposition, juge Jacques Légaré, ne devra pas nécessairement être formé dans le domaine médical ou paramédical, mais bien plutôt dans l'intervention sociale, pour lui permettre de faire face au quotidien. »

VOIR PAGE 15: VIRAGE

Médecine dentaire

Tristes caries

« Le fluorure a pour effet de renforcer l'émail des dents »

Depuis le début des années 1970, les enfants des pays industrialisés sont de moins en moins affectés par des problèmes de carie dentaire. Le fluorure en est grandement responsable, mais il est également survenu des changements dans l'approche de la pratique médicale dentaire.

RÉGINALD HARVEY

La consommation de sucre, combinée à l'action de certaines bactéries présentes dans la bouche, cause la majorité des caries dentaires. Paul Allison, professeur associé à la faculté de médecine dentaire de l'université McGill, explique ce phénomène: « Ce qui se passe, c'est que certaines bactéries métabolisent ou mangent le sucre qui se trouve dans la bouche; ce faisant, celles-ci produisent de l'acide qui altère ou détériore l'émail des dents. » Voilà, dit simplement, le processus de la carie dentaire.

Il y a un phénomène qui est beaucoup mieux compris maintenant qu'il y a 20 ans à ce sujet, à savoir que ce processus est continu: « Chaque fois que nous mangeons un aliment sucré, le pH de la bouche descend. Lorsqu'il atteint un certain niveau — autour de 5 — la dissolution de l'émail commence. Ça peut encore grimper puis s'arrêter. Mais le problème consiste dans une consommation suffisante et fréquente de sucre qui, elle, finit par creuser un tron dans une dent au moment où l'émail a été ravagé par l'action répétée de l'acide. »

Le baume sur l'ivoire

Dans le cas de la carie, le fluorure s'avère l'empêcheur de creuser en rond. Le professeur propose de considérer ce produit comme une sorte de médicament tropical: « C'est comme une crème pour soigner un problème de peau. Le fluorure contenu dans le dentifrice a pour effet de renforcer l'émail des dents. Il faudrait que le pH descende encore davantage pour qu'il se produise en sa présence une détérioration. Le fluorure fonctionne très bien pour prévenir la carie, ce que des tas de recherches ont démontré. »

Il est question d'une baisse très importante de la carie dans tous les pays occidentaux depuis les 20 ou 30 dernières années. « Il y a une trentaine d'années, environ 90 % ou 95 % des enfants avaient déjà été touchés par la carie et aujourd'hui, c'est à peu près 50 % », souligne-t-il. Même dans les endroits où il n'existe presque pas de fluorure dans l'eau, comme ici au Québec, une diminution du nombre des caries a été enregistrée: « On est donc à peu près certain que c'est le fluorure du dentifrice qui en est responsable. »

Le travail des chercheurs

Les universitaires empruntent plusieurs pistes dans leurs recherches pour enrayer encore davantage la présence de la carie. En ce qui concerne les jeunes enfants, ils orientent leurs travaux sur le caractère de maladie infectieuse que prend celle-ci. Paul Allison décrit la situation potentielle: « Les parents — et surtout les mères, dans le cas de très jeunes enfants — entretiennent des relations très intimes avec leur rejeton. Des recherches démontrent qu'il y a transmission de bactéries de la bouche de la mère à celle de l'enfant. On n'avait jamais envisagé auparavant la carie dentaire sous l'aspect d'une maladie infectieuse transmissible d'une personne à une autre. » Des chercheurs se sont aussi penchés — et ils continuent de le faire — sur l'usage du Xylitol en guise de substitut du sucre dans certaines gommages à mâcher: les bactéries qui causent la carie sont incapables de métaboliser ce produit, qui s'est avéré efficace.

Une nouvelle approche, médicale plutôt que chirurgicale, est également privilégiée dans le traitement de la carie. Le professeur la décrit: « Autrefois, pour le patient et le dentiste, c'était comme un automatisme: en cas de carie, il fallait pratiquer un plombage. Maintenant, on comprend que l'on peut arrêter le processus avec le fluorure, avec des « scellants » ou par d'autres moyens. » Les étudiants sont encouragés à envisager de telles pratiques plutôt que de recourir trop hâtivement aux instruments chirurgicaux.

Fausses, mais belles dents!

