

Santé

LES SAMEDI 19 ET DIMANCHE 20 MAI 2018

VIEILLISSEMENT

L'intelligence artificielle au service de la santé

Des chercheurs se penchent sur les données pour améliorer les soins aux aînés

ETIENNE PLAMONDON EMOND

Collaboration spéciale

Quels signes, quels facteurs ou quels changements dans la vie d'une personne âgée peuvent constituer un signal d'alarme pour prévenir la détérioration de son état de santé? Pour répondre à ce genre de questions, Maimouna Bagna, stagiaire postdoctorale au Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, utilise une démarche issue de l'informatique et de l'intelligence artificielle : le forage de données.

L'ingénieure de formation a présenté son approche le 8 mai dernier à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), lors d'un colloque sur le croisement entre les sciences des données et les sciences sociales dans le cadre du congrès de l'Acfas.

Plutôt que de faire parler les données, Maimouna Bagna cherche plutôt à écouter ce qu'elles ont à dire, sans hypothèses de départ ni a priori. Elle les explore de manière à découvrir des corrélations ou des « patrons », afin de formuler des hypothèses inattendues, de mettre en lumière des interactions sous-estimées et d'obtenir une vision plus globale du processus du vieillissement. Bref, elle utilise une méthode déjà répandue en marketing pour prédire les comportements d'achat et cibler la publicité, mais dans le but d'anticiper l'évolution de l'état de santé de personnes vieillissantes pour améliorer les mesures de prévention et personnaliser les services de soins.

Données croisées

Pour y arriver, elle travaille notamment avec les chercheurs Alan Cohen, Hélène Payette et Shengrui Wang, tous affiliés à l'Université de Sherbrooke. Son terrain de jeu principal : l'étude longitudinale NuAge, réalisée dans cet établissement d'enseignement supérieur, qui a suivi pendant cinq ans, à partir de 2004, une cohorte de près de 1800 personnes âgées de 67 à 84 ans. Une foule de données, notamment sur leur nutrition, leurs activités physiques, leur qualité de vie, leur pression artérielle, leur cognition ou leur autonomie, y ont été colligées.

Maimouna Bagna a croisé jusqu'à 26 variables associées à 10 domaines différents du vieillissement, pour essayer d'en dégager un nombre restreint de profils. Elle s'est ensuite attardée à l'évolution des sujets dans le temps, afin de voir si une personne demeurait associée au même profil ou se retrouvait dans un autre quelques années plus tard. « Il n'y avait presque jamais de transition directe entre le profil des gens les plus en santé et le profil de ceux qui l'étaient le moins, remarque-t-elle en entrevue. Donc, il y avait un passage par un profil transitoire, un profil à risque. »

La chercheuse s'est penchée sur les indices qui permettraient d'évaluer les probabilités qu'une personne tombe dans un état de fragilité. Cet état propre aux personnes âgées, mais évitable dans le vieillissement, possède plusieurs définitions. Il se résume

VOIR PAGE D 2 : AÎNÉS



Santé globale
Se ressourcer pour mieux soigner
D 2



INRS
Stimuler le système immunitaire pour vaincre le cancer
D 4

POUR UNE ASSURANCE MÉDICAMENTS UNIVERSELLE POUR TOUS ET TOUTES.



<https://ftq.qc.ca>

SANTÉ

SANTÉ GLOBALE

Se ressourcer pour mieux soigner

Les soins sont au cœur du Carrefour d'innovation du Monastère des Augustines

Poursuivre la mission des sœurs augustines, voilà la volonté qu'avait le Monastère des Augustines lorsqu'il a lancé son projet de Carrefour d'innovation en santé globale, un lieu d'apprentissage pour prendre soin de ceux qui prennent soin.

ALICE MARIETTE

Collaboration spéciale

« Les sœurs augustines ont vraiment participé à l'évolution de la pensée médicale occidentale, elles sont comme les fondatrices de notre système de santé », rappelle d'emblée Isabelle Duchesneau, directrice générale du Monastère. On leur doit effectivement le premier hôpital en Amérique du Nord, construit à leur arrivée dans la province en 1639.

Après des siècles à prendre soin des malades, les sœurs ont finalement légué leur patrimoine à la population du Québec: les ailes du premier hôpital, un lieu « fondateur de notre pays », selon M^{me} Duchesneau, mais aussi 40 000 objets de collection et un kilomètre d'archives. « Quand on dit conserver religieusement, cela prend tout son sens ici, car il s'agit des archives les mieux conservées au Canada! » lance la directrice.

En 2015, le Monastère, qui se situe dans le Vieux-Québec, a rouvert ses portes, fraîchement rénové et abritant dorénavant un hôtel, un musée et un centre d'archives. « Dans l'ancrage de leur approche, tout a été pensé pour prendre soin des gens », mentionne M^{me} Duchesneau.

Innovations sociales

Pour perpétuer l'héritage des sœurs, l'équipe du Monastère a décidé de développer la mission sociale et de lancer fin 2017 son Carrefour d'innovation en santé globale. Véritable pôle d'innovation sociale, le Carrefour a pour objectif d'étudier et de mener de la recherche-action sur les interventions en santé globale, mais aussi sur les bienfaits des séjours de ressourcement.

« Le Monastère va devenir un laboratoire vivant et, comme le mot le dit, un carrefour rassemble des individus, des organismes, des partenaires qui s'occupent de la santé préventive



Le Monastère des Augustines, à Québec

RENAUD PHILIPPE LE DEVOIR

dans une approche de santé globale et durable. Pour cela, il faut passer par la transformation personnelle des gens pour qu'ils deviennent plus autonomes face à leur propre santé. On accompagne les individus vers cette autonomie physique, mentale, émotionnelle et spirituelle », explique M^{me} Duchesneau.

