

GÉRONTO-McGILL

BULLETIN DU CENTRE MCGILL D'ÉTUDES SUR LE VIEILLISSEMENT



Mai - Juin 2006

ISSN 0838-2263

Volume 22, N° 3

LA RESTRICTION CALORIQUE CHEZ LES SOURIS PEUT-ELLE NOUS ÉCLAIRER SUR LA LONGÉVITÉ?

par Daniel Auld

Qu'est-ce qui détermine la longévité? Malgré la complexité de cette question, les chercheurs ont découvert quelques indices au fil des ans. Chez des espèces allant des mouches à fruits aux souris, la restriction calorique (définie par une réduction de 30%) augmente la durée de vie. La question de savoir exactement comment elle produit ces résultats a suscité beaucoup de discussions.

Un groupe de chercheurs de l'Illinois a apporté des éclaircissements sur cette question. Ils ont récemment montré que des animaux ayant un régime alimentaire normal, mais qui sont génétiquement incapables de produire une protéine appelée récepteur de l'hormone de croissance (c'est-à-dire des animaux chez qui le gène a été éliminé), vivent plus longtemps que les souris qui ont cette protéine. Mais en quoi cela touche-t-il la restriction calorique et la longévité?

Les auteurs ont également découvert qu'un régime pauvre en calories

(suite en page 4)

UN APERÇU DES RÉALITÉS DE LA BASSE VISION

Une entrevue avec Olga Overbury, Ph.D., département d'ophtalmologie de l'Université McGill

par Tania Elaine Schramek

Beaucoup d'entre nous, si ce n'est pas la majorité, tenons pour acquis le fait de bien voir et supposons que ce sera toujours le cas. Toutefois, la réalité est que si nous vivons assez longtemps, nous présenterons tous des troubles de la vision à un certain degré. Le Dr Olga Overbury, du département d'ophtalmologie de l'Université McGill, a voué sa carrière à une meilleure compréhension des facteurs qui mènent à la basse vision et aux moyens permettant de mieux détecter leur présence.



(suite en page 2)

POLITIQUE ET AFFAIRES PUBLIQUES

NOUVEAUX MÉDICAMENTS COÛTEUX : OÙ TRANCHER?

par Daniel Auld

Un scénario troublant se déroule partout au pays : de nouveaux médicaments améliorés qui pourraient aider des patients sont mis sur le marché, mais ils sont trop chers pour les systèmes de santé provinciaux et les hôpitaux. Avec les sociétés pharmaceutiques et biotechnologiques qui tentent jour après jour d'améliorer les traitements existants, ce dilemme ne peut qu'empirer à mesure qu'apparaîtront de nouveaux médicaments, assombrissant la situation déjà peu reluisante que l'on connaît avec les maladies graves.

Un médicament contre le cancer colorectal, Avastin, a attiré l'attention sur cet enjeu et illustre bien plusieurs questions reliées au débat : est-ce que les nouveaux médicaments ont vraiment besoin de coûter si cher? Est-ce que leurs bienfaits en valent le coût? Étant donné les ressources limitées de nos gouvernements, avons-nous les

moyens de les payer?

Avastin a été approuvé par Santé Canada au mois de septembre. Ce médicament est efficace dans le traitement du cancer colorectal métastatique et on a démontré qu'il allongeait la survie des patients. Naturellement, bien des cancéreux aimeraient être traités par ce produit. Malheureusement, Avastin est extrêmement cher; on parle de plusieurs milliers de dollars par traitement, et d'un coût de 30 000 \$ pour un traitement complet.

Bien que ce prix puisse sembler exorbitant, du point de vue de l'industrie pharmaceutique et biotechnologique, certaines réalités y ont contribué. Premièrement, les anticorps (Avastin est un anticorps) coûtent cher à produire.

