

# SANTÉ

## DÉFIS SOCIAUX



La CSN dit non au principe de l'utilisateur-payeur

Page 2



Un 25<sup>e</sup> anniversaire à souligner pour les infirmières

Page 4



Les problèmes de santé mentale chez les jeunes Québécois

Page 5

CAHIER SPÉCIAL H › LE DEVOIR, LES SAMEDI 19 ET DIMANCHE 20 MAI 2012



Des étudiants en médecine et en sciences infirmières, en formation au CLSC Côte-des-Neiges, à Montréal, avec le Dr David Eidelman, vice-principal (santé et affaires médicales) et doyen de la Faculté de médecine

UNIVERSITÉ MCGILL

## L'Université McGill valorise la médecine familiale

« Il faut vraiment que nos activités soient arrimées aux besoins de la population »

La Faculté de médecine de l'Université McGill met désormais l'accent sur la formation d'omnipraticiens ainsi que sur la recherche en médecine familiale. Outre la mise en place d'un train de mesures visant à exposer davantage ses étudiants à cette pratique de la médecine, le Département de médecine familiale est désormais chapeauté par un chercheur de renommée internationale, ce qui, aux dires du doyen de la faculté, démontre clairement l'importance que McGill accorde à présent à la médecine familiale.

CLAUDE LAFLEUR

« Les facultés de médecine ne fonctionnent pas en vase clos, indique le Dr David Eidelman, vice-principal (santé et affaires médicales) et doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Parmi nos différentes missions, nous avons celle de pourvoir aux besoins de la population. Or, au Québec comme partout ailleurs, il y a de grands besoins à combler dans les soins de première ligne. Le gouvernement a d'ailleurs fait de la première ligne l'une de ses priorités et, comme nous constatons qu'il y a une pénurie de médecins de famille, nous avons vraiment changé notre approche. »

Le Dr Eidelman rappelle qu'il n'est doyen de la Faculté de médecine que depuis janvier, mais que, pour lui, « la première ligne, c'est une priorité incontournable, puisqu'il faut vraiment que nos activités soient arrimées aux besoins de la population ».

En fait, ce virage remonte déjà à quelques années, souligne-t-il, puisque McGill a été la première université au Canada à offrir un diplôme de maîtrise en médecine familiale. « Ce programme nous permet non seulement de former des médecins de famille, mais également de faire de la recherche sur la façon d'améliorer la qualité des soins auprès des patients », explique David Eidelman.

En outre, la faculté a accru la visibilité de la médecine familiale auprès de ses étudiants. « En particulier, dit-il, tous les étudiants passent, dès leur première année d'études, du temps dans le bureau d'un omnipraticien, afin d'être vraiment exposés à la pratique de la médecine familiale. Nous croyons que cela les encourage à choisir la médecine familiale plutôt qu'une autre spécialité. »

Il souligne d'ailleurs avec fierté que cette stratégie porte ses fruits. « Cette année, nous formons 84 résidents en médecine familiale, dit-il, alors que, l'an dernier, on n'en avait attiré que 77 et 62 l'année précédente. » Ces 84 omnipraticiens ne représentent toutefois que le tiers des médecins formés à McGill cette année. « Nous sommes encore loin des 50% que vise le secteur de la santé, admet sans réserve le doyen, mais, pour nous, c'est un grand pas qu'on a franchi, puisque, il n'y a pas si longtemps, on n'en était qu'à 17%. Nous considérons donc que nous avons vraiment fait du chemin! »

### Externat intégré

En outre, afin de mieux répondre aux besoins de la société, la Faculté de médecine encourage ses étudiants à œuvrer en région et en français. « Dans la région de Gatineau, on a mis en œuvre un nouveau programme d'externat qui diffère de notre externat traditionnel », indique David Eidelman. L'externat, rappelle-t-il, est la portion de la formation où l'étudiant passe du temps auprès des patients afin d'apprendre à les soigner. « Nous avons conçu ce qu'on appelle un externat intégré, où les jeunes médecins sont exposés à toutes les spécialités à la fois, ce qui est plus proche de la pratique de première ligne, dit-il. Et, pour la première fois, on donne de la formation en français. Ce n'est qu'un début, puisque ce programme d'externat ne touche qu'un petit groupe d'étudiants, mais c'est un pas important pour nous. »

Le 1<sup>er</sup> mai, l'Université McGill a annoncé la nomination du Dr Howard Bergman à la direction du Département de médecine familiale, afin d'accroître l'enseignement, la recherche et les activités cliniques.

Professeur en médecine familiale, en médecine et en oncologie à McGill, le Dr Bergman est

déjà reconnu comme un instigateur de changements au sein du réseau de la santé québécois. « En plus, c'est une personne de renommée internationale dans le domaine de la gériatrie et du vieillissement, ajoute le Dr Eidelman. Or, comme le vieillissement touche tout le monde, c'est une portion particulièrement importante de la pratique des soins de première ligne. »

Le doyen de la faculté souligne que cette nomination vise ni plus ni moins à rehausser l'importance de la médecine familiale. « Pour une fois, le directeur est une personne de calibre international, déclare-t-il. Cela démontre du coup que nous considérons que notre département de médecine familiale est aussi important que les autres départements... Ce qui n'a pas toujours été le cas chez nous! »

Le Dr Bergman est un chercheur expérimenté dans le domaine de la recherche clinique. Or, rapporte David Eidelman, le ministère de la Santé, de concert avec l'ensemble des facultés de médecine, élabore actuellement un vaste programme de recherche auprès des patients. Le Dr Bergman participe activement à ce projet, dit-il.

Il précise en outre que les thèmes de recherche abordés en médecine familiale portent entre autres sur la façon d'organiser les soins pour être sûr que les patients reçoivent précisément ce dont ils ont besoin. « Il s'agit par exemple de mener des recherches sur l'organisation des soins, sur l'utilisation optimale des ressources, sur la façon d'assembler des équipes interdisciplinaires et donc de pourvoir aux besoins de la personne, sur la bonne façon de dispenser les soins, etc. Et c'est la mission que nous voulons précisément remplir au Département de médecine familiale. »

Collaborateur  
Le Devoir



UNIVERSITÉ MCGILL

Des étudiants et résidents de McGill en formation à l'unité de médecine familiale de Gatineau. Chaque année, de 80 à 90 % des résidents de McGill qui y effectuent leur formation décident de s'installer dans la région pour pratiquer la médecine.

## SANTÉ

LA CSN ET LA SANTÉ

## Le principe de l'utilisateur-payeur doit être abandonné

«Nous sommes tout à fait disposés à collaborer avec les directions des établissements de santé»

La santé a toujours été au Québec un enjeu social et politique important. On ne se surprendra guère alors de voir la Confédération des syndicats nationaux (CSN) s'y intéresser et se faire la gardienne des valeurs du système de santé public québécois.

PIERRE VALLÉE

Dans la mire, cette fois, de la CSN: les soins de santé prodigués aux aînés. «On vient de lancer, en mars dernier, une importante campagne intitulée "Vieillir dans la dignité", dans laquelle nous offrons des pistes de solution pour améliorer l'offre de soins de santé aux aînés», explique Jean Lacharité, deuxième vice-président de la CSN.