Un nouveau dentier prolonge la vie des personnes âgées

La faculté de médecine dentaire de l'université McGill réalise actuellement une étude clinique qui pourrait bien, à terme, améliorer considérablement la santé globale et, qui sait, peut-être même prolonger la vie des personnes qui portent des dentiers.

CLAUDE LAFLEUR

Dirigée par les docteurs Jocelyne Feine (spécialiste en études cliniques) et José Morais (spécialiste en nutrition auprès des personnes âgées), une étude vise à démontrer l'efficacité d'une prothèse dentaire fixée à la mâchoire par deux implants. Actuellement, les personnes édentées ont le choix entre porter un dentier conventionnel (qui repose simplement sur la gencive) ou un dentier fixé par plusieurs implants (sorte de petites vis). Dans le premier cas, ces personnes éprouvent énormément de difficulté à s'alimenter convenablement, car elles ne peuvent pas bien mastiquer ni manger certaines gammes d'aliments. Dans le second cas, les prothèses fixes sont très dispendieuses et nécessitent un nettoyage difficile à réaliser.

Par conséquent, les chercheurs de McGill tentent de valider une formule intermédiaire: une prothèse qui tient plus solidement qu'un dentier conventionnel — ce qui permet une alimentation normale — tout en étant nettement moins coûteuse que la prothèse à plusieurs implants.

Quand de bonnes dents prolongent la vie...

Dans le cadre d'une étude précédente, le Dr Feine a montré que les personnes qui portent une prothèse à deux implants sont extrêmement satisfaites du résultat. « Certaines personnes nous ont dit que leur vie avait véritablement changé — complètement changé! — parce qu'elles peuvent maintenant manger un steak ou croquer une pomme, indique la chercheuse. Pour ces personnes, la prothèse à deux im-

plants est facile à nettoyer et elle augmente considérablement leur qualité de vie. »

Les chercheurs tentent maintenant de confirmer que, puisque ces personnes s'alimentent mieux, on devrait observer chez elles une amélioration de leur état de santé. « Nous savons que de grandes études montrent que, chez les personnes qui n'ont plus leurs dents, leur nutrition s'appauvrit, précise Jocelyne Feine. Nous cherchons donc à savoir si, du fait que nos sujets ont véritablement modifié leur diète, leur état nutritionnel s'est vraiment amélioré. »

Ce constat a d'ailleurs été observé chez un petit groupe de sujets dans le cadre d'une étude préliminaire. « Il y a de grands changements dans leur alimentation, indique la spécialiste. On a ainsi observé d'importantes augmentations d'albumine, de carotène, d'hémoglobine et de vitamine B12... qui sont tous de très bons indicateurs de l'amélioration de la nutrition. »

Les chercheurs réalisent à présent une vaste étude sur 254 sujets de 65 ans et plus chez qui ils mesurent le niveau de satisfaction, l'amélioration de l'alimentation et celui de la qualité de vie. L'étude, qui devrait s'étendre sur quatre années, a commencé il y a deux ans. « Nous avons presque la moitié des sujets dont nous avons besoins, indique Jocelyne Feine, mais nous tentons encore de recruter un minimum de 100 personnes. Et si les gens acceptent, nous voudrions les suivre pour le reste de leur vie afin de constater que l'amélioration de leur alimentation a bel et bien des effets positifs sur leur existence. »

Toute personne intéressée à se joindre à cette étude peut laisser ses coordonnées au laboratoire du Dr Feine au (514) 398-2021.

« Nous savons que de grandes études montrent que, chez les personnes qui n'ont plus leurs dents, leur nutrition s'appauvrit »

♦ SANTÉ ♦

Maladies cardiovasculaires

Nécessaire prévention

«Près de 80 % des patients de plus de 70 ans qui souffrent d'insuffisance cardiaque ont fait de l'hypertension par le passé»

Les chiffres ont de quoi faire frémir. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité au Canada et elles sont responsables de 38 % des décès chaque année. Parmi les maladies cardiovasculaires, l'infarctus du myocarde trône au sommet.

PIERRE VALLÉE

L'infarctus du myocarde a ceci de particulier: c'est une maladie sournoise qui, la plupart du temps, ne donne pas de signes avant-coureurs. En effet, chez les deux tiers des hommes et la moitié des femmes qui subissent un infarctus, ce dernier est le premier signe de maladie cardiovasculaire. Un signe hélas trop souvent fatal.