(suite en page 4)

SOMMAIRE

Restriction calorique et longévité.....	1
Entrevue avec Olga Overbury.....	1
Nouveaux médicaments coûteux: où trancher?	1
Les souris et la maladie d'Alzheimer	3
AINS et traitement du cancer du sein.....	5
Vieillesse et homosexualité	5

NOVARTIS

Une entrevue avec Olga Overbury, Ph.D., département d'ophtalmologie de l'Université McGill

(suite de la page 1)

Comme c'est le cas de bien des professionnels dans le domaine de la vision aujourd'hui, le Dr Overbury a été inspirée par les célèbres travaux de Hubel et Wiesel sur le processus visuel chez des chats anesthésiés. Toutefois, contrairement à bien d'autres, elle a été particulièrement fascinée par le fait que « les animaux qu'on rendait fonctionnellement aveugles pouvaient guérir par des moyens comportementaux et retrouver l'usage de leurs yeux ». Elle s'est demandé si on avait déjà étudié le recouvrement de la vision chez des humains adultes. À sa grande surprise, ce n'était pas le cas et c'est ainsi que sont nés ses projets de maîtrise et de doctorat.

On aurait de la difficulté à trouver un étudiant qui ne s'est pas un jour demandé s'il avait fait le bon choix de carrière. Le Dr Overbury ne fait pas exception à cette règle, mais elle a eu sa réponse lorsqu'elle a participé à titre d'adjointe à l'enseignement à un cours de statistiques. L'une de ses étudiantes avait des troubles de la vision et s'est présentée en classe avec des accessoires fonctionnels. L'étudiante a naturellement attiré l'attention du Dr Overbury et elles ont développé un lien d'amitié durant la session. Au cours d'une conversation, elle lui a expliqué qu'elle avait tenté de joindre sans succès des personnes membres d'organismes pour les malvoyants. L'étudiante, qui s'avérait être la directrice du financement d'une association québécoise pour les malvoyants, lui a suggéré de s'adresser directement à des ophtalmologistes et de poursuivre ses recherches de cette façon. Comme dit le Dr Overbury, c'est là que tout a débuté.

Ainsi s'est amorcée une collaboration très fructueuse avec le Dr W. Bruce Jackson, alors à l'Université McGill, qui lui a immédiatement donné accès à ses patients. Fait impressionnant, tandis qu'elle était encore étudiante au doctorat, Olga Overbury est devenue directrice, avec le Dr Jackson, du Centre McGill d'études sur la basse vision à l'Hôpital général Juif de Montréal Sir Mortimer B. Davis.

Au fil des ans, le Dr Overbury a acquis une expertise à la fois dans la recherche fondamentale en laboratoire et dans la recherche appliquée sur la vision à la clinique d'ophtalmologie et au Centre d'études sur la basse vision. Il semblait toutefois que quelque chose lui manquait, et c'était une bonne compréhension des pratiques de rééducation.

Elle s'est donc rendue à Palo Alto en Californie et a fait ses études postdoctorales au Western Blind Rehabilitation Center relevant du Ministère des anciens combattants.

Actuellement, les travaux du Dr Overbury sont axés sur la mise au point de méthodes pour évaluer le plus précisément possible la vision. Elle explique que les échelles d'acuité visuelle utilisées dans les cabinets d'optométriste ne peuvent constituer une vraie carte du fonctionnement visuel. Des techniques plus sophistiquées sont nécessaires dans le cas d'une perte de la vision ou de maladies associées à un risque de troubles de la vision. Le Dr Overbury et son groupe de recherche s'efforcent de créer les outils d'évaluation sensorielle les plus précis possible pour les spécialistes. Pour les personnes souffrant de vision partielle, cela peut signifier l'admissibilité à un programme de rééducation ou au remboursement d'accessoires fonctionnels par le gouvernement. Les répercussions de ses travaux sont donc très importantes.