Si le Carrefour est avant tout un lieu physique, une approche virtuelle est aussi envisagée, avec une plateforme pour assurer le transfert de connaissances au-delà des murs.

Archivage

Le premier objectif du Carrefour est de continuer le travail colossal d'archivage mené

par les sœurs au fil du temps. « Toute l'histoire des sciences de la santé est ici et pour continuer dans la lignée de l'archivage, nous allons passer par la recherche et tout documenter scientifiquement », explique la directrice générale.

Ce premier objectif est rendu notamment possible grâce au partenariat avec l'Université Laval. En outre, un premier projet-pilote de séjours de bien-être et de ressourcement pour les étudiants en médecine de l'Université Laval a été mené en mars dernier. La Chaire de leadership en enseignement en pédagogie des sciences de la santé de l'Université Laval était présente pour observer les étudiants, en vue

« La grande vision du Carrefour est un bien-être individuel pour un bien-être collectif »

Isabelle Duchesneau, directrice générale du Monastère des Augustines

de déterminer s'il est pertinent de proposer ce type de séjour dans la formation des sciences de la santé. « Comment peut-on être soignant sans s'occuper de nous-même ? » glisse M^{me} Duchesneau.

Proches aidants

Par ailleurs, le Carrefour va aussi accompagner les proches aidants. « Depuis notre ouverture, nous avons une suite pour eux, pour leur offrir un moment de répit, mais on aimerait aller plus en profondeur, chercher comment bonifier les séjours et les approches », décrit M^{me} Duchesneau, ajoutant envisager du mentorat.

L'équipe souhaite aussi étudier l'épuisement des dirigeants en milieux sociaux et communautaires, pour tenter de travailler sur la prévention, toujours dans une perspective globale. « La grande vision du Carrefour est un bien-être individuel pour un bien-être collectif », détaille la directrice. Et des choses sont à puiser dans l'histoire: les sœurs augustines prenaient toujours le temps de se ressourcer. « On peut s'en inspirer et trouver des façons de se reconnecter, avec la méditation ou encore le yoga », pense M^{me} Duchesneau.

Enfin, le Carrefour se fera « à hauteur de partenariats stratégiques et financiers », et le Monastère ne peut agir seul. Aujourd'hui, en plus de l'Université Laval, le projet est ainsi soutenu par Alliance santé Québec et le CHU. « Nous avons été mobilisateurs, initiateurs, ce que nous faisons collectivement, c'est unique au monde, car le legs est unique et il a été fait à nous tous », conclut M^{me} Duchesneau.

La méditation pleine conscience dans les facultés de médecine

ETIENNE PLAMONDON-EMOND

Collaboration spéciale

Pour stimuler l'empathie chez les professionnels de la santé, la méditation pleine conscience est désormais enseignée dans plusieurs facultés de médecine.

Stéphane Rivest, intervenant en soins spirituels au CIUSSS de l'Estrie et chargé de cours à l'Université de Sherbrooke, donne de telles formations auprès des futurs médecins et du personnel soignant déjà sur le

marché du travail. Il indique que cette démarche les amène à ressentir de l'empathie « envers eux-mêmes » dans un premier temps, puis envers les patients.

« Il y a dans l'esprit de la pleine conscience cette idée de l'auto-compassion », précise-t-il. « Si le soignant est plus en contact avec sa propre vulnérabilité, sa propre souffrance et sa propre humanité, forcément il va être plus à l'écoute et plus attentif à la vulnérabilité, à la souffrance et à la détresse de son patient. »

Une revue de littérature réa-

lisée en 2016 par des chercheurs de l'Université de Montréal et du CHU Sainte-Justine avait répertorié cinq études qui avaient constaté que la méditation pleine conscience avait amélioré l'empathie chez des professionnels de la santé.

Stéphane Rivest constate néanmoins que, dans certains cas, cette démarche mène les professionnels de la santé à davantage prendre conscience de leur épuisement professionnel et à remettre en question leur choix de carrière.

traient, selon elle, de personnaliser davantage les soins et de mieux guider les professionnels de la santé dans la prise en charge visant à prévenir la détérioration de l'état de santé d'une personne âgée avant qu'elle ne fréquente à répétition les hôpitaux.

Évolution de l'offre de service

Sans verser dans le forage de données, Yan Giroux tente d'analyser l'évolution, au Québec, de l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie à l'aide des données probantes disponibles. « Il n'y a pas d'étude sur un portrait global de la situation et c'est important de le faire », signale l'infirmier clinicien, qui réalise ce projet dans le cadre de sa maîtrise en science infirmière à l'Université de Montréal.

Certaines données restent à colliger, notamment sur les soins à domicile et les résidences privées. Mais celles qu'il a dévoilées le 7 mai dernier, lors des communications libres au congrès de l'Acfas, révèlent une des pièces du casse-tête: les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) comptaient en 2016 près de 2700 lits de moins qu'en 2006. En 10 ans, des lits en CHSLD ont disparu dans toutes les régions du Québec, à l'exception de l'Estrie, des Laurentides, de Lanaudière, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec. « Ça ne me surprend pas », précise-t-il.