Il y a d'abord la question de l'hébergement des personnes âgées atteintes d'une lourde perte d'autonomie. «Il manque de places d'hébergement pour ces personnes dans le système de santé et la solution passe par une offre accrue d'hébergement public.» La réponse ne saurait donc être l'arrivée des partenariats publics-privés (PPP) dans la construction et la gestion des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

«On est très inquiet par le recours aux PPP pour loger des personnes âgées nécessitant des soins plus lourds. Par définition, le partenaire privé voudra faire des profits. Comment les réalisera-t-il? En rognant sur la qualité des services ou en exigeant des frais plus élevés pour ces mêmes services?»

Il s'interroge aussi sur les conditions de travail qui pré-

vaudront dans ces CHSLD en PPP. «Le partenaire privé sera-t-il en mesure d'offrir à ces travailleurs de bonnes conditions de travail? Sera-t-il capable de répondre aux besoins de formation de ces derniers? S'il n'y arrive pas, on assistera alors à un important roulement de personnel. Cela nuira au lien entre les patients et les personnes qui les soignent, un lien d'autant plus important puisqu'il s'agit de personnes âgées.»

## Maintien à domicile

La CSN prône aussi un meilleur appui financier au maintien à domicile des personnes âgées désirant demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. Selon les chiffres fournis par la CSN, le Québec est une des sociétés qui investissent le moins en soutien à domicile. À titre de comparaison, la part du budget public consacré aux aînés qui est dédiée au soutien à domicile est de 18% au Québec, tandis qu'en France elle atteint 43%. Au Danemark, on parle plutôt de 73%.

«On croit qu'un investissement immédiat de 500 millions de dollars dans le maintien à domicile permettrait d'amorcer le virage nécessaire et d'assurer dès maintenant des soins à domicile suffisants pour satisfaire au minimum 40% des besoins



JEAN-PAUL PELISSIE REUTERS

Les partenariats publics-privés dans la construction et la gestion des CHSLD créent des inquiétudes sur la qualité des soins et services qui y seront prodigués.

des personnes âgées en perte d'autonomie. Sans compter que ce virage aurait pour effet de désengorger les urgences, souvent le seul recours pour les personnes âgées, et de libérer des lits d'hôpitaux occupés par des personnes âgées, faute de solution de rechange.»

Mais, pour que ce nouvel effort de maintien à domicile donne les fruits escomptés, il faut aussi s'attarder à la livraison desdits services. «Les services en maintien à domicile doivent être mieux intégrés et mieux coordonnés.» Une coordination qui, selon la CSN, de-

vrait être confiée aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

La CSN dénonce aussi la contribution santé que doit maintenant acquitter le contribuable québécois. «C'est une taxe régressive qui ne tient absolument pas compte du revenu et de la capacité de payer des personnes. Il faut tout simplement l'abolir. S'il faut aller chercher plus d'argent dans la poche des contribuables pour mieux financer le réseau de santé public, on peut le faire facilement en ajoutant un autre palier d'imposition.» Se cache

aussi derrière cette contribution santé, croit-il, le principe de l'utilisateur-payeur. «Ce principe en santé ne peut que créer des problèmes médicaux. Il ne faut pas mettre le doigt dans cet engrenage.»

La CSN dénonce aussi l'utilisation de plus en plus fréquente du secteur privé en santé. «Le recours aux cliniques médicales privées par les centres hospitaliers pour la livraison de certains soins est illogique. Il y a un nombre X de médecins et d'infirmières au Québec. Le recours au secteur privé ne fait pas augmenter ce

nombre. Tout ce qu'il fait, c'est qu'il déplace les médecins et les infirmières vers le secteur privé et, par conséquent, vide le réseau public. On n'y gagne certainement pas au change.»

Idem pour la présence des agences de placement privées. «C'est une façon de faire qui est très coûteuse pour les centres hospitaliers, puisque ces derniers doivent non seulement déboursier le salaire de l'infirmière, mais aussi le pourcentage qu'on remet à l'agence pour ses services. Il serait moins coûteux de permettre aux centres hospitaliers d'ouvrir de nouveaux postes lorsqu'ils sont en déficit de personnel, plutôt que de se référer aux agences de placement.»

Jean Lacharité admet qu'il y a des gains en efficacité et, par conséquent, des économies d'argent à faire, dans une meilleure organisation du travail et des services. «Comme syndicat, nous sommes tout à fait disposés à collaborer avec les directions des établissements de santé. Mais cette réorganisation des services et du travail doit se faire de façon paritaire. Si les décisions viennent seulement d'en haut, ça ne peut pas marcher. Les travailleurs ne se sentiront pas associés à ces décisions et cela ne peut qu'augmenter la résistance au changement. On ne remet pas pour autant en question la compétence des cadres, mais les travailleurs, ceux qui sont sur le terrain et qui dispensent les soins, ont une importante contribution à faire.»

Collaborateur

## OSTHÉOPATHIE

## L'osthéo est toujours en attente d'une reconnaissance professionnelle

Le deuxième cycle de formation s'effectue généralement sur une période d'un an et demi

Le Collège d'études ostéopathiques ouvre ses portes en 1981 à Montréal. Depuis, il sème des instances un peu partout au Canada et ailleurs dans le monde et ses activités ne cessent de se multiplier. Mais qu'est-ce qu'on enseigne à ces futurs ostéopathes? Petit survol des programmes offerts au Collège.

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Un jour ou l'autre, on ressent tous la douleur de cette blessure qu'on s'est infligée il y a quelques années et qui s'obstine à revenir nous

hanter. C'est peut-être là l'occasion de consulter un ostéopathe. Celui-ci est «un ingénieur, un horloger de l'organisme qui non seulement évalue et traite les causes des troubles fonctionnels, mais qui

vérifie aussi préventivement les rouages essentiels de notre physiologie qui régissent l'équilibre et la santé de l'être humain», affirme Philippe Druelle, fondateur du Collège d'études ostéopathiques (CEO) de Montréal. Mais, si on fait déjà partie des adeptes de l'ostéopathie, peut-être qu'on voudra, à son tour, soigner ces fameuses blessures chez les autres.

Quand il crée le CEO avec l'aide de Jean-Guy Sicotte et de Denise Laberge, M. Druelle

donne à cet établissement la mission de réunir tout le patrimoine de l'ostéopathie traditionnelle, qui regroupe les différentes méthodes thérapeutiques appliquées à la sphère crânienne. M. Druelle fut donc le premier à établir une méthodologie clinique complète qui utilise ces différentes méthodes afin que ses étudiants puissent répondre aux besoins de chaque patient. La première école d'ostéopathie venait de voir le jour au Québec.

Aujourd'hui, plusieurs écoles bénéficient de la formation mise au point par M. Druelle. On les retrouve ici au Canada, à Toronto, Québec, Vancouver et Halifax, mais aussi en Allemagne et en Suisse. En 1982, Philippe Druelle met sur pied la Fondation canadienne pour l'enseignement et la recherche en ostéopathie. Cette fondation permet à des enfants atteints de dysfonctions neurologiques d'être soignés par les étudiants du CEO.

Depuis 1981 et jusqu'à aujourd'hui, le collège et ses représentants mènent des actions afin de faire reconnaître la profession d'ostéopathe tant au Québec qu'au Canada.

## Les candidats

Tous les programmes du CEO, de niveau universitaire, permettent à leurs étudiants d'obtenir un diplôme en ostéopathie du Québec, c'est-à-dire un D.O. Les programmes offerts sont destinés soit aux étudiants qui détiennent un diplôme d'études collégiales (DEC), soit aux universitaires de premier cycle dans tous les domaines des sciences de la santé.