«Le défi pour la communauté médicale est de retrouver les patients présentant un risque élevé avant le premier infarctus», précise le Dr George Honos, porte-parole de la Fondation des maladies du cœur du Québec. En effet, ces facteurs de risque sont connus et ils sont modifiables.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque des maladies du cœur, surtout les maladies coronariennes, sont connus depuis un certain temps. Par contre, plusieurs questions demeuraient sans réponse. Entre autres, on se demandait si les facteurs de risque étaient les mêmes peu importe les populations et leur emplacement sur le globe.

Selon le Dr Honos, la plus récente étude à ce sujet, menée auprès de 30 000 personnes ayant subi un infarctus et provenant de toutes les régions du monde, a conclu par l'affirmative. Cette étude a permis d'établir avec certitude qu'il existe six facteurs de risque que l'on retrouve partout dans le monde. Il s'agit d'un taux de cholestérol trop élevé, du tabagisme, de l'hypertension, du diabète, de l'embonpoint abdominal ou ventral et du stress psychologique.

De plus, cette étude a permis de démontrer qu'il existe aussi, a contrario, trois facteurs qui réduisent le risque d'un accident cardiaque: l'exercice physique sur une base régulière, la consommation quotidienne de fruits et légumes, et la consommation modérée d'alcool. «Les personnes qui suivent pareil régime réduisent de 10 % à 15 % le risque d'une maladie cardiaque.»

Hypertension artérielle

Parmi ces facteurs de risque, l'hypertension artérielle a ceci d'insidieux qu'elle est, tout comme le cholestérol élevé, une condition asymptomatique qui passe souvent inaperçue. En fait, seule une lecture peut la déceler. «C'est la raison pour laquelle nous appelons l'hypertension le tueur silencieux.»

On estime que 22 % des adultes canadiens souffrent d'hypertension et que ce nombre grimpe à 50 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Plusieurs ne savent même pas qu'ils en souffrent. Pourtant, les conséquences néfastes de l'hypertension sont graves.

Une hypertension non décelée et par conséquent non traitée double le risque de subir un infarctus du myocarde et triple celui de souffrir un jour d'insuffisance cardiaque. «Près de 80 % des patients de plus de 70 ans qui souffrent d'insuffisance cardiaque ont fait de l'hypertension par le passé.»

Il existe deux types d'hypertension. L'hypertension primaire est celle qu'on retrouve le plus souvent, soit dans 95 % des cas, selon le Dr Honos. L'hypertension secondaire, moins fréquente, découle d'une maladie sous-jacente et décelable. On ne connaît pas la cause de l'hypertension primaire. Par contre, on sait que l'obésité et la sédentarité, ainsi qu'un régime alimentaire élevé en sel, sont des facteurs aggravants.

La tension artérielle correspond à la pression qu'exerce le sang contre les parois des vaisseaux sanguins. Elle se mesure en millimètre de mercure (mmHg) et comprend deux nombres. Le nombre le plus élevé, et qui figure en premier, mesure la tension systolique, celle exercée lorsque le cœur se contracte. Le second nombre représente la tension diastolique, c'est-à-dire lorsque le cœur est au repos.

On considère comme normale chez l'adulte une tension systolique égale ou inférieure à 140 mmHg et une tension diastolique égale ou inférieure à 90 mmHg. Toute tension artérielle supérieure est considérée

comme de l'hypertension et requiert d'être soignée.