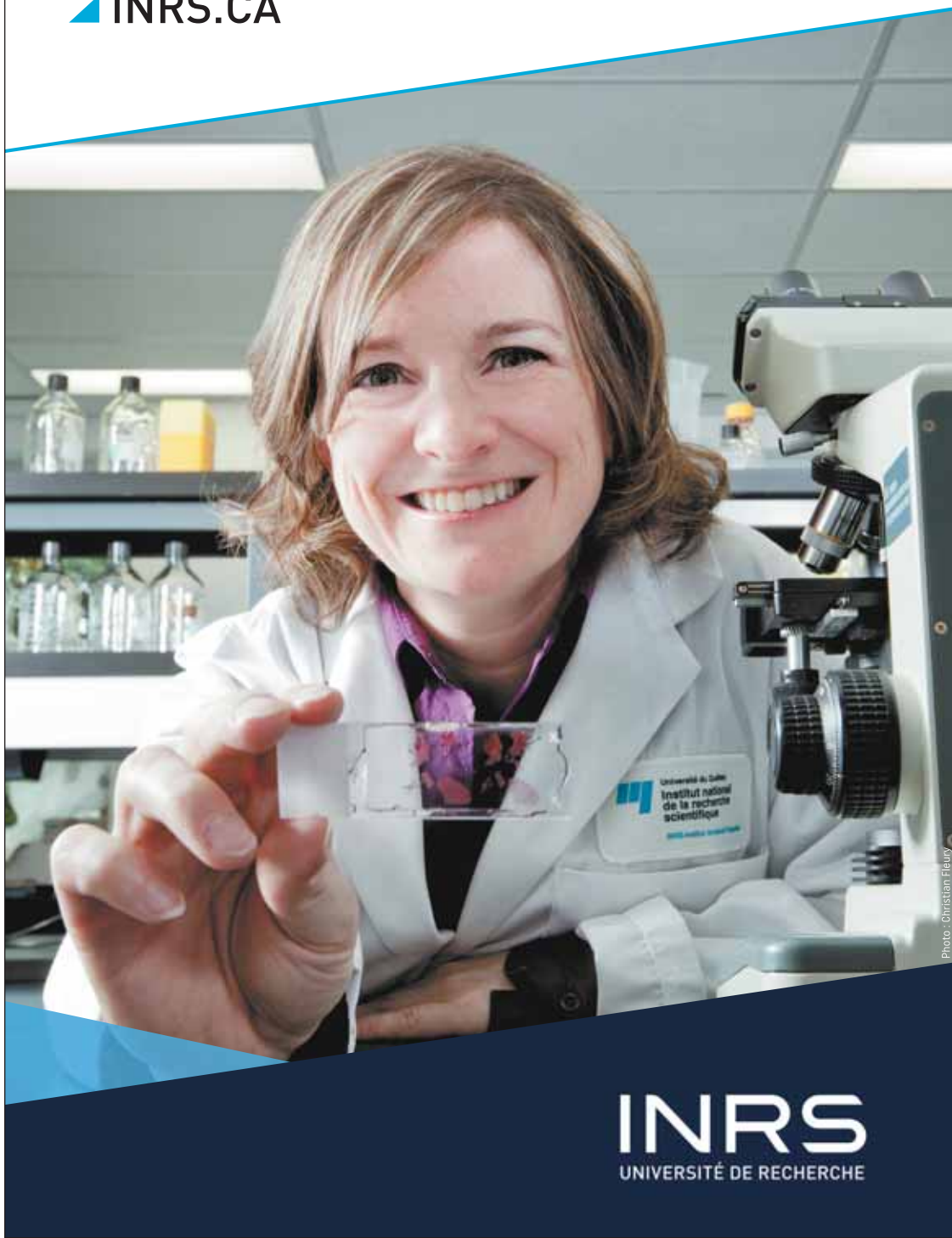
« La deuxième question qu'on va se poser c'est: est-ce que les services publics de soins à domicile ont diminué ou augmenté ? » Les chiffres à ce sujet permettront de savoir si l'offre de service, dans son ensemble, a pris un virage ou s'est tout simplement réduite. L'évolution des données sur le temps d'attente avant de recevoir des soins à domicile sera révélatrice de la flexibilité du réseau pour répondre à temps à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie.

« La moindre des choses, c'est qu'on offre les soins de manière optimale à l'ensemble de cette population, dit Yan Giroux. Si on ne s'attarde pas à ces données, c'est un peu comme faire un voyage entre Montréal et la France avec un gros Boeing, mais sans radar. On sait d'où on part, on a une idée approximative d'où on s'en va, mais on ne se donne pas trop les outils pour y arriver. »

La recherche au service de la santé des femmes

La professeure **Isabelle Plante** étudie les mécanismes du développement du cancer du sein et les effets des polluants environnementaux qui accélèrent la puberté.

INRS.CA



INRS
UNIVERSITÉ DE RECHERCHE

AÎNÉS

SUITE DE LA PAGE D 1

généralement à un affaiblissement, une perte de poids et une diminution des capacités à affronter des difficultés, voire à se remettre de problèmes de santé.

« La personne va beaucoup fréquenter les hôpitaux, y rester longtemps et revenir souvent, explique-t-elle. Une fois dans un état de fragilité, c'est rare qu'on en sorte. Cela va un jour mener au décès, mais après plusieurs années éreintantes. On cherche donc des facteurs qui prédisposent à cette fragilité avant qu'elle n'arrive. »

Maimouna Bagna s'est attelée à découvrir les paramètres qui changent dans le temps lors du passage d'une personne d'un profil à un autre. « Les facteurs qui ressortent le plus sont la perte d'autonomie, une diminution de l'activité physique, ainsi qu'une diminution du soutien et de la participation sociale, avec parfois des risques nutritionnels et des douleurs qui embarquent. » Selon la chercheuse, ces constats signifient que, lorsque de tels changements sont observés dans la vie d'un aîné, « il faut réagir », car les probabilités que son état de santé se détériore graduellement deviennent plus élevées.