Le programme à temps plein en ostéopathie s'adresse à tous les détenteurs d'un DEC. Bien sûr, s'il y a une trop grande demande d'admissions, le collège privilégiera les diplômés ayant une formation dans une discipline des sciences de la santé. Le premier cycle de ce programme à temps plein est validé par l'Université du pays de Galles (G.-B.), et les étudiants ayant réussi les examens se verront remettre, en plus de leur attestation du CEO, un baccalauréat en sciences de l'ostéopa-

thie de l'Université du pays de Galles.

L'autre programme d'études en ostéopathie s'adresse, quant à lui, aux diplômés du premier cycle en sciences de la santé. Cette formation est adaptée à ceux qui, ayant déjà de nombreuses connaissances dans le domaine de la médecine, désirent pratiquer l'ostéopathie.

## Les programmes

Dans les cas des deux programmes offerts au CEO, afin d'obtenir leur diplôme d'ostéopathe du Québec, les étudiants doivent réussir deux cycles d'études.

Le premier cycle concerne les sciences de la santé et l'ostéopathie et permet à l'étudiant d'acquies les compétences cliniques, le savoir-faire et la palpation requises pour chaque domaine de l'ostéopathie. Ce premier cycle permet aussi de connaître la méthodologie clinique, afin de répondre aux besoins des patients de manière efficace et tout à fait sécuritaire.

Le programme à temps plein s'étend sur quatre ans et demi, et chaque année comprend deux sessions, de septembre à avril. Le premier cycle de l'autre programme s'étend, pour sa part, sur cinq ans et comprend des séminaires de cinq jours, dont le dernier est consacré à l'intégration clinique.

## Le deuxième cycle

Quand on aborde le deuxième cycle, les étudiants des deux programmes sont réunis dans un tronc commun. Les études se font alors à temps partiel. L'objectif de ce cycle est de permettre un apprentissage avec des experts. L'étudiant acquiert un esprit de synthèse, d'analyse et d'autocritique. Il y apprend aussi à trouver les moyens nécessaires pour résoudre la complexité d'un cas clinique, puis, avec les connaissances acquises, le futur ostéopathe pourra alors travailler au sein d'équipes multidisciplinaires.

C'est à ce niveau que les étudiants choisissent le profil pour acquies l'expérience et l'expertise axées soit sur la recherche, soit sur la clinique. Ils rencontrent des experts dont les connaissances leur permettront d'effectuer un travail de recherche fondamentale, clinique ou qualitative.

Deux possibilités s'offrent aux étudiants du deuxième cycle: la rédaction d'un mémoire ou l'internat avec essai. S'il choisit la rédaction d'un mémoire, l'étudiant devra rédiger et présenter un protocole de recherche de 20 pages ainsi qu'un mémoire de 100 à 150 pages. De manière optionnelle, il pourra aussi assister à des cours spécialisés et à des symposiums.

Quant aux étudiants qui choisissent l'internat, ils s'inscrivent

dans un programme axé sur l'application clinique des connaissances acquises et des méthodes enseignées par les experts. Ils pourront acquies une expérience clinique chez un ostéopathe, en mission humanitaire ou dans un travail hospitalier. Les étudiants suivront aussi des cours de postgraduates, une initiation pour devenir superviseur et ils participeront aussi à d'autres projets ou activités. Pour l'obtention de leur diplôme, les étudiants devront aussi rédiger l'analyse de deux cas cliniques sous la forme d'un essai d'environ une vingtaine de pages. Ce deuxième cycle s'effectue généralement sur une période d'un an et demi.

Comme on peut le constater, on aborde ce cours d'une manière très sérieuse. Mais, ce qui est transmis ici, ce ne sont pas que des notions scolaires, mais aussi des valeurs.

Comme on peut le constater, on aborde ce cours d'une manière très sérieuse. Mais, ce qui est transmis ici, ce ne sont pas que des notions scolaires, mais ce sont aussi des valeurs. Ainsi, on souhaite que les étudiants du CEO développent leurs propres talents et leur personnalité. Le collège s'efforce de promouvoir le respect, l'éthique et la loyauté, et sa mission s'inscrit dans la continuité de la tradition, tout en favorisant le savoir-faire autant que le savoir-être.

Collaboratrice  
Le Devoir

Les travailleurs et les travailleuses qui soignent nos malades, prennent soin des gens qui nous sont chers, assurent l'hygiène des lieux et traitent les dossiers médicaux, méritent tout notre **RESPECT** et notre **RECONNAISSANCE**.

Merci

@SCFPQuebecInfos

SCFP-Québec Infos

scfp.qc.ca

**SCFP**  
Syndicat canadien de la fonction publique FTQ



## SANTÉ

SOINS DE LONGUE DURÉE

## Quand la mort veille...

En soins de fin de vie, « chaque individu est un cas particulier »

Une personne qui entre au centre d'hébergement de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal décède en moyenne dans les trois années qui suivent... Une situation qui n'est pas facile à gérer émotionnellement tant pour le personnel de santé que pour les proches. Depuis 2008, l'Institut a mis en place un programme interprofessionnel de formation sur les soins de fin de vie en soins de longue durée, pour aider son personnel à mieux gérer et accepter l'inéluctable. Louise Francœur, conseillère en soins infirmiers spécialisés, est la responsable de ce programme.

HÉLÈNE ROULOT-GANZMANN

« Le programme est destiné à tous les intervenants qui gravitent autour de la personne en situation de fin de vie, explique M<sup>me</sup> Francœur. Aussi bien l'infirmière que le médecin, le préposé; ça va être également l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le nutritionniste, l'inhalothérapeute, même l'intervenant spirituel, des bénévoles. On a eu parfois jusqu'à treize professionnels différents. Le programme est destiné à toutes ces personnes-là. »

Les gens qui entrent en soins de longue durée vont y mourir. L'an dernier, à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 26% de la clientèle est décédée. Or les diplômés des différents personnels les préparent généralement peu à cette éventualité. D'où l'idée de développer sa propre formation. Une formation qui a tellement bien démontré son efficacité qu'elle est aujourd'hui dispensée à des formateurs, qui vont eux-mêmes la délivrer au personnel d'autres établissements

spécialisés dans les soins de fin de vie.

L'objectif de ce programme de trois jours est d'acquérir quatre compétences. Contribuer selon son champ de compétence professionnelle au confort et à la qualité de vie des résidents âgés en fin de vie, accompagner le résident et ses proches durant la dernière étape de la vie, agir de façon éthique et participer au travail d'équipe interprofessionnel afin d'assurer la qualité et la continuité des soins offerts en fin de vie.

« Souvent, les familles sont très présentes, mais elles sont ignorantes, elles ne savent pas trop comment ça va se passer... Les proches sont particulièrement visés dans notre programme, parce que c'est une des grandes problématiques auxquelles les intervenants ont à faire face. Les familles leur posent beaucoup de questions et ils ne savent pas toujours quoi leur répondre. Le personnel doit accompagner le patient pour que le passage vers la mort se fasse en douceur, de façon digne, mais il doit aussi soulager les proches, agir avec compassion, et à ça, quelle que soit



YURIKO NAKAO REUTERS

Les professionnels de la santé peuvent bénéficier d'une formation particulière pour accompagner des personnes âgées en situation de fin de vie.

son expérience, il n'est pas forcément préparé.»

