

TRANSPLANTATION DE CELLULES SOUCHES

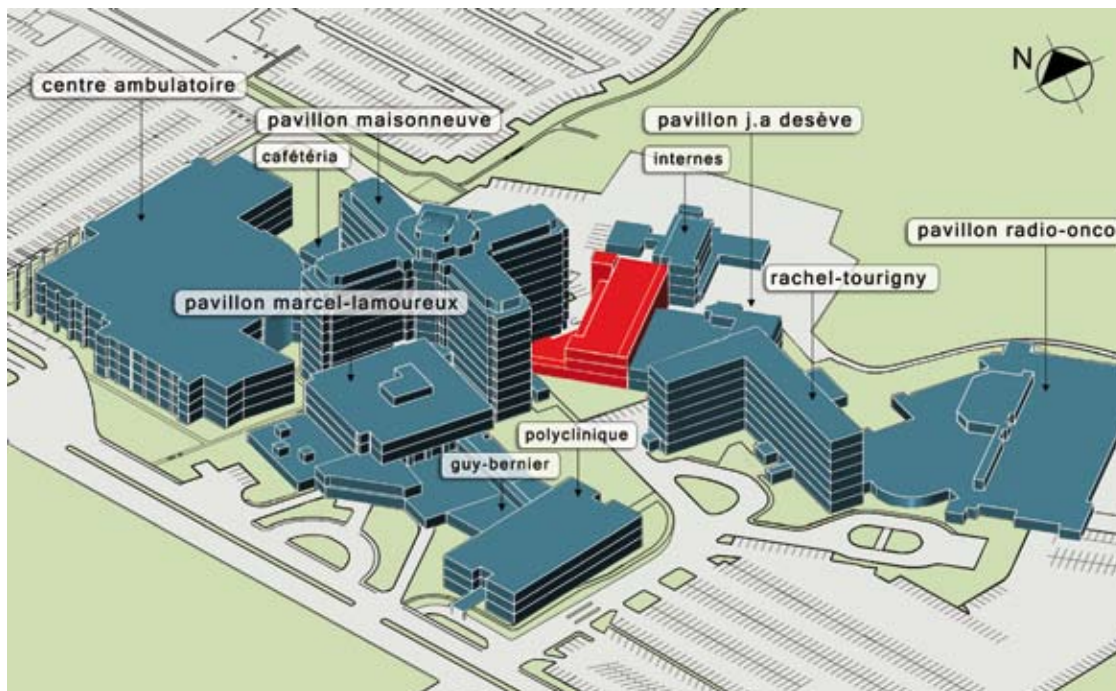
L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont obtient la plus importante certification mondiale

L'EXPERTISE DE POINTE ACQUISE À L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (HMR) EN TRANSPLANTATION DE CELLULES SOUCHES VIENT D'ÊTRE CONSACRÉE AVEC L'OBTENTION DE LA CERTIFICATION LA PLUS RIGOREUSE AU MONDE.

Accordée par la Foundation for Accreditation of Cellular Therapy (FACT), cette certification atteste le niveau de qualité le plus élevé qui soit. En effet, les normes les plus exigeantes sont appliquées par cet organisme américain pour évaluer tous les aspects de la greffe, dont les soins aux malades avant, pendant et après l'intervention, la collecte de cellules souches ainsi que leur manipulation en laboratoire spécialisé selon des critères extrêmement sévères.

Cette reconnaissance est accueillie avec beaucoup de satisfaction par le chef du service d'hémo-oncologie et responsable du projet d'agrément, le Dr Jean Roy. « Elle offre aux patients le gage ultime de qualité des soins et confirme la place de l'HMR au rang des leaders mondiaux en transplantation de cellules souches hématopoïétiques. »

Chaque année, plus de 160 patients reçoivent une greffe de cellules souches à l'HMR. Il s'agit du volume le plus élevé au Québec. Jusqu'à



Une projection architecturale du futur Centre d'excellence en thérapie cellulaire, dont l'ouverture est prévue pour 2010 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

présent, le programme de greffe de l'HMR est le plus important du Canada à avoir reçu cette prestigieuse reconnaissance.