En étudiant la transition entre les profils, M^{me} Bagna remarque aussi certaines différences entre les hommes et les femmes. Chez ces dernières, la participation sociale apparaît comme une variable importante pour se maintenir dans le profil des personnes en meilleure santé, alors que, pour les hommes, cet indice semble jouer un rôle plus faible. Chez ces derniers, l'activité physique s'avérerait plus déterminante que pour les femmes. Parmi les éléments détériorant l'état de santé, la dépression semble peser lourd chez les hommes, tandis que chez les femmes elle devait généralement s'accompagner de pertes cognitives pour devenir aussi délétère.

M^{me} Bagna souhaite que ce forage se poursuive avec le plus de bases de données possible, afin de construire un jour des systèmes dits « intelligents » et auto-apprenants. Ceux-ci permet-

SANTÉ

QUÉBEC

Succès de l'offre élargie de tests génétiques

Depuis janvier, la demande de dépistage de gènes pour quatre maladies héréditaires a presque doublé

ETIENNE PLAMONDON EMOND

Collaboration spéciale

Le volume d'analyses pour dépister les porteurs de gènes associés à quatre maladies héréditaires récessives a presque doublé depuis le 19 janvier dernier au Service de biologie moléculaire et de génétique du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le chef de ce service, Luigi Bouchard, a dévoilé le 7 mai dernier à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), lors d'un colloque sur le transfert de connaissances en génétique dans le cadre du congrès de l'Acfas, que plus de 1100 trousse d'autoprélèvement avaient été envoyées depuis cette date à ceux qui en avaient fait la demande. Plus de 750 d'entre elles avaient été retournées.

La raison: le gouvernement du Québec a annoncé en début d'année l'élargissement de l'offre des tests de porteurs des gènes liés à l'acidose lactique congénitale, l'ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay, la neuropathie sensitivo-motrice héréditaire et la tyrosinémie de type 1. Ces maladies, sans traitement éprouvé, sont associées à de très hauts taux de morbidité et de mortalité.

Jusqu'à-là, ce service n'était offert qu'à la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean, où une personne sur cinq est porteuse d'un gène lié à l'une ou l'autre de ces maladies. Désormais, l'offre est disponible gratuitement à toute personne au Québec qui a un projet familial et dont au moins un des grands-parents est originaire des régions de Charlevoix, de la Côte-Nord ou du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Une trousse a été conçue à cet effet. Elle contient deux cotons-tiges, à l'aide desquels une personne prélève elle-même ses cellules buccales, avant de retourner la trousse par la poste. Dans le cas d'un résultat positif, un conseiller génétique entre en contact avec elle.

Ce programme est l'aboutissement de décennies de travail en la matière au Saguenay-Lac-Saint-Jean, où il s'agit d'un enjeu de santé publique. Les gènes responsables de ces quatre maladies ont été découverts entre 1993 et 2003. Dès 2005, le dépistage en cascade, c'est-à-dire effectué chez les membres de la famille d'un enfant malade, a été mis en place dans la région.

« Il se posait un problème d'équité », a souligné Luigi Bouchard, aussi professeur à l'Université de Sherbrooke. Cette approche ne rejoignait que 10 à 15% des couples à risque. « Cela laissait 85% à 90% de la population sans service pour les aider à se préparer à la naissance possible d'un enfant atteint. »

Entre 2009 et 2014, un projet-pilote a offert des



Une trousse a été conçue pour le dépistage. Elle contient deux cotons-tiges, à l'aide desquels une personne prélève elle-même ses cellules buccales, avant de retourner la trousse par la poste.

tests génétiques à l'ensemble des gens de la région avec un numéro de téléphone sans frais et six centres de prélèvement dispersés dans les services de première ligne. L'approche a été maintenue et, de 2010 à 2017, plus de 12 800 personnes ont passé le test sur une base volontaire, ce qui a permis d'informer 67 couples dont les deux partenaires s'avéraient porteurs du gène de la même maladie.

« Ça a été utile pour ces personnes. On ne sait pas ce qu'il est advenu de la grossesse: ce n'est pas une statistique qui nous intéresse, a souligné Luigi Bouchard, qui a insisté sur le fait que l'objectif ne consiste pas à éradiquer les affections génétiques. Le but, c'est de donner les outils aux personnes pour qu'elles prennent une décision libre et éclairée. » D'autres conjoints ont appris qu'ils étaient tous les deux porteurs du même gène d'une maladie depuis l'élargissement du

service en janvier dernier.

Pour ces derniers, le résultat va possiblement les placer devant un dilemme déchirant. « Cela peut être l'une des décisions les plus difficiles à prendre dans une vie », a souligné Marie-Eve Poi-

Québec a annoncé l'élargissement de l'offre des tests de porteurs des gènes liés à l'acidose lactique congénitale, l'ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay, la neuropathie sensitivo-motrice héréditaire et la tyrosinémie de type 1

tras, professeure à l'UQAC, lors du même colloque. Avec sa collègue Mélissa Lavoie, elle entame un projet de recherche pour mettre au point des outils afin d'aider ces couples, et sur-

tout les femmes à qui revient le dernier mot en matière de grossesse, dans leurs choix.

Questionnement éthique

Dans une revue de littérature, les professeures ont constaté qu'après des dépistages génétiques prénataux, les personnes peuvent se poser des questions éthiques difficiles sur le fait de donner naissance à un enfant qui pourrait souffrir, mourir jeune ou pour lequel elles jugent ne pas avoir les ressources afin d'assurer les soins nécessaires.