Les causes les plus fréquentes de basse vision chez les personnes âgées sont les cataractes, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome et la rétinopathie diabétique. La cataracte est une opacité du cristallin ou de la membrane transparente qui l'entoure, ce qui obstrue le passage de la lumière et cause une réduction de la vision. Les symptômes de la cataracte peuvent être une vision trouble, des éblouissements, la perception de halos autour des sources de lumière et la perception de couleurs moins vives. Heureusement, la chirurgie de la cataracte est une intervention relativement aisée associée à un taux de succès élevé, qui rétablit la vision chez la vaste majorité des personnes qui présentent ce problème.

La dégénérescence maculaire est le deuxième trouble le plus important. Dans ce cas, un dysfonctionnement des cellules sensibles à la lumière de la macula (une tache jaune ovale proche du centre de la rétine) mène à une perte de la vision centrale. Les symptômes sont généralement une vision trouble, des ombres ou des régions manquantes dans le champ de vision, une distorsion de la vision, de la difficulté à discerner les couleurs (surtout les couleurs claires ou les couleurs sombres entre elles) et un lent recouvrement de la fonction visuelle après une exposition à une forte lumière. Ici encore, l'âge est le facteur de risque

le plus important. Cependant, le tabagisme, des antécédents familiaux de dégénérescence maculaire, une tension artérielle élevée, un taux de cholestérol élevé, l'obésité et la race (ce trouble est plus fréquent chez les sujets de race blanche) sont d'autres facteurs qui ont été associés à la maladie. Vient ensuite le glaucome, qui est un groupe de maladies de l'œil caractérisées par une élévation de la pression oculaire, qui s'aggrave jusqu'à ce que le nerf optique soit atteint. Il s'ensuit une perte de la vision périphérique (vision en tunnel) qui, en l'absence de traitement, peut mener à la perte totale de la vue. Le danger du glaucome est qu'il y a peu de symptômes initiaux détectables. Ce « voleur silencieux », comme l'appelle le Dr Overbury, frappe principalement les personnes âgées qui ont des antécédents familiaux de glaucome, celles qui sont diabétiques ou extrêmement myopes et quatre fois plus d'Afro-américains que de Blancs. Enfin, la rétinopathie diabétique est une complication du diabète qui endommage les petits vaisseaux sanguins qui irriguent la région située au fond de l'œil (la rétine). Les vaisseaux gonflent et laissent s'échapper du liquide dans la rétine, ce qui produit une vision trouble et, parfois, la cécité.

Toutefois, le plus grand facteur de risque pour la basse vision est la PEUR. « La perte de la vue fait partie des trois problèmes de santé que les gens craignent le plus, venant juste après le cancer et la maladie d'Alzheimer. » Le Dr Overbury explique que ces craintes, quoique malheureuses, sont bien fondées : « par le passé, la société a traité les non-voyants et les malvoyants plutôt négativement, comme des parias; on pourrait presque considérer ces troubles comme une forme moderne de lèpre. Même les Écritures décrivent les non-voyants comme de pauvres mendiants qui ont mérité ou causé leur situation ». À cela s'ajoute le manque d'information sur le sujet dans les médias (ou la présence de portraits stéréotypés), de sorte que les personnes âgées à risque sont moins susceptibles d'aller consulter un spécialiste de la vue quand elles en auraient besoin.

« Contrairement aux croyances populaires, les troubles de la vue ne sont pas mortels, en particulier de nos jours où il existe de nombreux services et appareils disponibles pour presque tous les degrés de perte de vision. » Malgré cela,

(suite en page 3)

Une entrevue avec Olga Overbury, Ph.D., département d'ophtalmologie de l'Université McGill

(suite de la page 2)

pour bien des personnes âgées, la perte de la vue signifie la perte de l'autonomie, l'isolement, parfois le placement en établissement ou la crainte de devenir un fardeau pour leur famille. « Autre élément important, ces personnes craignent que les troubles de la vision ne les rendent plus vulnérables au crime, et un grand nombre d'entre elles pensent qu'une canne blanche en fait des cibles évidentes, alors que les statistiques démentent cette perception. »