Centre d'excellence en thérapie cellulaire

Cette certification est aussi un pas de plus vers l'ouverture, prévue pour 2010, du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC). Ce tout nouveau complexe permettra la conduite de recherches et d'applications de pointe sur les cellules souches. Doté d'infrastructures et d'équipement hautement sophistiqués, ce centre exploitera à fond cet immense potentiel thérapeutique.

Le CETC offrira un plateau technique aux chercheurs et cliniciens pour qu'ils puissent mettre au point et améliorer différentes thérapies par les cellules souches, et combattre ainsi des maladies comme la leucémie,

l'insuffisance cardiaque, la dégénérescence maculaire, certaines formes de cancer, le diabète, le Parkinson, l'Alzheimer et plusieurs autres.

Un centre unique au Québec

Depuis l'intégration au sein du centre de recherche d'un premier laboratoire de thérapie cellulaire en 1990, les chercheurs et cliniciens de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont réalisé des avancées spectaculaires, ce qui leur a conféré une expertise inégalée au Canada. Leurs différents travaux, extrêmement prometteurs, sont suivis de près par la communauté scientifique internationale.

Des infrastructures de pointe leur sont désormais nécessaires pour me-

ner plus loin leurs recherches et ajouter de nouvelles découvertes à leur palmarès. Le CETC répondra à ce besoin en offrant un environnement de travail hautement sophistiqué.

S'il possède dans un premier temps une forte composante hématologique, le CETC permettra à terme d'exploiter l'immense potentiel des cellules souches dans des domaines d'application aujourd'hui encore au stade des balbutiements : déficience cardiaque, arthrose, maladies neurologiques, troubles de la cornée et de la rétine, cancers, etc.

Le CETC sera le seul établissement du genre au Québec. Il fera bénéficier toute la population québécoise des traitements les plus prometteurs. **R.B.**

Mixité de la pra

L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (AMQ) ORGANISAIT, LE 24 OCTOBRE DERNIER, UNE CONFÉRENCE SUR LES MYTHES ET RÉALITÉS DE LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE. LES MÉDECINS DU QUÉBEC ÉTAIENT INVITÉS À ÉCHANGER AVEC DES ACTEURS LOCAUX ET DES EXPERTS INTERNATIONAUX AFIN D'ÉCLAIRER LE DÉBAT SUR L'IMPACT QU'AUURAIT UNE POLITIQUE D'OUVERTURE À LA PRATIQUE MIXTE SUR L'ENVIRONNEMENT ACTUEL DE LA SANTÉ.

Chercheuse à l'Université de Montréal, Caroline Cambourieu s'intéresse depuis longtemps aux données sur la pratique médicale mixte publique-privée. Selon les données de 2004 qu'elle a recueillies, le Canada figurait en troisième place parmi les pays industrialisés où les dépenses de santé privées (primes d'assurance-maladie et paiements directs) sont les plus importantes. « Évidemment, la composante de couverture des soins diffère dans chaque pays, mentionne-t-elle. On s'aperçoit qu'il y a plusieurs façons d'assurer l'universalité. Cela rend donc la comparaison difficile. Le fait que les dépenses privées représentent 30 % au Canada ne signifie pas la même chose que 26 % ou 27 % en France où les soins dentaires et les soins en ophtalmologie sont couverts par le système public. »

Au Canada, les dépenses de santé s'élèvent à 3460 \$ par habitant et sont plus élevées que la moyenne des pays de l'OCDE, qui se situe à 2759 \$ par habitant. En Grande-Bretagne, où la mixité de la pratique publique-privée existe depuis longtemps, ces dépenses sont de 2580 \$ par habitant. Toutefois, la Grande-Bretagne compte 2,4 médecins généralistes pour 1000 personnes et enregistre 5 consultations par habitant en 2005, tandis que le Canada compte 2,1 médecins pour 1000 personnes et enregistre 5,9 consultations par habitant en 2005 (avec un taux de personnes âgées de plus de 65 ans pourtant inférieur à celui de la Grande-Bretagne).