Dans le soutien donné à ce moment charnière, « comme clinicien, on échoue », a reconnu Marie-Eve Poitras, qui est aussi infirmière clinicienne. « On n'est pas très bons quand c'est le temps de vulgariser les informations scientifiques. Puis, parfois, on donne plus de poids aux évidences scientifiques qu'à ce que le patient veut vraiment », a-t-elle précisé en entrevue. En parlant avec eux, elle s'est aperçue que certains avaient vécu de manière négative l'expérience de la prise de décision ou avaient changé d'idée peu de temps après.

Les outils d'aide à la décision permettent généralement d'explicitier la décision à prendre, de détailler toutes les options — y compris celle de ne rien faire — et leurs résultats sur la santé, en plus de clarifier les valeurs personnelles et préférences de la personne.

Leur recours et les études à leurs sujets sont plus fréquents dans le cas de personnes confrontées à leur propre maladie, comme lors de dépistage de cancer du sein ou de cancer de la prostate. Peu se concentrent sur les enfants à venir, sauf dans le cas d'anomalie fœtale.

Marie-Eve Poitras souligne que, pour la trisomie 21, les études démontrent que ces outils seraient bénéfiques. Ils rendraient les personnes plus sûres dans leur choix et avec l'avenir, tout en diminuant à long terme le conflit et le regret liés à la décision.

Le futur outil pour les quatre maladies héréditaires récessives fréquentes au Saguenay-Lac-

Saint-Jean invitera possiblement la personne à évaluer, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'elle accorde, par exemple, à la santé de l'enfant ou à l'équilibre familial. « Avec cette évaluation des valeurs et des préférences, la personne sait quelle décision est en adéquation et cohérente avec sa situation », et non dictée par la pression de l'entourage ou de

la société, a indiqué Marie-Eve Poitras. « L'outil d'aide à la décision ne permet pas de suggérer quelque chose: il permet que la personne prenne le bon choix, peu importe le choix qu'elle fait. »

FTQ

Plaidoyer pour une assurance médicaments universelle

Au Québec, il y a encore de nombreuses personnes qui ne prennent pas leurs médicaments pour des raisons financières, et leur proportion est croissante. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être, entre 2013 et 2016, elle est passée de 5 à 9%. Une situation indigne, dénonce la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ), qui souligne par ailleurs les injustices que génère le système hybride public-privé de la province. Le syndicat plaide pour la mise en place d'une assurance médicaments universelle et en fait l'une de ses principales revendications en vue de la prochaine élection générale.

HÉLÈNE ROULOT-GANZMANN
Collaboration spéciale

Pour une deuxième année de suite et profitant de la fête internationale des Travailleurs et Travailleuses, un groupe de militants de la FTQ a rencontré les députés de l'Assemblée nationale du Québec afin de les sensibiliser à leurs préoccupations. Trois sujets à l'agenda: la transition verte sans pétrole, la réforme du mode de scrutin et la mise sur pied d'un régime public d'assurance médicaments.

« Le coût des médicaments est extrêmement élevé au Canada en général et au Québec en particulier, souligne le président de la FTQ, Daniel Boyer. Avec un régime entièrement public, le Québec économiserait de 1 à 3 milliards de dollars par année, nous disent les économistes. C'est de 18 à 40% des dépenses en médica-

ments de l'État en moins. »

Un discours qui a fait mouche, semble-t-il, auprès du ministre de la Santé, Gaétan Barrette. M. Boyer raconte que ce dernier a déjà fait pression sur les compagnies pharmaceutiques l'été dernier afin de faire baisser le coût des médicaments génériques, et cela, avec succès. En réalité, tous les partis semblent sensibles aux arguments du syndicat, sauf la Coalition avenir Québec (CAQ). Son chef, François Legault, a en effet répondu que cette demande ne figurerait pas dans ses plans en cas de victoire le 1^{er} octobre prochain.

1087\$ par an

« Nous sommes pourtant le seul pays de l'OCDE à avoir un régime d'assurance maladie sans régime d'assurance médicaments universelle, c'est-à-dire qui s'adresse à toute la population, indique Daniel Boyer. Pour un patient, cela signifie que, s'il doit être soigné par



Au Québec, 45% de la population profite du régime de la RAMQ.

une opération à l'hôpital, il va être pris en charge par le régime public de santé. Mais s'il doit acheter des médicaments, il ne sera pas forcément couvert par un régime public. »

Au Québec, 45% seulement de la population profite du régime d'assurance médicaments de la RAMQ et 55% des Québécois sont en revanche couverts par un régime privé collectif inclus dans les avantages sociaux de leur entreprise. Ils n'ont d'ailleurs pas le choix. Dès lors qu'une organisation propose un régime collectif, le salarié se voit dans l'obligation d'y adhérer et d'y faire adhérer toute sa

famille si le conjoint n'en dispose pas lui-même dans sa propre entreprise.

« Certaines personnes, notamment les travailleuses et travailleurs à temps partiel, se retrouvent à payer des sommes disproportionnées par rapport à leur revenu pour leur assurance, souligne le président de la FTQ. On parle parfois d'un montant qui représente plus de 10% du revenu annuel. »

D'un autre côté, les adhérents au régime public peuvent payer jusqu'à 1066\$ par an en franchise, primes et autres coassurances. De plus, la croissance annuelle du prix des médica-

ments est plus importante et plus rapide au Québec qu'ailleurs au Canada ou dans les autres pays de l'OCDE. En 2014, les dépenses totales pour les produits pharmaceutiques (médicaments d'ordonnance et en vente libre) étaient de 1087\$ par personne au Québec. Dans le reste du Canada, la dépense s'élevait à 912\$ alors que la médiane pour l'ensemble des pays de l'OCDE était de 603\$, soit 45% de moins qu'au Québec, révèle une étude menée par des chercheurs de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS).