Le Dr Overbury insiste sur le fait que les personnes qui présentent les facteurs de risque décrits plus haut ou qui éprouvent des symptômes devraient en parler à leur médecin de famille. Idéalement, elles devraient être vues par un ophtalmologiste; il existe plusieurs cliniques d'hôpital qui peuvent procéder à une évaluation initiale des risques ou de la perte de

vision. Ces cliniques sont utiles pour prendre en charge les stades précoces de la perte de vision et fournir l'accès à des accessoires fonctionnels de haute technologie. Plus tard, des organismes tels que l'Association montréalaise pour les aveugles et l'Institut Nazareth et Louis Braille aident les personnes à adapter leur maison selon le trouble visuel dont elles sont atteintes (p. ex., boutons spéciaux pour la cuisinière et conseils sur l'étiquetage des produits et la disposition du mobilier) et leur offrent une formation sur la mobilité et de l'aide psychologique. L'objectif principal de ces organismes est d'aider les personnes à conserver leur autonomie et leur qualité de vie, des valeurs précieuses pour les personnes âgées.

Enfin, le Dr Overbury rappelle que les médecins de famille ne nous dirigent pas

toujours vers un ophtalmologiste, et encore moins un organisme de service, lorsque cela est nécessaire. « Si une personne fait une chute, l'orientation vers un physiothérapeute est un réflexe, mais l'orientation vers un spécialiste n'est pas souvent effectuée dans les cas de troubles visuels; il ne faut pas avoir peur de réclamer ces services. » Le Dr Overbury commencera bientôt des recherches à titre de nouveau professeur à l'Université de Montréal. Le Géronto-McGill lui offre ses meilleurs vœux de succès et ses remerciements pour le travail qu'elle a accompli au Centre McGill d'études sur la basse vision.

LES SOURIS ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

par Daniel Auld

La maladie d'Alzheimer (MA) est un trouble neurodégénératif dévastateur pour lequel il n'y a aucun remède connu. Il existe bien des traitements, mais aucun n'est curatif. Toutefois, s'il y a une maladie où les recherches pourraient bien faire une contribution importante, c'est la MA. En fait, notre compréhension de la maladie a avancé à pas de géant au cours des 15 dernières années. Certaines des recherches, comme celles du Dr Frank LaFerla, ont d'importantes répercussions sur la mise au point de nouveaux traitements.

Dans la MA, un type de cellules appelées neurones cholinergiques affichent une vulnérabilité sélective. Normalement, ces cellules établissent d'importants liens de communication intercellulaire en sécrétant de l'acétylcholine. Or, on observe des anomalies dans ce réseau de communication dans la MA, qui contribuent à certains des déficits caractéristiques de la maladie au niveau de l'apprentissage et de la mémoire. En outre, l'acétylcholine stimule les cellules – par ce qu'on appelle des récepteurs – et réduit la production de bêta-amyloïde, qui

serait en grande partie responsable des lésions associées à la MA.

À la lumière de ces faits, ce groupe de recherche californien a traité des souris qui présentent une maladie équivalente à la MA – parce qu'elles ont reçu certains gènes qui causent la MA chez l'humain – par une substance qui imite l'acétylcholine. Plus précisément, les chercheurs ont utilisé un agoniste des récepteurs muscariniques M1, un médicament qui stimule des cellules cérébrales particulières par l'entremise des récepteurs de l'acétylcholine. Leurs résultats, très intéressants, montrent que le médicament en question a amélioré l'apprentissage et la mémoire chez ces souris, probablement en stimulant artificiellement les réseaux de communication qui sont atteints dans la MA. Fait très intéressant, le traitement a également fait disparaître certains des signes physiques de la maladie, notamment l'accumulation de bêta-amyloïde. Cela est logique lorsqu'on sait que l'acétylcholine réduit normalement la production de bêta-amyloïde et que le médicament imite l'acétylcholine et accroît la communication qui en dépend.