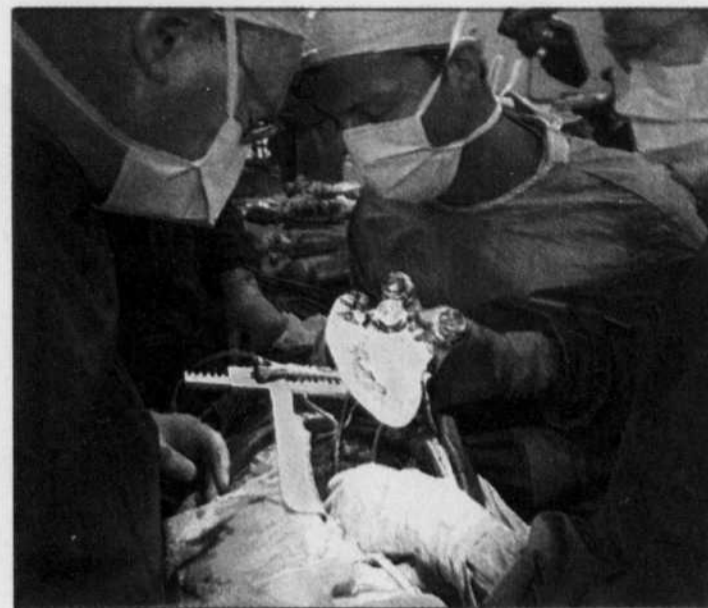
Traitement

Heureusement, il est possible aujourd'hui de soigner et de contrôler assez facilement l'hypertension artérielle grâce aux nombreux médicaments qui sont à la disposition des médecins. «Nous comptons environ une centaine de médicaments différents.» Les médicaments anti-hypertenseurs se divisent en quatre classes principales: les diurétiques, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA).

Il n'y a donc aucune raison que les hypertendus ne soient pas convenablement soignés. Mais selon George Honos, ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Il attribue ce fait à deux facteurs. D'une part, il trouve que les médecins ne sont pas assez «agressifs» dans leur approche de l'hypertension. «Il faut mieux diagnostiquer, traiter plus agressivement la maladie et suivre davantage le patient.»

Prévenir c'est guérir

Mais là où il trouve que le bât blesse sérieusement, c'est dans



En matière de maladies cardiovasculaires, mieux vaut prévenir que guérir.

l'attitude du patient. En effet, plusieurs patients ne comprennent pas l'utilité de ces médicaments et refusent de les prendre ou cessent de les prendre une

fois prescrits. «C'est difficile de faire comprendre à une personne qu'elle doit prendre deux à trois pilules par jour pour traiter une condition qui n'a pas de symp-

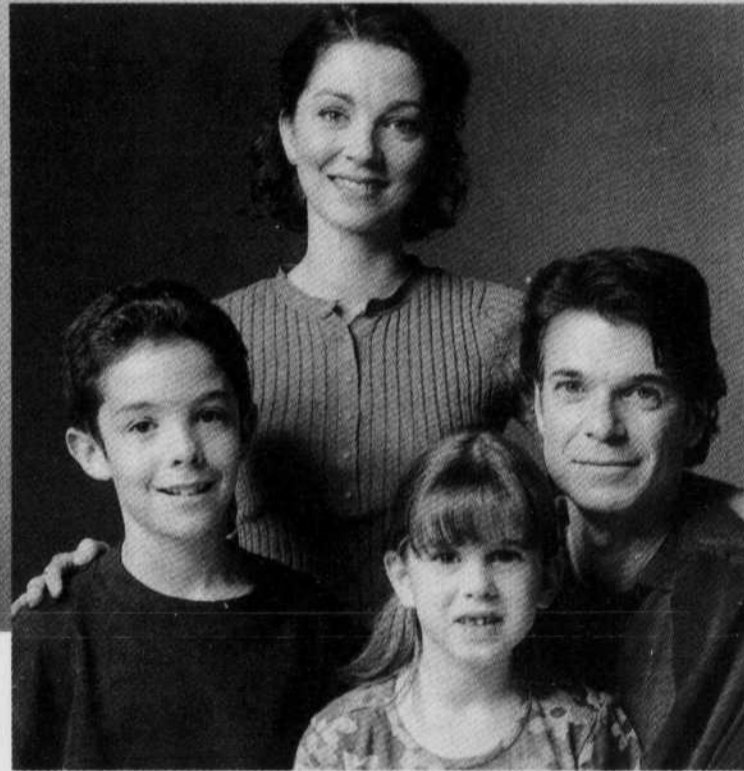
tômes et qui par conséquent ne la dérange pas.»

Pourtant, s'il y a quelque chose qui éloigne le risque d'une maladie du cœur, c'est bien la prévention. Selon le Dr Honos, il faut comprendre que la prise de ces médicaments est une forme de prévention, au même titre qu'une saine alimentation et un style de vie actif. «Je dis souvent à mes patients qui n'hésitent pas à prendre toutes sortes de vitamines que les médicaments contre l'hypertension sont des vitamines pour le cœur.»