Discussions à Ottawa

« Dans le régime mixte, il y a plusieurs payeurs, explique Daniel Boyer. Le public, les régimes privés d'assurance médicaments et les particuliers. Ce système augmente les coûts d'administration et réduit le pouvoir d'achat et de négociation sur le marché pharmaceutique. Si le ministre devait négocier pour les médicaments de tous les Québécois et pas seulement des 45% affiliés au régime public, il aurait une plus forte marge de manœuvre. Il serait susceptible d'obtenir des prix de gros bien plus intéressants que ce que les pharmaceutiques lui offrent aujourd'hui. »

La FTQ rappelle que, lorsque le régime public d'assurance médicaments a été mis en place en 1997, le régime

mixte représentait une réelle avancée en permettant à près de 1,5 million de personnes de bénéficier d'une protection pour les médicaments d'ordonnance. Ultérieurement, le gouvernement visait l'adoption d'un régime entièrement public.

« C'est ce que nous demandons aujourd'hui », poursuit M. Boyer, indiquant que le sujet fait également l'objet de discussions dans le reste du Canada et que plusieurs comités recommandent la mise en place d'un régime public d'assurance médicaments.

« Si le Fédéral allait de l'avant avec un régime public, je ne vois pas bien comment nous pourrions demeurer avec notre régime mixte ici au Québec. Il s'agit d'un enjeu de santé publique, d'équité, de démocratie et de contrôle des coûts. »

Daniel Boyer refuse de croire par ailleurs que les pharmaceutiques ressortiraient perdantes si homogénéisation il y avait. Certes, le prix des médicaments serait revu à la baisse puisque c'est le but de l'exercice, mais les compagnies qui décideraient d'être énergiques pour conquérir des parts de marché y gagneraient en volume.

« Quant aux travailleuses et aux travailleuses, ils augmenteraient leur revenu disponible, conclut le président de la FTQ. Ce serait autant d'argent à injecter dans l'économie québécoise. »

Nous, on parle santé.

INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES CLINIQUES



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

fiqsante.qc.ca



SANTÉ

FIQ

Combien de patients pour une infirmière?

Le ratio professionnels en soins/patients est sous la loupe

MARIE-HÉLÈNE ALARIE
Collaboration spéciale

C'est une petite révolution qui a lieu actuellement dans le monde de la santé: le 29 mars dernier, le ministre de la Santé, Gaétan Barrette, et la présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), Nancy Bédard, ont annoncé le lancement des projets-pilotes sur les ratios professionnels en soins/patients.

La lutte de la FIQ concernant ces ratios remonte aux négociations de la dernière convention collective. «Les demandes provenant de nos membres étaient de diminuer la charge de travail», rappelle Jérôme Rousseau, vice-président de la FIQ. «Cette lutte s'est terminée par une lettre d'entente dans laquelle il est stipulé que ce sera dans le cadre de projets-pilotes que seront déterminées la faisabilité et la pertinence d'établir des ratios professionnels en soins», explique-t-il. À la suite de nombreux échanges, le mandat de la FIQ est aujourd'hui de déterminer des ratios et aussi de les implanter.

C'est avec une démarche précise que la FIQ procède à cette implantation. «Dans un premier temps, on a ciblé les unités de médecine, de chirurgie et les CHSLD pour les 13 premiers projets», déclare Jérôme Rousseau, qui ajoute que, «dans les régions où ces projets sont implantés, on a visé différentes unités de soins pour obtenir un portrait global.» On le sait, les niveaux de soins varient énormément qu'on travaille dans un hôpital universitaire ou dans un centre hospitalier en région, de jour, de nuit ou de jour.

«Pour le ministre Barrette, il est clair que ces projets tracent la voie au déploiement de nouveaux ratios pour l'ensemble du réseau», lance, confiant, le vice-président. La FIQ en est arrivée à déterminer que, pour un travail de jour en médecine et en chirurgie, une infirmière, accompagnée d'une infirmière auxiliaire, pouvait prendre en charge de 7 à 9 patients. Si actuellement ce nombre est de 11 à 14, il est évident que les ratios visés nécessiteront de nouvelles embauches. «Le ministre a déjà annoncé des discussions avec ses homologues au ministère de l'Éducation pour l'établissement d'un plan pour les années à venir», précise Jérôme Rousseau.

Le déploiement des projets-pilotes prévoit deux grandes phases. Nous en sommes actuellement à la préimplantation qui implique d'aller sur le terrain pour observer l'état de la situation: déterminer le