Ces travaux fournissent d'excellents indices pour la mise au point de médicaments destinés aux humains. On s'attend à ce que ces résultats, ainsi que d'autres travaux de recherche fondamentale, contribuent à la mise au point de nouveaux traitements améliorés pour la MA.

Source : Caccamo A, Oddo S, Billings LM, Green KN, Martinez-Coria H, Fisher A, and LaFerla FM (2006) M1 Receptors Play a Central Role in Modulating AD-like Pathology in Transgenic Mice *Neuron* 49, 671–682

NOUVEAUX MÉDICAMENTS COÛTEUX : OÙ TRANCHER?

(suite de la page 1)

Deuxièmement, la mise au point de médicaments en général est coûteuse. Par exemple, une société biotechnologique qui démarre peut s'attendre à dépenser plus de 20 millions de dollars avant même qu'on en soit aux essais cliniques et ces derniers coûteront encore plusieurs millions. Ensuite, du point de vue des entreprises, la mise au point de médicaments comporte des risques. Pour chaque médicament approuvé, plusieurs autres se soldent par de coûteux échecs. Par conséquent, les sociétés utilisent les profits des succès commerciaux (comme Avastin) pour financer la mise au point de nouveaux traitements. La réalité est que s'il n'y a pas de profit, le système s'effondre et il n'y a plus de nouvelles recherches.

Quant aux gouvernements, ils font face à des défis éthiques et financiers lorsque sont commercialisés de nouveaux médicaments coûteux. Jusqu'ici au Canada, en ce qui a trait à Avastin, les provinces ont émis des avis différents. Par exemple, la Colombie-Britannique a décidé de le rembourser. Au Québec, la décision n'est pas encore prise, mais on a toutefois offert gratuitement le traitement à un nombre limité de patients. Par ailleurs, l'Ontario et la Saskatchewan ont jugé que le coût du nouveau médicament ne valait pas ses bienfaits et ont choisi de ne pas l'offrir. Dans chacune de ces deux provinces toutefois, les patients qui en ont les moyens et ceux qui souscrivent une assurance privée ont la possibilité de le payer eux-mêmes et de recevoir le traitement dans un hôpital public. Évidemment, ces décisions ont suscité une vive réaction parmi les défenseurs des droits des patients et ceux qui sont opposés à un système médical à deux vitesses. En effet, le fait qu'Avastin soit offert à ceux qui en ont les moyens nous rappelle assez durement que notre système de santé est sous pression.

Mis à part le débat concernant le système de santé public, dans l'état actuel des choses, on doit faire face à certaines réalités. Si trop d'argent est investi dans la mise au point de nouveaux médicaments qui n'apportent que des améliorations négligeables aux patients, les gouvernements seront-ils en mesure de continuer à offrir les autres traitements dont nous tirons des bienfaits actuellement? Ce qui est clair, c'est que les gouvernements et

la société devront régler ensemble ce problème extrêmement complexe.

Par ailleurs, certains médecins se demandent si Avastin vaut son prix, ce qui vient compliquer le débat. Il peut prolonger la vie, mais ce n'est pas un traitement curatif. Devant ces considérations, les gens sont forcés de faire des choix déchirants : devraient-ils prendre une nouvelle hypothèque sur leur maison ou puiser dans leur épargne-retraite pour quelques mois de vie additionnels? Il s'agit clairement d'une horrible situation.

Tout bien considéré, il s'agit d'un nouveau dilemme éthique et économique. Les gouvernements et l'industrie doivent trouver une solution juste qui permettra à ceux qui ont besoin d'un médicament coûteux de se le procurer. En outre, quelles que soient les décisions prises en regard de notre système de santé public auquel nous tenons tant, elles auront d'importantes conséquences sur l'accessibilité de ces nouveaux médicaments coûteux.