Selon George Honos, en matière de maladies cardiovasculaires, la prudence est toujours la meilleure conseillère. «Si vous sentez un serrement à la poitrine, n'hésitez pas une seconde et précipitez-vous à la salle d'urgence.» Et peu importe s'il s'agit d'une fausse alerte.

Car l'infarctus du myocarde prive le muscle cardiaque d'un apport en sang et le muscle se détériore rapidement. Il faut intervenir alors au plus vite et dans les premières heures suivant la crise cardiaque si l'on veut limiter les dommages au cœur. «Nous connaissons tous l'expression en anglais Time is money. Dans le cas d'un infarctus, c'est plutôt Time is muscle.»

« JE CROIS QUE LA RECHERCHE EMPÊCHERA MA FAMILLE D'ÊTRE SÉPARÉE. »



Plusieurs familles canadiennes attendent désespérément que de nouveaux médicaments innovateurs leur soient offerts. Trop souvent hélas, le recours à des traitements prometteurs est retardé par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et ce, même après leur approbation par Santé Canada. L'attente est trop longue pour les personnes dont l'avenir dépend des nouveaux médicaments innovateurs. Elles doivent pouvoir y avoir accès sans délai, et il nous appartient à tous de les aider. Pour en savoir davantage à ce sujet, visitez notre site web à l'adresse www.canadapharma.org

Parce que l'attente ne devrait pas être la plus difficile des épreuves auxquelles elles doivent faire face.



Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada

La recherche : source de vie

VIRAGE

SUITE DE LA PAGE 14

Si l'option institutionnelle est remise en question, il reste cependant la question du lieu où vieillir. «Souvent, on tient pour acquis qu'il s'agit de la maison ou de l'appartement que la personne a occupé. Certes, chacun émet le souhait de demeurer chez soi le plus longtemps possible. Cet habitat est entouré d'une réelle charge émotionnelle», commente Jean-Pierre Lavoie. Il est fréquent, toutefois, que les personnes âgées privilégient un habitat mieux adapté à leurs nouveaux besoins, soit un environnement capable de préserver leur autonomie. «Je dirais que c'est probablement un autre des gros problèmes auxquels nous sommes confrontés, car les formules intermédiaires entre le domicile et le centre d'hébergement et de soins de longue durée sont peu développées, contrairement à ce qui se passe dans les pays scandinaves, par exemple.» Cette initiative est pour le moment pratiquement laissée à la sphère privée et n'est par conséquent accessible qu'à condition d'avoir les deniers exigés. Les loyers s'établissent dans une fourchette de prix variant de 800 \$ à 2000 \$ par mois.

Vieillir à domicile exige également des interventions sur le plan de l'aménagement du territoire. Nombre de banlieues voient leur population vieillir. «L'aménagement de ces banlieues se distingue par l'absence de trottoirs et la séparation stricte des activités commer-

ciales et résidentielles. Dépanneur, pharmacie et autres commerces se trouvent facilement éloignés de deux ou trois kilomètres.» Or, il est fréquent que des altérations de la vue accompagnent le vieillissement. Il devient difficile de conduire, puis cela n'est tout simplement plus possible. Comment faire alors? Les services de livraison à domicile se font plus rares en banlieue. Reste donc à solliciter un proche. Les quartiers mixtes, quant à eux, garantissent une plus grande autonomie du fait de la proximité.

Le colloque «Vieillir à domicile» réunit un grand nombre d'experts qui s'accordent sur la nécessité d'agir tant pour aujourd'hui que pour demain. Cela constitue la théorie, pourrait-on dire. Mais qu'en est-il de la mise en pratique? Les gouvernements ne peuvent se désolidariser de ces populations qui, de toute façon, s'en viennent fermement et avec célérité leur demander des comptes. Le pouvoir gris est en marche.

E. Z.

VIEILLIR À DOMICILE

Un colloque présenté dans le cadre des 17^{es} Entretiens Jacques-Cartier Centre d'arts Orford 3165, Chemin du parc Orford Du 4 au 6 octobre

En santé et services sociaux

Votre quotidien le cœur de nos actions



Offrez-vous un nouveau départ

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
1 800 465 0897 (poste 2208)
www.csq.qc.net

♦ SANTÉ ♦

Recherche et éthique

Le recours aux cellules souches en clinique et le veto américain

« Pourquoi donc ne pas considérer [l'embryon] comme un donneur d'organes qui pourrait changer la vie d'êtres humains souffrants ? »

Le 9 août 2001, George W. Bush, président depuis à peine sept mois, émettait un important édit touchant la délicate question de la recherche sur les cellules souches provenant d'embryons humains. Il annonçait que son gouvernement ne financerait aucune recherche sur ce type de cellules, si prometteuses soient-elles, hormis celles utilisant une soixantaine de lignées déjà existantes. Un chercheur québécois réagit à ce diktat.