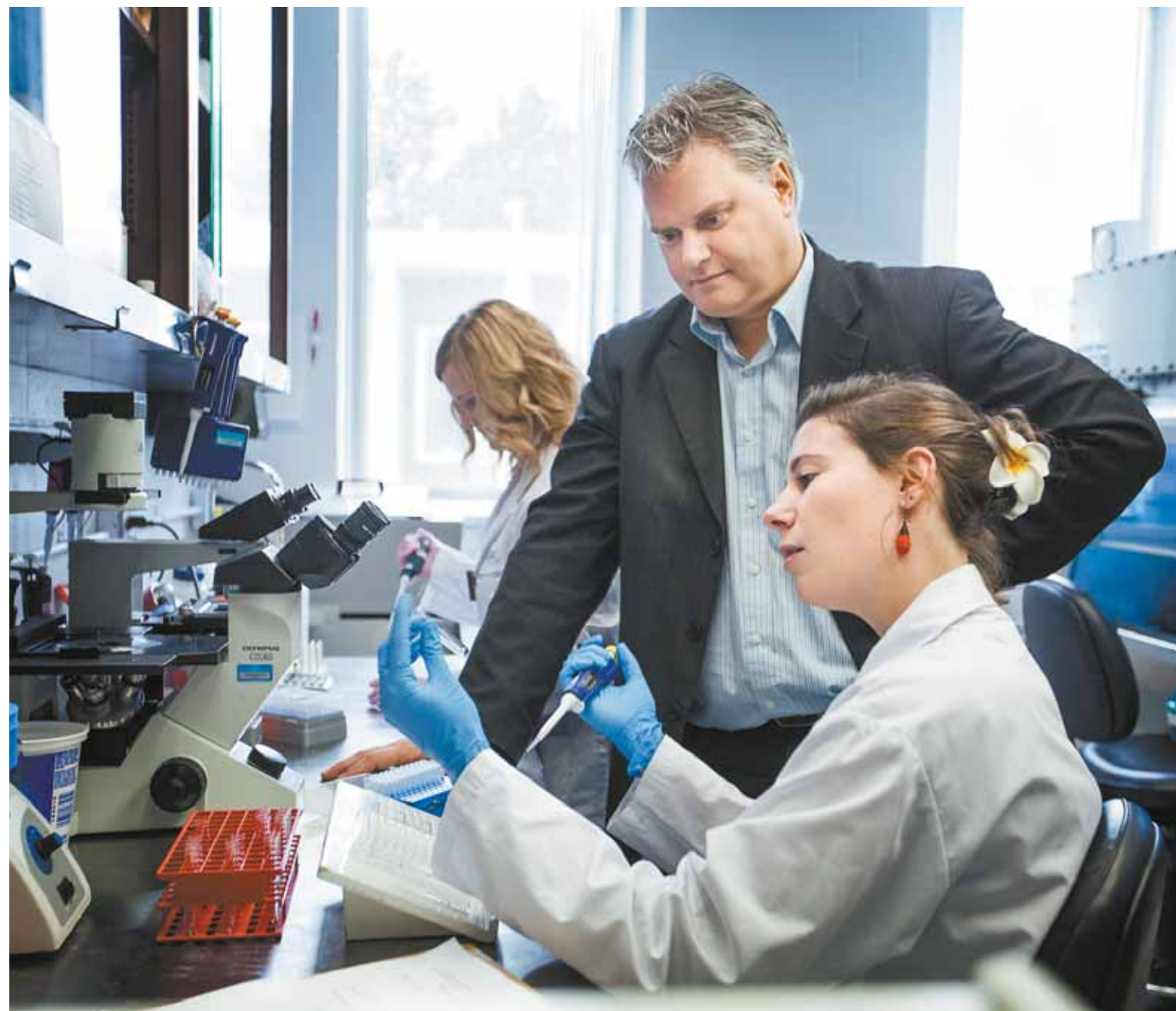
nombre d'infirmières et de préposés et évaluer les problèmes logistiques d'une unité de soins. «On doit aussi mesurer le niveau de soins et s'assurer que les infirmières sont vraiment dans leur champ de pratique», précise le vice-président. Cette phase pourra durer jusqu'à deux mois parce que c'est à ce moment que seront discutés les moyens pour la mise en place des nouveaux ratios qui nécessitera un ajout de personnel. Jérôme Rousseau précise qu'ainsi, «quand arrivera le jour J, on saura comment affecter le personnel et la planification aura déjà été faite».

Actuellement, la phase de réimplantation des projets va bon train et devrait se poursuivre tout au long du mois de mai. On vise le début septembre pour entamer la phase d'implantation qui, elle, durera quatre mois. Cette démarche vise les 13 premiers projets. Quatre autres devaient voir le jour dans différentes unités de soins; l'urgence, les soins à domicile, l'inhalothérapie et dans les soins de longue durée.

Depuis quelques années, le réseau d'hôpitaux publics de la Californie a fait l'exercice de modifier ses ratios. Aujourd'hui, on voit revenir des infirmières qui avaient quitté leur emploi pour le secteur privé et il y a eu des campagnes pour attirer les jeunes dans les facultés de soins infirmiers. «Quand il y a un plan national où les ministères de la Santé et de l'Éducation travaillent main dans la main, on améliore les conditions et l'image de la profession et l'attractivité revient... et c'est ce qui s'est passé en Californie», raconte Jérôme Rousseau, qui croit qu'on ne pourra pas y arriver en une seule année, mais qui reste sûr qu'un jour ou l'autre ça va se réaliser.

On ne peut passer sous silence la question des coûts puisqu'un tel déploiement n'est pas sans conséquence. On peut alors se questionner sur l'avantage d'un tel changement de cap pour un gouvernement. «Les impacts liés à l'amélioration des ratios sont importants: diminution des heures supplémentaires et de l'absentéisme et la réduction du nombre d'erreurs professionnelles ont été observés en Californie», souligne encore Jérôme Rousseau.

Le vice-président conclut: «Il y a une multitude d'avantages liés à l'implantation des ratios. Actuellement, il faut que les sommes qui sont dépensées dans le réseau de la santé soient mises au service des patients et des professionnels pour assurer des soins de qualité et sécuritaires.»



Le professeur Alain Lamarre et son équipe de recherche développent des stratégies en immunothérapie.

CHRISTIAN FLEURY

INRS

Vaincre le cancer par l'immunothérapie

Stimuler le système immunitaire pour combattre la maladie

Parce que les cellules cancéreuses sont d'abord des cellules saines, présentes depuis toujours dans l'organisme et qui, à un moment donné, mutent pour devenir malignes, le système immunitaire a souvent de la difficulté à les repérer. Ce qui permet à la maladie de proliférer rapidement à l'abri des regards. À l'Institut national de recherche scientifique (INRS), l'équipe du professeur Alain Lamarre développe de nouvelles stratégies en immunothérapie. Il s'agit de stimuler le système immunitaire pour qu'il trouve le cancer et le combatte.