L'éthique tient également une grande place dans le programme. Parce que le personnel se retrouve très souvent devant des dilemmes qui le mettent mal à l'aise par rapport à ses propres valeurs. La formation tente, plus que de lui apporter des réponses toutes faites, de lui donner des clés qui vont lui permettre de réagir de manière adaptée.

« Car, en soins de fin de vie, chaque individu est un cas particulier, estime Louise Francœur. Un grand nombre de nos résidents ont des déficits cognitifs sévères et ne peuvent plus s'exprimer. L'aspect reli-

gieux, l'aspect culturel apportent parfois des dilemmes entre ce qu'on voit, ce qu'on sent que le patient voudrait, ce qu'on pense qui serait le mieux pour lui et les décisions que prennent les proches, conjoint, enfants ou toute autre personne significative. On travaille donc sur l'accompagnement de ces proches, car il y a souvent une incompréhension de la situation, mais aussi des aspects émotionnels et relationnels qui entrent en compte. Prendre conscience que son parent va mourir, que c'est inéluctable. Accepter de prendre les bonnes décisions pour le laisser partir dans la dignité... Si on accompagne ces sentiments-là, ça permet à la famille de prendre

conscience de la situation et de faire ce qu'il y a de mieux pour le patient. Encore faut-il trouver les bons mots et sortir nous-mêmes de l'émotion, parce qu'en définitive nous sommes nous aussi dans un processus de deuil et nous devons vivre avec ça. »

Et, pour y parvenir, encore faut-il que l'équipe travaille bien ensemble. Qu'elle communique, qu'elle fonctionne en synergie pour arriver à de meilleurs soins. On se rend compte alors qu'on peut agir plus rapidement, de manière plus structurée. Ça rassure les proches sur la compétence des intervenants, donc sur la crédibilité des informations qu'ils leur donnent. Ils

s'en remettent plus volontiers à leur avis. Ils acceptent plus facilement que la situation soit irréversible.

À l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, la moyenne d'âge des résidents est très élevée, au-delà de 80 ans. Tous nécessitent plus de trois heures de soins par jour dans des domaines très variés. « Cette formation, ce n'est que le début d'un processus, estime M<sup>me</sup> Francœur. Le but, c'est d'outiller une équipe pour qu'elle puisse développer ses compétences et progresser. Que, lorsqu'elle rencontre une situation difficile sur le plan émotionnel ou éthique, elle puisse avoir des automatismes pour savoir ce qu'il faut faire. Qu'elle puisse communiquer, informer, aller chercher de l'aide, même... Parce que, parfois, il y a matière à aller jusqu'au comité de bioéthique ou vers d'autres instances, parfois ça va nous chercher dans nos valeurs. Prenons seulement l'exemple de la morphine: il y a des familles qui n'en veulent pas parce que, pour elles, ça signifie la fin... Alors que, de notre côté, on ne souhaite que soulager. Ça peut être difficile à gérer pour une infirmière qui voit le patient souffrir. Tout comme les soins palliatifs: il y a des proches qui ne veulent pas s'en aller là-bas et qui poursuivent dans les soins curatifs, parce qu'ils n'ont pas tout compris de la situation ou qu'ils ne peuvent pas l'accepter. Pour l'équipe médicale, ce sont des moments qui ne sont pas faciles à gérer, d'autant qu'elle aussi développe un attachement pour le patient. »

Collaboratrice  
Le Devoir

MCGILL PREND SOIN DES QUÉBÉCOIS DEPUIS PRÈS DE 200 ANS.



Le Québec a besoin de médecins de famille.  
Et la Faculté de médecine de McGill répond à l'appel.

84

Cette année, 84 étudiants entreprendront leur résidence en médecine familiale à McGill, une hausse de 36 % depuis trois ans.

90%

Plus de 90 % de nos étudiants en médecine sont du Québec.

1,8 million

Le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill contribue à offrir des soins de santé ainsi que de la formation à 63 % du territoire québécois, où vivent près de 1,8 million de Québécois.



Pour en savoir plus sur la façon dont l'université québécoise classée au 17<sup>e</sup> rang mondial améliore la vie des Québécois, visitez le [www.mcgill.ca/community/fr/quebec](http://www.mcgill.ca/community/fr/quebec).

## SANTÉ

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ

## La FIQ réclame la tenue d'états généraux

La fédération célèbre cette année ses 25 ans d'existence

En cette année du 25<sup>e</sup> anniversaire de la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ), sa présidente, Régine Laurent, parcourt le Québec dans un esprit festif à l'occasion du mois de la santé; elle invite ses membres à «prendre soin d'eux». Elle n'a pourtant pas que le cœur à la fête, un quart de siècle plus tard: elle est lasse de taper toujours sur les mêmes clous sans obtenir les résultats escomptés.

RÉGINALD HARVEY

Interpellée sur les défis actuels qui se présentent en santé et pour le mouvement syndical, Régine Laurent profite de cet anniversaire pour formuler en priorité et avec conviction un souhait: «Est-il possible d'arrêter? Arrêt sur l'image, s'il vous plaît! Peut-on le faire enfin et regarder vraiment ce qui se fait et comment ça se fait? Est-ce que ça répond aux besoins des patients à moitié ou en totalité? Quelles sont les améliorations qu'on peut apporter? Qu'est-ce qui se passe dans la communauté? Traite-t-on de façon adéquate les personnes âgées?»

Elle insiste et pose le constat que le temps est venu d'une réflexion en profondeur: «Il faut s'arrêter! Nous avons besoin d'un grand questionnement, et c'est l'un de mes rêves que de voir les différents acteurs sur le terrain, peu importe leur mission, prendre un temps d'arrêt afin de tenir des états généraux sur la santé.» Et, pour la suite des choses, elle adopte cette

position: «Une fois ceux-ci tenus, peu importe le ministre qui va arriver au gouvernement, on maintient le cap sur les choix qu'on a faits.»

Elle fournit un meilleur éclairage sur sa pensée: «Il faut prospecter pour savoir vers où on veut s'en aller. Les CLSC, quels sont leurs rôles? On doit les définir et, une fois que c'est décidé, je refuse que le prochain ministre arrive en me disant que son dada c'est autre chose. Encore une fois, je le répète, il faut qu'on arrête, car, depuis 1995, on fait vivre le réseau dans tous les sens. Ça suffit! Et tel est mon premier souhait en cet anniversaire.»

A partir de là, elle consent à aborder certains dossiers; il lui apparaît que, ce qui est important pour la population, c'est la première ligne: «Ce n'est vraiment pas tout le monde qui a besoin de se ramasser à l'urgence, mais, comme il n'y a pas d'autres endroits où se diriger, c'est là que vont les gens.» Quelle est la solution? «Elle passe par les médecins de famille, mais ça peut aussi vouloir dire d'avoir la présence d'infirmières dans la com-



JACQUES GRENIER LE DEVOIR

La présidente de la FIQ, Régine Laurent

munauté, parce qu'il y a tout de même une proportion assez importante de la population qui souffre de maladies chroniques; les infirmières peuvent donc effectuer un suivi auprès de ces gens dans leur milieu, en lien avec les médecins. Je crois aussi qu'on peut effectuer plus de suivi qu'on en fait actuellement en ce qui concerne les personnes âgées.»