Source :

CBC News, Cancer drug debate: What's 6 more months of life worth? 31 March 2006
(<http://www.cbc.ca/story/news/national/2006/03/31/cancer-060331.html>)

Fidelman, C., Cancer drug has OK - it just isn't available: Quebec may pay for it; other provinces are withholding funds. The Gazette, 27 March 2006
(<http://www.canada.com/components/print.aspx?id=c5d9271c-d0be-42cd-8e0a-4c326514ec77>)

Priest, L., Ontario changes tack on cancer drugs. The Globe and Mail, 5 May 2006
Shimo, A., Better screening, newest drugs. MacLeans, 25 April 2006
(http://www.macleans.ca/topstories/health/article.jsp?content=20060501_125978_125978)

LA RESTRICTION CALORIQUE CHEZ LES SOURIS PEUT-ELLE NOUS ÉCLAIRER SUR LA LONGÉVITÉ?

(suite de la page 1)

n'accroissait pas la longévité des souris qui n'ont pas le gène du récepteur de l'hormone de croissance au-delà de l'augmentation dont elles bénéficient déjà. Cela contraste vivement avec l'augmentation de la durée de vie observée chez les souris normales auxquelles on avait imposé une restriction calorique. Les auteurs ont émis l'hypothèse que l'accroissement de la longévité chez ces dernières et celui associé à l'absence du récepteur de l'hormone de croissance pourraient avoir le même mécanisme. Par conséquent, le récepteur de l'hormone de croissance et le système hormonal global dont il fait partie (système somatotrope) pourraient contribuer de manière importante à la durée de vie et jouer un rôle dans l'augmentation de la longévité observée avec la restriction calorique.

Bien que ces travaux soient intéressants, il reste encore beaucoup de questions à élucider avant de pouvoir recommander la restriction calorique aux humains. Il faut se rappeler que ces animaux ont suivi ce régime restreint toute leur vie. Néanmoins, on peut avancer sans crainte que le fait de manger modérément est sain pour tous et ce, pour plusieurs raisons.

Source : *Bonkowski MS, Rocha JS, Masternak MM, Al Regaiey KA, Bartke A. (2006) Targeted disruption of growth hormone receptor interferes with the beneficial actions of calorie restriction. Proc Natl Acad Sci U S A. 103(20):7901-5*

UN PAS DE PLUS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

par Tania Elaine Schramek

Arrêtez-vous un instant et pensez à neuf femmes que vous connaissez. Au Canada, l'une de ces neuf femmes recevra un diagnostic du cancer du sein au cours de sa vie¹. Aux États-Unis, la fréquence est d'une femme sur sept, ce qui peut se traduire par un diagnostic de cancer du sein toutes les deux minutes². Inutile de se demander pourquoi tant d'efforts sont investis dans la recherche d'un traitement curatif.

La forme la plus répandue de cancer du sein chez les femmes ménopausées est œstrogéno-dépendante. Les œstrogènes sont des agents mitogènes naturels; un agent mitogène est une substance qui provoque la division des cellules, et dans cette forme de cancer du sein, les cellules se divisent trop rapidement. Pour obtenir des œstrogènes, des hormones appelées androgènes doivent être transformées par une enzyme, l'aromatase. Une grande quantité d'aromatase signifie plus d'œstrogènes et, par le fait même, un plus grand nombre de cellules qui se divisent rapidement.

Le traitement de ce type de cancer fait généralement intervenir des médicaments qui empêchent la production d'aromatase. Bien que les inhibiteurs d'aromatase fassent effectivement baisser le taux d'œstrogènes,

ils le font dans tout l'organisme. Par conséquent, d'autres tissus (par exemple, le cerveau et les os) qui ont besoin d'aromatase pour fonctionner normalement en souffrent.