HÉLÈNE ROULOT-GANZMANN
Collaboration spéciale

Le système immunitaire défend et protège notre corps contre les infections et les maladies. Il est formé d'organes, de cellules particulières et de substances qui agissent ensemble pour trouver et combattre les germes, comme les virus ou les bactéries, ou encore les cellules anormales ou malsaines qui provoquent des maladies telles que le cancer.

Les cellules cancéreuses ont à leur surface des molécules qui permettent au système immunitaire de les trouver et de les détruire. Mais certaines parviennent à se cacher du système immunitaire puisqu'elles ressemblent beaucoup à des cellules normales. Dans certains cas, le système immunitaire arrive à trouver les cellules cancéreuses sans être toutefois assez fort pour toutes les détruire. Certaines cellules cancéreuses peuvent même modifier la façon dont le système immunitaire réagit, faisant ainsi en sorte qu'il ne fonc-

tionne pas correctement.

«Une cellule cancéreuse est une cellule de soi, explique le professeur Lamarre, détenteur de la Chaire de recherche Jeanne et J.-Louis Lévesque en immunovirologie. Elle ne vient pas de l'extérieur comme un virus ou une bactérie. Or, les anticorps ne sont pas éduqués pour reconnaître le soi. Ils intègrent un mécanisme de tolérance au soi. C'est ce qui explique que les cancers puissent demeurer en dehors des radars pendant une longue période.»

Enlever le frein

Alain Lamarre ajoute que certaines cellules mutent beaucoup pour devenir tumorales mais que d'autres subissent peu de mutations, ce qui les rend d'autant plus difficilement repérables. La prolifération peut être alors très rapide. Il précise cependant que certaines personnes ont des anticorps qui parviennent mieux que d'autres à déceler les tumeurs malignes et donc à s'y attaquer.

Ce sont celles qui ont le plus de cellules immunitaires, aussi appelées lymphocytes. Et ce sont d'ailleurs aussi elles qui

répondent le mieux aux protocoles d'immunothérapie.

«C'est comme s'il y avait deux phases pour combattre le cancer, indique le professeur Lamarre. La première consiste à passer la barrière que la maladie dresse et qui lui permet de se cacher. La deuxième est de combattre la maladie à l'intérieur de la tumeur et pour cela, l'organisme a besoin de cellules immunitaires.»

Or, ajoute-t-il, la tumeur met en place des mécanismes moléculaires pour empêcher les cellules immunitaires de pénétrer à l'intérieur de la tumeur. Ou, si elles arrivent à pénétrer à l'intérieur, elle inhibe ses fonctions. Il y a comme un frein qui est enclenché.

«Ce que nous cherchons à faire dans mon laboratoire, indique-t-il, c'est d'enlever ce frein pour permettre aux cellules immunitaires de faire leur travail.»

Ce type de traitements en immunothérapie existe déjà. Ils sont proposés à certains patients ayant échoué en chimiothérapie ou en radiothérapie. Ils consistent à injecter des anticorps au patient afin de stimuler son système immunitaire. Ils sont très coûteux, mais fonctionnent très bien... lorsqu'il y a une réponse cependant, ce qui n'est le cas que pour 30% des personnes.

«Pour les autres, il ne se passe strictement rien, note Alain Lamarre. Une des hypothèses que nous avançons, c'est qu'elles n'ont pas assez de cellules immunitaires. Car à quoi bon débloquer le frein si ensuite il n'y a personne

pour s'attaquer au cancer? Pourquoi elles n'ont pas assez de cellules immunitaires? Ça, ce n'est pas encore clair. Nous y travaillons afin d'augmenter le ratio de personnes qui répondent bien.»

Vers un vaccin thérapeutique?

Le professeur avance que les recherches de son équipe offrent ultimement un fort potentiel de guérison de la maladie et d'éventuelles rechutes. Il explique que l'immunothérapie se fonde sur le même principe que la vaccination, à savoir que le système immunitaire est doté d'une mémoire.

«S'il rencontre une nouvelle fois le pathogène que nous lui avons injecté lors du traitement, il va le reconnaître et se défendre avant qu'il ne puisse s'installer, affirme-t-il. Nous avons déjà vu des guérisons totales et spectaculaires, des masses cancéreuses importantes disparaître, même avec métastases.»

Contrairement à une chirurgie ou à la radiothérapie, l'immunothérapie a aussi l'avantage d'être un traitement systémique qui se propage à tout le corps, de sorte que, si le cancer s'installe dans un autre organe, il y sera également repéré.

À terme, le professeur espère bien en arriver à la mise au point d'un vaccin thérapeutique, afin que l'immunothérapie, qui en général provoque moins d'effets secondaires que les autres traitements, puisse être proposée en première ligne.



La lutte de la FIQ concernant ces ratios remonte aux négociations de la dernière convention collective.

ISTOCK

Ce cahier spécial a été produit par l'équipe des publications spéciales du *Devoir*, grâce au soutien des annonceurs qui y figurent. Ces derniers n'ont cependant pas de droit de regard sur les textes. Pour toute information sur le contenu, vous pouvez contacter Aude Marie Marcoux, directrice des publications spéciales, à amarcoux@ledevoir.com. Pour vos projets de cahier ou toute autre information au sujet de la publicité, contacter iDmedia@ledevoir.com.

CHAOS DANS LE RÉSEAU

Allo Y'A QUELQU'UN? Témoignez!

alloyaquelquun.com
#AlloYaQuelquun

APTS