Elle résume en trois points ce qui figure, à son avis, au cœur

même des préoccupations des patients: «La première ligne, les maladies chroniques et la prise en charge des personnes âgées pour leur dispenser les soins requis. C'est ce qui m'apparaît majeur pour l'instant.»

Elle soulève un autre aspect de la problématique qui apporte du sable dans l'engrenage du réseau: «La loi 90 modifiant le Code des professions n'est toujours pas en application partout et à pleine capacité, ce

qui a un impact important sur les professionnels en soins, mais aussi sur les patients et sur la prise en charge. On doit aussi revoir toute la structure des postes; on est en période de pénurie et il y a encore des employeurs qui affichent des postes à deux jours par semaine; c'est une pratique qui se poursuit malheureusement.»

Privatisation «insidieuse»

À titre d'organisation syndicale, la Fédération ne peut rester insensible à la privatisation qui s'insinue dans le système des soins de santé sous différentes formes. Régine Laurent dénonce les démarches qui vont dans ce sens-là: «Il y a toute la question de la main-d'œuvre indépendante qui en est un des aspects, mais il y a également la privatisation insidieuse qui est due, entre autres, au sort réservé aux personnes âgées; ce n'est pas quelque chose d'ineluctable et je le vois comme un défi pour le réseau, parce qu'il y a là des choix politiques et de société qu'on doit exercer.» Devant les gains que le secteur privé ne cesse d'enregistrer de manière directe ou par la bande, elle se montre convaincue que le véritable engagement consiste à renforcer le réseau public plutôt que de l'affaiblir: «C'est possible d'y arriver et il y a des choses intéressantes qui se font quotidien-

nement dans ce sens-là.»

Une fois ces sujets abordés, la question se pose tout naturellement: comment arriver finalement à trouver les moyens de remettre le réseau sur ses rails une fois pour toutes? La présidente affiche ses couleurs: «Je vous dirais très honnêtement que ça prend peut-être un ministre de la Santé et un gouvernement qui ont le courage de le faire.»

Elle se refuse à blâmer les structures actuellement en place: «Le problème majeur ne vient pas des agences, quoi qu'elles pourraient être allégées. Par contre, il y a une difficulté majeure sur le plan de la gestion des établissements; on voit là des aberrations, et je crois qu'il faut insuffler dans le réseau une nouvelle philosophie de gestion en tenant compte des patients. Mais aussi d'une façon beaucoup plus respectueuse de se comporter envers les ressources humaines dans le réseau.»

Et M<sup>me</sup> Laurent revient au point de départ: «Il est nécessaire de s'arrêter et de tenir des états généraux pour tracer les lignes directrices et pour savoir vers où on s'en va réellement.» Il existe des gens de terrain compétents qui seraient en mesure d'apporter leur contribution au sein d'un tel débat élargi et de contribuer à fixer des orientations.

Collaborateur

## En 1987 naquit une nouvelle centrale

Tout prend forme avec la négociation d'une première convention collective des infirmières regroupées

En 1987, trois syndicats indépendants s'unissent pour former la Fédération indépendante des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), qui deviendra, en 2010, la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ). Ce syndicat de professionnels de la santé regroupant plus de 60 000 membres a mené des luttes épiques, subi des coups durs, remporté des victoires et milité pour des causes sociales en 25 ans d'existence. Retour sur une organisation marquée par une solidarité indéfectible.

RÉGINALD HARVEY

Michèle Boisclair, première vice-présidente de la FIQ, totalisera bientôt 40 ans de vie infirmière et d'engagement syndical. Elle accompagne *Le Devoir* pour remonter le cours du quart de siècle d'existence du mouvement et se tourne en premier lieu vers la fusion en 1987: «Celle-ci est venue d'une volonté très forte de la base; on se rendait compte que, lorsqu'il y avait des périodes de maraudage ou des négociations, le gouvernement se servait de nos trois fédérations pour tenter de nous diviser en donnant une petite affaire à chacune d'elles. Sur le terrain, on a donc fini par trouver qu'il était ridicule de se battre entre nous.»

Fait plutôt inusité, c'est un projet de loi d'intérêt privé adopté à l'Assemblée nationale qui sanctionne le fusionnement des trois entités: «Cela a créé une force syndicale extraordinaire. À l'époque, on était 36 000 et la première présidente élue fut Diane Lavallée (1987-1993).» Au fil du temps, lui succéderont Jennie Skeene (1993-2005), Lina Bonamie (2005-2009) et l'actuelle présidente, Régine Laurent (2009-).

«On s'est mis au travail pour relever notre premier grand défi, qui était la négociation d'une première convention collective des infirmières regroupées en 1989; déjà, à ce moment, on voyait poindre un problème sur le plan de la pénurie, de telle sorte que notre thème était "Pour être là demain". On voulait vraiment obtenir une reconnaissance professionnelle et dire au gouvernement Bouvassa: c'est fini la vocation, et on passe de celle-ci à la profession», se souvient M<sup>me</sup> Boisclair.

Un premier affrontement musclé

L'interlocuteur patronal fait plutôt la sourde oreille aux revendications de la FIIQ, ce qui aura pour conséquence le déclenchement d'une grève illégale de sept jours en septembre 1989. Une loi spéciale d'une sévérité historique est adoptée pour y mettre fin: «C'est la loi 160, qui avait des dents et qui entraînait une cessation de l'application de la formule Rand pour le prélèvement à la source des cotisations syndicales, accompagnée d'un grand nombre d'autres pénalités et d'une suppression d'ancienneté.» Elle assure que les infirmières ont alors fait preuve de beaucoup de solidarité pour atténuer les conséquences de cette pièce législative en recourant à diverses solutions: «Les infirmières sont très imaginatives et créatrices; on s'est organisé pour que ça fasse moins mal et on s'est soigné, si on peut dire cela.»

Elle s'indigne du sort réservé à ses collègues, tout en se réjouissant des avancées ob-



SHAUN BEST REUTERS

La grève des syndiqués de la Fédération indépendante des infirmières et infirmiers du Québec en 1999 a été interrompue par une loi spéciale.

tenues à ce moment: «C'est incompréhensible, la façon dont ils ont traité des gens qui, au quotidien, ont à prendre soin du monde. D'un autre côté, on a réussi à faire des percées incroyables, qui ont ouvert la porte à une amélioration des conditions de travail et qui ont des répercussions encore aujourd'hui.»

Toujours à la même époque, elle fait ressortir tout l'engagement social de la Fédération en cette période particulièrement fertile en débats de société. La FIIQ s'engagera fermement en faveur du droit à l'avortement à ce moment. Plus tard, dans les années 1990, elle sera de la marche mondiale des femmes contre la pauvreté (Du pain et des roses): «Cette pauvreté engendre toutes sortes de problèmes pour la santé. Déjà, à ce moment-là, on était très active dans ce genre de manifestation.»

Des milliers de postes s'envolent

En 1997, des infirmières quittent leurs fonctions dans le cadre de la quête du déficit zéro de l'État prônée par le gouvernement de Lucien Bouchard. Le gouvernement n'a pas vu venir le coup et son programme de départs volontaires cause la prise de retraite prématurée de près de 19 000 employés de la santé, dont 3600 infirmières: «Les dirigeants gouvernementaux n'avaient pas prévu le niveau de détresse et de profond découragement, avec toutes les transformations et les restructurations qui étaient annoncées dans le réseau.»