Une nouvelle étude de l'Université de l'Ohio a montré que les dérivés d'un analgésique appelé nimésulide stoppaient la production d'aromatase dans les cellules cancéreuses sans affecter sa concentration dans un échantillon de tissu témoin (tissu placentaire). Le nimésulide est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) utilisé normalement dans le traitement de la douleur et de l'inflammation. Les chercheurs ont créé un analogue en altérant la structure chimique du médicament. L'analogue bloque la première étape (transcription) du processus de production d'aromatase dans les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un point crucial parce que les cellules de cancer du sein utilisent un signal légèrement différent de celui des autres tissus pour indiquer quand produire plus d'aromatase.

Les chercheurs s'assurent maintenant que les effets de l'analogue sont limités au tissu mammaire et vont commencer à le tester sur des animaux afin de connaître les effets secondaires associés à son utilisation. Les résultats prometteurs de cette étude et d'autres études similaires nous rappellent

que les investissements soutenus dans la recherche et les collectes de fonds telles que les marches contre le cancer du sein sont vraiment importants.

Sources

http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/facts_cancer.pdf

http://www.breastcancer.org/press_cancer_facts.html

Bin Su, Edgar S. Diaz-Cruz, Serena Landini, and Robert W. Brueggemeier* (2006). *Novel Sulfonanilide Analogues Suppress Aromatase Expression and Activity in Breast Cancer Cells Independent of COX-2 Inhibition*. *J. Med. Chem.* 49, 1413-1419

LA RECHERCHE ICI ET MAINTENANT

SHARI BROTMAN, PH.D. : LES RÉALITÉS DE L'HOMOSEXUALITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

par Tania Elaine Schramek

L'Université McGill et son École de service social ont raison d'être fières des efforts de la professeure agrégée Shari Brotman. L'activité médiatique était très intense au mois de mars après que l'équipe de recherche du Dr Brotman a dévoilé les résultats de la première étude intermétropolitaine sur les besoins en matière de santé et de services sociaux des gais et lesbiennes âgés du Canada.

Avec plus de 90 entrevues avec des personnes âgées, des soignants et des fournisseurs de soins et de services sociaux à Montréal, à Vancouver et à Halifax, l'étude a évalué comment les expériences de discrimination, l'homophobie actuelle, l'obligation de dissimuler et les expériences de soins de longue durée peuvent contribuer à la situation actuelle des gais et des lesbiennes âgés au sein des systèmes de santé et de services sociaux du Canada.

À la grande consternation de l'équipe de recherche, l'étude menée sur quatre ans a révélé que les gais et les lesbiennes âgés étaient victimes de discrimination sous forme d'homophobie (peur extrême ou haine de l'homosexualité) ou d'hétérosexisme (supposition que toutes les formes de sexualité autres que l'hétérosexualité sont des déviances). Concrètement, cela peut se traduire par

(suite en page 6)

SHARI BROTMAN, PH.D. : LES RÉALITÉS DE L'HOMOSEXUALITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

(suite de la page 5)

exemple par un médecin qui manifeste de l'aversion pour un patient en apprenant son homosexualité ou par un soignant qui tente de « débarrasser » un patient de son homosexualité en lui imposant la religion. Un homme avait éprouvé le besoin de cacher toutes les photographies de son partenaire décédé avant que le soignant arrive chez lui tandis qu'un autre qui voulait serrer dans ses bras son partenaire malade l'a emmené jusqu'à la salle de bains de l'établissement de soins pour le faire. Autre exemple, une femme a légalement changé son nom de famille pour celui de sa partenaire afin qu'elles puissent vivre ensemble comme des « sœurs ».

Selon les travaux du Dr Brotman et d'autres experts dans ce domaine, on peut comprendre les attitudes actuelles, sans pour

autant les excuser, en jetant un coup d'œil sur l'histoire de l'homosexualité dans les soins de santé. Jusqu'à 1973, l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale et les personnes atteintes devaient être « soignées », généralement par des électrochocs ou la thérapie par aversion. Bien que nous ayons progressé depuis cette époque, les découvertes de cette étude montrent clairement qu'il reste un travail considérable à accomplir au niveau de l'attitude de gens et des traitements.