CLAUDE LAFLEUR

Le président américain concluait en 2001 son énoncé en affirmant: « Je crois que toute vie humaine est un cadeau du Créateur. Je m'inquiète d'une société qui déprécie la vie et je crois que, en tant que président, j'ai l'obligation de favoriser et d'encourager le respect de la vie aux États-Unis et à travers le monde. » C'était tout juste un mois avant les événements du 11 septembre...

L'épineux problème abordé par le nouveau président porte sur le fait que les cellules en question sont obtenues à partir d'embryons humains créés en éprouvette à l'aide de la technique de la fécondation *in vitro*. Si, donc, on implantait un tel embryon dans l'utérus d'une femme, on obtiendrait neuf mois plus tard un enfant alors que, dans le cas de la recherche sur les cellules souches, on interrompt le processus après quelques jours de développement embryonnaire afin d'en extraire les précieuses cellules.

Un pas vers le clonage humain?

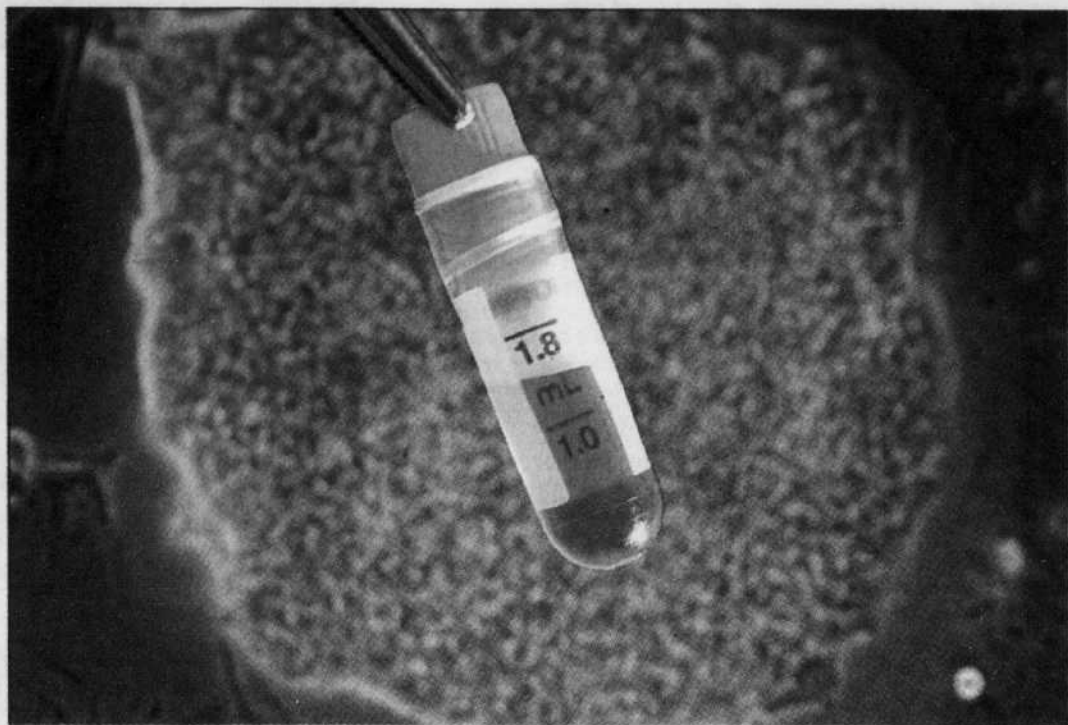
L'intérêt des cellules souches est considérable puisqu'il s'agit de cellules qui, au cours du développement de l'embryon, se transforment en cellules spécialisées, par exemple en cellules osseuses, en cellules de peau, en cellules cardiaques ou en neurones, etc. Or, on pourrait implanter de telles cellules chez quelqu'un qui est gravement affecté par une déficience ou une dégénérescence cellulaire, notamment un enfant souffrant de leucémie ou une personne âgée affligée par la maladie de Parkinson.