« La mixité de la pratique est présente dans l'ensemble des pays à l'étude. C'est un phénomène courant, fait remarquer Caroline Cambourieu. Toutefois, les cas de figure varient et il est actuellement difficile



Le Dr Jean Roy, chef du service d'hémo-oncologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

PHOTO: RAYNALD BOUCHARD

tique médicale: mythes et réalités

d'évaluer l'impact de cette mixité sur les dépenses de santé et les listes d'attente.»

En effet, plusieurs études récentes ont examiné diverses questions de recherche et fait des prédictions parfois semblables, parfois contradictoires. Par exemple, une étude menée en Grande-Bretagne a révélé que les chirurgiens spécialistes du système de santé public qui exercent également dans le privé sont plus actifs auprès des patients hospitalisés dans le système public que leurs confrères qui travaillent à temps plein dans le secteur public. Cependant, tout à l'opposé, une étude canadienne a observé que les délais d'attente d'une chirurgie de la cataracte dans le secteur public au Manitoba étaient deux fois plus longs lorsque les médecins travaillaient à la fois dans les secteurs public et privé, et non pas dans le secteur public seulement. « De grandes zones d'ombre nécessitent davantage de recherches, conclut Caroline Cambourieu. L'introduction d'une pratique mixte publique-privée peut donc être une avenue intéressante, mais elle nécessite une grande prudence quant à la présence de mécanismes d'évaluation différents. »



Caroline Cambourieu, chercheuse à l'Université de Montréal.

Les enjeux associés à cette mixité

Actuellement, au Canada, 241 médecins se sont désengagés du système public pour exercer uniquement dans le privé, dont 177 au Québec. Depuis quelques années, la possibilité d'instaurer la pratique médicale mixte au Québec a été évoquée à plusieurs reprises. « Nous avons actuellement tellement de problèmes à résoudre dans notre système de santé que nous devrions nous concentrer sur ce qui est majoritaire au lieu d'aller vers ce qui est minoritaire, lance Michel Venne, directeur général de l'Institut du Nouveau Monde. Plusieurs directions d'hôpital nous ont dit qu'un climat d'incertitude est causé par des chirurgiens qui proposent à des patients de se faire opérer dans leur clinique privée et qui attirent les meilleures infirmières vers ces cliniques. Nous avons instauré, avec la loi 33, un élargissement de la pratique privée. Avant d'élargir encore cette pratique, ne pourrions-nous pas nous donner deux ou trois ans pour évaluer si les avantages escomptés ont été obtenus? »

Selon le Dr Martin Arata, président de l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, on évoque souvent, pour justifier cette mixité, des critères économiques et l'on parle peu des mesures de la qualité de l'acte. « Revenons aux besoins des patients, dit-il. Dépolitisons et débureaucratisons le tout. »

Me Paul Brunet, président du Conseil pour la protection des malades, considère

quant à lui que la mixité public-privé va à l'encontre des valeurs d'une sociale démocratie. « Ce que nous irons chercher dans le public pour favoriser cette mixité va accroître la pénurie de médecins », explique-t-il.

Le Dr Nicolas Duval, chirurgien orthopédiste dans le privé, ne croit pas qu'il soit possible d'exercer à la fois dans le public et le privé. « Je suis totalement contre la mixité des soins, dit-il. Un docteur ne peut pas défendre à la fois le système public et le système privé. C'est comme demander à quelqu'un de poursuivre les Hells Angels et de les protéger en même temps! Cela ne se peut pas! Dans un tel

cas de figure, les patients du système public attendront davantage parce que leur chirurgien pourra aussi opérer dans le privé et ne se battra plus dans le public pour obtenir une salle d'opération ou un anesthésiste! »

« En conclusion, il n'existe aucune preuve concluante en faveur ou non de la pratique mixte, peut-on lire dans un document d'information que l'Association médicale du Québec vient de produire. Si la pratique mixte était permise un jour au Canada, nous devrions envisager un cadre de réglementation qui protégerait la viabilité de notre système public. F.D.



PHOTO: FRÉDÉRIQUE DAVID

De gauche à droite: Yvon Brunelle, chercheur à la Direction des affaires médicales du MSSS, le Dr Nicolas Duval, Me Paul Brunet, le Dr Martin Arata et Michel Venne.