En fait, dans un récent article scientifique, le Dr Brotman rapporte que les patients gais et lesbiennes de tous âges signalent des réactions négatives de la part des fournisseurs de services, telles que gêne, anxiété, réactions inappropriées, rejet direct ou hostilité, harcèlement, curiosité excessive, pitié, condescendance, ostracisme, refus d'un traitement, détachement, évitement des contacts physiques et non-respect de la confidentialité. Bien des personnes âgées qui étaient ouvertement homosexuelles (c'est-à-dire qui étaient « sorties du placard »), sont retournées dans la clandestinité quand elles ont commencé à avoir besoin de soins de santé. Le Dr Brotman a ajouté « qu'étant donné l'absence de formation structurée ou d'un ensemble de normes dans les organisations de soignants, la porte reste grande ouverte à l'ignorance et aux préjugés ».

Le Dr Brotman nous rappelle que les gais et lesbiennes âgés d'aujourd'hui sont ceux et celles qui ont connu la discrimination autrefois et n'ont donc pas profité de la plus grande tolérance qui a résulté du mouvement de libération des homosexuels au Canada et aux États-Unis au cours des années 1960. Ces expériences continuent d'influencer leur vie aujourd'hui. Pour cette cohorte « d'avant la libération », cacher son orientation sexuelle était une question de survie.

Pour bien des gens de cette génération, déclarer ouvertement son homosexualité a eu pour conséquence d'être exclus de leur famille. Mais ce sont souvent les personnes

mêmes qui désapprouvaient l'homosexualité qui sont appelées à prendre d'importantes décisions concernant le bien-être des homosexuels. Dans le système actuel, le partenaire du patient ou les représentants de sa famille ne sont pas reconnus et n'ont donc aucun droit de parole.

Les droits des gais et des lesbiennes sont bien sûr au cœur de ces questions et jusqu'à ce que les normes de soins évoluent et soient mises en pratique, le Dr Brotman craint que bien des homosexuels âgés n'obtiennent malheureusement pas les soins qu'auraient dû leur apporter leurs efforts et leurs luttes. Tout n'est pas sombre toutefois; l'étude a révélé que Montréal s'en sortait plutôt bien comparativement aux autres villes, en ce sens que les employés des soins de santé et des services sociaux d'ici étaient mieux informés sur la question de l'homosexualité. D'ailleurs, de nombreux gais et lesbiennes désiraient vivre à Montréal précisément pour ces raisons.

Sources

Sue Montgomery: Tough to be Gay and Aging The Gazette March 15th 2006

Brotman, S. Ryan, B. & Cormier, R (2003) The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. The Gerontologist, Vol. 43, No. 2, 192-202.

CENTRE MCGILL D'ÉTUDES SUR LE VIEILLISSEMENT

6825, boul. Lasalle
Verdun (Québec) H4H 1R3
Tél. (514) 766-2010 / téléc. (514) 888-4050
Courriel : mcsainfo@po-box.mcgill.ca
Site web : <http://www.aging.mcgill.ca>

ÉQUIPE DE RÉDACTION

RÉDACTRICE EN CHEF

Sonia Lupien (Hôpital Douglas, CMEV)

RÉDACTRICE

Ginette Lacoste

ADMINISTRATRICE

Silvana Aguzzi (CMEV)

JOURNALISTES

Daniel Auld

(Rédacteur médical à la pige)

Tania Schramek

(Centre de recherche de l'Hôpital Douglas)

TRADUCTION

Lacoste Royal

ÉDITIQUE ET IMPRESSION

Imprimerie Miro inc.

**NOUS REMERCIONS NOVARTIS
POUR SON GÉNÉREUX SOUTIEN
AU GÉRONTO-McGILL.**