Cette avenue, qui offre des perspectives véritablement extraordinaires pour le traitement d'une foule de maladies, pose bien entendu de délicats problèmes éthiques. Premièrement, peut-on créer la vie en éprouvette simplement dans le but d'en extraire des cellules souches? L'embryon de quelques jours est-il un « être humain en devenir » ou simplement un amas de

cellules? Et si on désire implanter des cellules souches parfaitement compatibles avec l'organisme du receveur, on aurait intérêt à créer en éprouvette le clone de cette personne. Mais peut-on admettre la création de clone humain... qu'on détruirait au bout de quelques jours seulement? « Comme à peu près tous les Américains, je m'oppose fermement au clonage humain, avait déclaré Bush à l'époque, et nous rejetons l'idée de concevoir des êtres humains pour servir de pièces de rechange ou pour créer de la vie simplement pour nos besoins. »

Toutefois, au moment où le président « tranchait », il existait déjà une soixantaine de lignées de cellules souches d'origine humaine. « Ces lignées ont été créées à partir d'embryons qui ont déjà été détruits et elles ont la capacité d'être régénérées indéfiniment », expliquait George Bush. « Je conclus donc que nous devons permettre l'octroi de fonds fédéraux pour des recherches faites à partir de ces lignées existantes étant donné que, dans leur cas, la décision de vie ou de mort a déjà été prise. »

Entre-temps, la situation s'est complexifiée du fait qu'on a découvert qu'on retrouve dans certains organes de tout être humain adulte, notamment dans la moelle osseuse, des réserves de cellules souches. Il est par conséquent théoriquement possible de réaliser des travaux avec des cellules souches humaines sans passer par le processus embryonnaire. Toutefois, le recours à des embryons présente maints avantages, d'autant plus qu'il existe une importante source de ce type: les embryons surnuméraires. Dans ce cas, il s'agit d'embryons préparés en vue de la fécondation d'une mère ayant recours à la technique de fécondation *in vitro*, mais qui n'ont pas servi. C'est ainsi que les cliniques de fertilité disposent de quantité d'embryons dits surnuméraires et qui sont tout bonnement détruits... à moins de servir à la recherche scientifique (et, éventuellement, pour de puissantes cures).



PETER MACDIARMID REUTERS

L'intérêt des cellules souches est considérable puisqu'il s'agit de cellules qui, au cours du développement de l'embryon, se transforment en cellules spécialisées, par exemple en cellules osseuses, en cellules de peau, en cellules cardiaques ou en neurones, etc.

Au Canada, le gouvernement autorise les recherches utilisant des embryons surnuméraires, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis, alors que l'Angleterre vient de permettre la création d'embryons pour des fins de recherche. Où donc peut-on tracer les limites?

Le dilemme d'un chercheur

« Avec ses croyances, il n'y a rien d'étonnant à ce que George Bush ait mis un terme à la recherche sur les cellules souches », indique le biologiste François Pothier. « Bien sûr, on doit se demander si c'est une avenue dans laquelle on doit absolument s'engager... mais pas pour les raisons qu'il invoque! »

Professeur titulaire au département des sciences animales de l'Université Laval et chercheur au Centre de recherche en biologie de la reproduction, M. Pothier se questionne intensément depuis plus de 15 ans sur les enjeux éthiques soulevés par l'utilisation des cellules souches d'origine humaine. « Je travaille dans un centre en biologie de la reproduction et j'ai participé au programme de fécondation *in vitro* du Centre hospitalier de l'Université Laval », relate-t-il. En tant

que biologiste, je constate à quel point il y a du potentiel avec ces embryons-là, mais je n'ai toutefois jamais créé des cellules souches [humaines] en laboratoire. J'ai été cependant amené à m'y pencher, surtout du point de vue éthique, car j'ai participé à des comités de réflexion. Bref, j'ai donc davantage un rapport avec la problématique qu'avec le travail sur des cellules souches. »

Le chercheur est très conscient des possibilités extraordinaires que pourrait permettre l'utilisation des cellules souches. Il relate l'exemple suivant: imaginez qu'on doive « réparer » quelque chose en vous, dit-il. L'idéal serait qu'on prélève quelques cellules de votre peau et qu'on crée un embryon à partir de celles-ci — un clone. Au bout de sept jours, on détruit l'embryon afin d'en extraire des cellules souches qui seront parfaitement compatibles avec vous (puisqu'elles ont votre code génétique). Après les avoir amenées à se transformer en neurones, on pourrait

alors réparer la zone défectueuse de votre cerveau si vous souffrez, par exemple, de Parkinson. « On réalisera de tels prodiges d'ici dix ans au maximum, sinon même bien avant, précise le chercheur, car on en est aux portes! »

Amas de cellules ou fœtus?