Le virage ambulatoire se pointe en effet dans le décor durant ces mêmes années: «On a souscrit à cette idée, dans le contexte de l'évolution des technologies et des avancées dans les techniques chirurgicales. On avait quand même un doute que l'argent pour l'appliquer ne serait pas là.» Et s'ajoute l'adoption de la loi 90, qui vient modifier le Code des professions et transformer la pratique infirmière.

La grève de 1999 marque la vie syndicale

C'est dans ce contexte plutôt trouble que se préparent en 1998 les négociations de 1999. La Fédération fait ses devoirs et lance un programme de formation très poussé dans l'organisation du travail, auprès de ses représentantes dans 350 établissements: «On veut être un pas en avant sur les changements en cours et leurs conséquences.» Comme moyen de pression pour faire valoir leurs revendications, les infirmières cessent de faire des heures supplémentaires. Elles sont forcées d'abandonner cette stratégie, mais elle porte fruit sur plusieurs points; le Conseil des services essentiels leur donne en bonne partie raison.

Malgré toute cette démarche préparatoire, dix ans après la grève de 1989, celle de 1999 éclate. Elle résume les points en litige: «Le fardeau des tâches est toujours présent, l'organisation du travail est problématique et on veut

une diminution de la précarité; notre thème est le suivant: "Assez, c'est assez". Le gouvernement rejette nos demandes, jugées excessives, les infirmières frappent un mur, elles en ont plein les bras et décident d'aller en grève encore une fois.»

Deux lois spéciales frappent le mouvement et imposent le retour au travail, la loi 160 et la loi 72, après 23 jours d'arrêt de travail; la formule Rand écope et les amendes salées pleuvent. Dans un geste de solidarité sans pareil, les infirmières reçoivent pour une deuxième fois une aide financière généreuse de leurs collègues du Canada, ce qui leur servira à sortir la tête de l'eau et à sauver leur syndicat en déroute: «Elles ont été d'une générosité extraordinaire.» La solidarité des membres et les efforts financiers qu'elles consentent feront le reste; la FIIQ survivra au prix de bien des sacrifices.

Et pendant les années 2000...

Un autre siècle se pointe et Michèle Boisclair porte ce regard sur ce qui se passe alors: «Je vois ces années marquées par les bouleversements; elles sont entachées par le manque de respect envers les structures syndicales et celles-ci sont profondément modifiées par les lois 25 et 30. On assiste aux lois adoptées sous le bâillon. La privatisation gagne du terrain dans le réseau de la santé et devient pour nous un des grands dossiers majeurs. On continue également de dénoncer et de lutter contre la pauvreté qui frappe les femmes et de prendre position sur d'autres problématiques sociales.»

La Fédération envisage les changements structurels avant même qu'ils ne surviennent, de telle sorte qu'elle absorbera mieux le choc causé dans le monde syndical par l'adoption de la loi 25 et de la loi 30: «On est d'abord devenu la "FIIQ Plus" en se fusionnant et en créant des postes de vice-présidence réservés aux infirmières auxiliaires et aux inhalothérapeutes; au congrès de 2005, cette démarche a été officialisée par un vote pour combler ces deux postes.»

La FIIQ adopte une approche de soins pour obtenir par la suite l'adhésion démocratique fortement majoritaire de ces deux groupes de professionnels, en plus de celle des «perfusionnistes»: «On s'est penché sur les fusions des syndicats avec une vision soignante, en regardant qui sont les professionnels en soins autour de notre patient; on était bien placé pour parler d'organisation du travail en réunissant une telle équipe. Cette logique-là sera respectée par les autres groupes.»

Tant et si bien que la FIIQ devient la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ) au début de décembre 2006: «Cette appellation reflétait vraiment la nouvelle réalité de notre organisation, dont le nombre de membres tournait à ce moment-là autour de 55 000.» De 2006 à 2012, il y aurait matière à relever quelques autres événements marquants, mais qui appartiennent davantage au présent. Retenons ces propos de M<sup>me</sup> Boisclair pour résumer ces années-là: «Depuis ce temps, on a un thème qui nous tient à cœur et on veut que la Fédération soit reconnue à travers celui-ci, étant donné qu'on regroupe toutes les professionnelles en soins qui sont autour du patient: "La FIQ, une voix qui porte, des gestes qui comptent".»

Collaborateur

Le Devoir

## SANTÉ

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

## Avoir 15 ans...

« La maladie complique la vie, mais une vie compliquée aggrave l'évolution de la maladie »

« Santé mentale des jeunes adultes : nous pouvons faire mieux ! » Tel est le thème qui coiffait un colloque interétablissements en psychiatrie et santé mentale qui s'est tenu à Québec les 29 et 30 mars. Il y a été question de recherche, d'organisation des soins et des services. Bilan et perspectives avec son président, le psychiatre Philippe Baruch.

THIERRY HAROUN

« Plusieurs troubles, tels la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les troubles de personnalité, apparaissent le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Leurs conséquences sont, hélas, trop souvent dévastatrices à cette période de la vie. Des progrès ont été faits au cours des dernières années pour aider ces jeunes adultes, mais nous pouvons et devons encore mieux faire. » Voilà ce qu'on lit notamment dans la documentation du colloque qui a proposé 58 communications et quatre forums et qui, par la même occasion, met la table à notre entretien avec le Dr Baruch, également directeur de l'enseignement à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« On est très heureux de l'audience, qui a été très importante, note M. Baruch. Nous avons en fait eu à peu près 450 participants, soit des intervenants, des gens qui travaillent dans le milieu hospitalier, en première ligne des soins de santé, des gens des CLSC, des groupes communautaires, etc. Ce sont des gens qui ont vraiment participé au colloque, parce que, vous savez, il y a des colloques auxquels les gens s'inscrivent, mais ils passent leur temps à faire du tourisme. »

Ainsi, le thème du colloque, c'est M. Baruch qui l'a choisi. « En fait, mon intérêt en psychiatrie porte essentiellement sur les troubles de l'humeur et surtout sur les troubles bipolaires [connus autrefois sous l'appellation de maladies maniaco-dépressives]. La maladie apparaît en général à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, soit entre l'âge de 15 et 25 ans, pour beaucoup d'entre eux. Le trouble bipolaire se manifeste par des épisodes de dépression et d'excitation, ce qu'on appelle des



L'Institut universitaire en santé mentale de Québec est affilié à l'Université Laval.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC

manies plus ou moins sévères selon le cas. Et cela a des conséquences sur le développement personnel, sur les études, les relations amoureuses, l'installation dans la vie, etc. Par exemple, si on a un jeune qui fait une dépression sévère à 19 ans et vit une période d'excitation à 21 ans, il est certain que, si rien n'est fait, les épisodes vont se répéter, et probablement qu'à l'âge de 30 ans cette personne aura déjà été hospitalisée trois ou quatre fois. »

La tendance, sur le plan du diagnostic et de l'intervention, repose, dit-il, sur une organisation des services qui permettrait une détection plus précoce de la maladie et sa prise en charge. « L'idée est d'avoir une organisation de services qui intervienne de manière plus efficace et plus tôt. Et je vous dirais que, souvent, c'est le milieu scolaire qui va permettre la détection de ces troubles. Ce peut être un psychologue au cégep, par exemple. On peut aussi le remarquer aux niveaux secondaire ou universitaire. »

Sur le plan des traitements, rappelle le professeur Baruch, il y a, dans un premier temps, « les aspects spécifiquement liés aux soins, que ce soient des traitements psychotropes, des prises en charge psychothérapeutiques individuelles ou collectives. On insiste également beaucoup sur ce qu'on appelle la psycho-éducation. C'est au fond une manière de permettre aux jeunes adultes d'avoir une meilleure connaissance de la maladie et de développer des habitudes de gestion de la maladie. En fait, on insiste beaucoup aujourd'hui sur la notion d'intégration et de trajectoire. Il est donc moins question d'attendre une espèce de molécule-miracle ou de la psychothérapie-miracle. »

## Guérison

En ce qui concerne la guérison, M. Baruch précise que, au sens strict du terme, la guérison « n'est pas facile à obtenir. La plupart des troubles mentaux sont souvent des maladies

chroniques. Les traitements vont en limiter l'impact. Encore là, l'idée, c'est que plus les gens ont des relations sociales et des projets, plus on peut espérer que, malgré la maladie, on peut avoir une qualité de vie. Ça joue en fait dans les deux sens, en cela que la maladie complique la vie, mais une vie compliquée aggrave l'évolution de la maladie. »

Philippe Baruch tient à rappeler en fin d'entrevue qu'il est en train de développer, avec une collègue à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, un programme axé sur la santé mentale des jeunes adultes. « On va tenter d'organiser au mieux les services de notre institut et d'avoir les partenariats les plus efficaces possibles afin d'aider ces jeunes. C'est d'ailleurs un axe qu'on veut lier à des activités de recherche clinique. Il y a encore énormément de travail à faire. »

Collaborateur  
Le Devoir

SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE

## L'état actuel du réseau inquiète

« C'est par le public que passe l'amélioration du système de santé »

Le SCFP est alarmé de voir à quel point on ouvre la porte au secteur privé dans le réseau de la santé. Il déplore également les réformes administratives du réseau qui ne livrent pas leurs promesses et qui essouffent les travailleurs. Entrevue avec Marco Lutfy, président du Conseil provincial des affaires sociales (CPAS) du SCFP.

MARTINE LETARTE

« Des réformes, il y en a eu trois grandes depuis 15 ans dans le réseau de la santé et chacune promettait beaucoup. Nous remarquons toutefois qu'elles étaient surtout des réformes de structure, qui n'ont pas amélioré l'état du réseau de la santé », affirme Marco Lutfy.

La plus récente a été le regroupement des établissements de santé d'un secteur en un Centre de santé et de services sociaux (CSSS). « On nous avait dit que ça allait diminuer le fardeau administratif, mais on a vu que ça l'a augmenté. Le nombre d'Indiens que peut avoir un chef ne change pas vraiment, vous savez. Si le patron a plus de responsabilités et plus d'employés sous son égide, il va se chercher plus d'adjoints. C'est ce qui s'est passé. Le niveau du personnel administratif et cadre a augmenté de 15 à 20% », affirme M. Lutfy.

Six ans après la fusion, le président du CPAS affirme que plusieurs CSSS n'ont tou-

jours pas réussi la transformation. « C'est une grande réorganisation. Il faut tenir compte des différentes missions. Dans beaucoup d'endroits, les hôpitaux sont venus drainer des ressources humaines et financières d'autres établissements. Sur le terrain, en réalité, on n'a pas vu d'amélioration », affirme Marco Lutfy.

## L'essoufflement des travailleurs

Le CPAS, qui représente plus de 20 000 travailleurs dans le secteur de la santé et des services sociaux, remarque toutefois un essoufflement. « Dans les établissements de santé, les employés sont très essoufflés. Les réformes ne changent pas le nombre de patients dont ils ont à s'occuper. Toutefois, à chaque réforme, ils doivent s'adapter à de nouvelles réalités, à de nouveaux patrons, à de nouvelles façons de faire. C'est essoufflant », remarque Marco Lutfy.

Le syndicaliste affirme toutefois que certains éléments de

ces réformes sont tout à fait positifs. « Par exemple, l'idée de faire en sorte que les établissements soient des milieux de vie. Je pense surtout aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), où on veut que les gens se sentent chez eux plutôt que dans un hôpital. C'est bien, mais c'est un gros changement. Il n'y a pas eu de personnel additionnel pour faciliter l'adaptation. Ça essouffle », explique-t-il.

M. Lutfy constate aussi que plusieurs responsabilités ont été données aux CSSS. « On exige d'eux le déficit zéro, en même temps, on leur demande toutes sortes de choses, comme implanter l'informatisation des données sur la santé. C'est un projet de Québec, mais les CSSS n'ont pas de nouveaux fonds pour le faire. Les CSSS prennent des montants dans leur enveloppe budgétaire et ensuite, pour ne pas être en déficit, ils doivent couper des postes et des heures ici et là. Encore une fois, ça essouffle les travailleurs. »

Il s'inquiète aussi des répercussions de la loi 100, qui met en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget de 2010 et vise le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 ainsi que la réduction de la dette. « On réaffiche maintenant un poste sur deux, précise-t-il. Cette politique ne fait pas en sorte que la fonction de deuxième poste disparaît. Les

tâches sont redistribuées dans les équipes et c'est encore plus essoufflant. »

Dans un tel contexte, il affirme que les difficultés d'attraction et de rétention du personnel sont toujours très sérieuses. « Les jeunes préfèrent vendre des cellulaires plutôt que de devenir des préposés aux bénéficiaires. Ça fait qu'il manque de personnel, donc c'est difficile de donner des congés parce qu'il n'y a pas de remplaçants. Ça essouffle encore plus et ça attire encore moins de relève. »

## Le secteur privé

La question des agences de placement dans le milieu de la santé est toujours un enjeu pour les syndicats, comme pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.

« Le gouvernement reconnaît que la question de la main-d'œuvre indépendante est un problème. En même temps, actuellement, on ne pourrait pas faire disparaître les agences parce qu'il manquerait de personnel. Il faut regarder pourquoi ces personnes préfèrent être employées par des agences plutôt que par le réseau public. Il faut attirer ces travailleurs dans le réseau, donc regarder les conditions de travail. Un comité a d'ailleurs été créé pour se pencher sur la question. On

cherche une solution, mais ce n'est pas évident sans nouveaux fonds », explique M. Lutfy, qui est préposé aux bénéficiaires de formation.

Les problématiques sont donc nombreuses et, aux yeux de Marco Lutfy, il n'y a pas de solution-miracle. « Ce n'est certainement pas le secteur privé qui viendra nous sauver! C'est un mythe incroyablement de penser que rajouter la notion de profit dans l'équation viendra aider. Le secteur privé ne coûte pas moins cher que le secteur public. Le secteur privé draine les ressources et crée deux classes de citoyens : les riches, qui peuvent se payer les services, et les pauvres, qui doivent se tourner vers un réseau public affaibli. »

D'ailleurs, le président du CPAS s'inquiète énormément des conséquences que pourrait avoir l'Accord économique sur le commerce global (AECG) entre le Canada et l'Union européenne. « Les négociations se font présentement dans le secret. Ce que nous avons eu comme information, c'est qu'il découlerait de l'AECG une ouverture des prestations de soins aux entreprises internationales. Ce genre d'accord prévaut sur les lois canadiennes, provinciales et municipales. C'est très inquiétant, puisqu'on n'a pas de contrôle



Marco Lutfy

SCFP

là-dessus, parce que rien n'est public dans ces négociations », déplore M. Lutfy.