L'enjeu que soulève une telle possibilité est, bien entendu, de déterminer s'il est acceptable de créer des embryons clones alors qu'à peu près tout le monde s'entend pour interdire le clonage humain. « Mais en sachant qu'on crée un clone qu'on ne mènera pas à terme, pourquoi pas? », de lancer M. Pothier. Il y a de fait, rapporte-t-il, des spécialistes pour qui un tel embryon n'est qu'un petit amas de cellules alors que pour d'autres, il s'agit d'un fœtus, d'un embryon qui pourrait devenir quelqu'un.

« J'ai beaucoup de difficulté avec le statut de l'embryon, poursuit-il. Est-ce que, immédiatement après la fécondation, ou après deux jours, on a

un embryon humain, un être en devenir? J'avoue que je suis très embêté de répondre à cette question. J'y réfléchis depuis des années mais je n'arrive pas à y répondre... peut-être parce que j'ai moi-même des enfants, ou parce que j'ai travaillé sur la fécondation *in vitro* [de mères]. »

« Vous savez, évoque le biologiste, quand on est fin seul dans son laboratoire devant un microscope et qu'on a un embryon humain sous les yeux, ce n'est alors qu'une sphère microscopique qui a deux noyaux. Mais j'ai déjà eu l'impression d'être observé plutôt que d'être l'observateur! Quand on regarde dans son microscope, n'y voit-on pas le premier sourire d'un être humain en devenir? Moi, en tout cas, c'est comme cela que je le vois: je vois un être humain devant moi. Mais d'un autre côté, autant j'ai beaucoup de respect pour cet embryon qui pourrait devenir un enfant, autant je crois qu'il est injuste qu'un enfant de quatre ans atteinte d'une leucémie et qu'on pourrait justement traiter grâce à cet embryon... Comprenez-vous à quel point il peut être perturbant d'être devant une situation ou, tout à coup, il y a moyen de guérir un enfant à partir du même germe qui l'a amené à être ce qu'il est? »

Par conséquent, si François Pothier ne désire pas travailler avec des embryons humains pour obtenir des cellules souches, il ne condamne absolument pas ceux qui le font. « Pour moi, ce n'est pas une question de morale et surtout pas un enjeu religieux, mais c'est plutôt une question d'émotivité, entre autres parce que j'ai des enfants et à cause de tout ce que je vois. Ce n'est pas un matériel banal! »

M. Pothier relate par contre que, autour de lui, plusieurs chercheurs sont en désaccord, considérant plutôt qu'un embryon de quelques jours n'est qu'un amas de cellules sans autonomie et qui pourrait même constituer un donneur d'organes. « Au même titre qu'une personne en fin de vie peut devenir un donneur d'organes, explique-t-il, tout embryon, en l'absence d'un utérus pour lui permettre de se développer, n'a aucune chance de survivre. Pourquoi donc ne pas le considérer comme un donneur d'organes qui pourrait changer la vie d'êtres humains souffrants? »

MDS

Pharma Services



Je l'ai fait pour nous tous

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

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

Si vous souhaitez participer à l'une de ces études à notre centre national de recherche de ville Saint-Laurent, n'hésitez pas à communiquer avec nous pour en savoir davantage.

Candidats recherchés :

hommes et femmes non-fumeurs, 18 à 55 ans.

Durée du séjour : 2 séjours

du mardi au jeudi.

Indemnité compensatoire : 900\$

www.mdsp.com

(514) 333 0010 • 1 800 593 7230

Monsieur Charest,
L'argent de la santé
doit rester
en santé!

SCFP

Syndicat canadien de
la fonction publique



Un **CHOIX** évident

La santé impossible sans les infirmières



FÉDÉRATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU QUÉBEC