Quelle est la stratégie à adopter, d'après le président du CPAS?

« La sensibilisation, affirme-t-il. Lorsqu'on demande à la population si elle veut plus de soins publics, de 80 à 90% des répondants disent oui. C'est par le public que passe l'amélioration du système de santé. Il faut se mobiliser pour arrêter le mouvement vers une recherche de profits toujours plus élevés. »

Collaboratrice  
Le Devoir

fiq 25 ANS  
FIÈRE ET ENGAGÉE,  
À VOTRE SANTÉ!

Forte de ses 60 000 membres,  
la FIQ défend avec conviction  
les professionnelles en  
soins du Québec

INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES

FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

www.fiqsante.qc.ca

GADAMER ET LES SOINS

# De l'importance du dialogue dans le soin humain

Un nouveau programme universitaire mettra l'humanisme au cœur de la pratique

Dans un système de santé où tout va de plus en plus vite, où la performance est une loi qui régit les interactions du soignant et du patient, le temps vaut de l'or. Mais si on utilisait une petite parcelle de ce temps pour le consacrer au dialogue? C'est du moins ce que la philosophie nous suggère.

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Cyndie Sautereau croit sans conteste au pouvoir du dialogue et en a fait la démonstration en livrant sa conférence intitulée «La place du dialogue dans le soin humain», vendredi dernier, lors du Congrès de l'Acfas (Association francophone pour le savoir), prenant appui sur la pensée du philosophe allemand Hans-Georg Gadamer (1900-2002), dont la série de conférences, «Philosophie de la santé», l'a beaucoup inspirée.

Cyndie Sautereau étudie actuellement au doctorat en philosophie. Elle n'est pas directement présente dans le domaine des soins aux patients, n'ayant pas de formation en médecine, mais elle développe un intérêt marqué pour le sujet. «En fait, tout commence avec une thèse en philosophie portant sur la relation à autrui, où je me suis intéressée en particulier à un courant qu'on appelle l'éthique du care, c'est par ce biais que j'en suis venue à la question du soin», raconte M<sup>me</sup> Sautereau. Le terme «care» qualifie une théorie et est difficile à traduire en français, car il désigne à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin.

## Selon Gadamer

Le philosophe Hans-Georg Gadamer inscrit sa pensée dans un courant qu'on nomme l'herméneutique, qui est la théorie de la compréhension et de l'interprétation de la question «qu'est-ce que comprendre?». Ce sont ces grands questionnements sur la compréhension de l'autre et sur le dialogue qui sont au centre de sa démarche.

Cette philosophie ne repose pas sur la compassion ou l'empathie: «On n'est pas là, parce



MARTIN BUREAU AFP

Le dialogue permet de remettre le patient au centre du système de soins.

que souvent, dans la compassion, on va s'identifier à l'autre, on va partager sa souffrance. Ce qu'on veut, c'est de trouver la juste distance entre une trop grande proximité, qui serait celle de la compassion, voire de l'empathie, et une distance trop grande, où l'autre serait objectivé, où on ne verrait plus que son corps», explique Cyndie Sautereau.

Selon Gadamer, cette juste mesure ne se trouve que dans le dialogue, «où il s'agit de faire valoir la parole de l'autre et d'essayer, grâce à un échange, de s'entendre sur ce qu'il appelle la chose même, qui serait ici le rétablissement. C'est donc de prendre en considération l'expérience vécue de l'autre qui, dans la compréhension d'avantage scientifique du soin, et dont on a besoin par ailleurs, n'est peut-être pas assez prise en compte», renchérit M<sup>me</sup> Sautereau. Ce dialogue doit donc s'établir sur la base de l'écoute et de l'ouverture à autrui. Gadamer dira qu'il faut, pour y arriver, mettre de côté ses préjugés et

ne pas être centré sur soi, sinon on se coupe totalement de l'autre. Le dialogue doit intervenir tout au long du processus qui ultimement mènera à la guérison.

## Ouverture à l'autre

La formation d'un médecin est longue et ardue. Parfois, l'humanisme et l'ouverture à l'autre peuvent sembler être des qualités si évidentes qu'elles ne sont que rarement abordées dans les années d'étude. Pourtant, selon Cyndie Sautereau, pour compléter une formation dans ce sens, «il faudrait essayer de travailler avec des études de cas pour tenter de développer cette ouverture à l'autre». Concrètement, même si c'est difficile de toujours remettre en question son savoir, il faut pendant un moment le laisser de côté pour avoir une approche plus globale.

Gadamer parle aussi des soins palliatifs, où cette notion de dialogue intervient constamment. Car, évidemment, dans certaines spécia-

lités, le dialogue est très présent: on n'a qu'à penser au médecin de famille et à l'obstétricien, chez qui le rôle d'accompagnement est primordial. Mais le dialogue ne serait-il pas utile aussi au chirurgien? Selon M<sup>me</sup> Sautereau, peu importe la situation, on devrait toujours remettre le patient au centre du système de soins: «Pour voir que l'expérience vécue de la personne et la manière dont elle ressent la maladie peuvent être très significatives pour le soignant.»

## Souplesse

Au niveau des établissements, on souhaiterait plus de souplesse dans l'approche humaine, alors que l'approche scientifique du soin est, elle, omniprésente: «On vit dans un monde dominé par la science et la technique, et le côté humain est peu légitimé, a peu de place, que ce soit dans la formation des médecins ou même dans les établissements», ajoute Cyndie Sautereau. Bien sûr que notre chercheuse rêve d'un rapprochement entre les facultés de philosophie et de médecine.

On fait déjà les premiers pas dans ce sens, puisque, à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, on est en train d'élaborer un nouveau programme, qui sera mis en place au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles cohortes et qui place l'humanisme au cœur de la pratique. «À plus long terme encore, il devra y avoir un changement dans la société pour que la science n'ait plus cette prééminence qu'elle a actuellement. On sent que le sujet est une évidence pour ceux qui réfléchissent sur le soin, mais que ça ne se reflète pas encore dans les établissements», ajoute M<sup>me</sup> Sautereau.

Nous laissons à Hans-Georg Gadamer le mot de la fin lorsqu'il écrit: «Il semble que, souvent, dans le savoir-faire d'un grand médecin, des éléments de son expérience de la vie la plus intime sont en jeu.» Il faudrait donner la chance aux médecins de reconnaître l'utilité de ces éléments.

Collaboratrice  
Le Devoir

## SURVIVRE À LA CHIRURGIE

# Miser sur une prise en charge de sa propre maladie

De 30 à 50 % des personnes souffrant d'obésité abandonnent leur traitement clinique

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a regroupé, en juillet dernier, sa Clinique d'obésité et sa Clinique de chirurgie bariatrique. Caroline Cyr mène actuellement une recherche sur les impacts que cette unification des trajectoires de soins aura sur le vécu des patients.

ÉTIENNE PLAMONDON  
ÉMOND

Au CHUS, dans les anciens services de soins accordés aux patients souffrant d'obésité, les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique étaient ceux qui présentaient le plus de symptômes de détresse, d'anxiété, de dépression et de boulimie. C'est ce qu'ont révélé les premiers résultats d'une étude menée par la doctorante Caroline Cyr, dévoilés le 7 mai dernier, lors d'un colloque sur la santé des populations inscrit dans la programmation du 80<sup>e</sup> Congrès de l'Acfas. Dans le cadre de cette recherche, 59 participants ont été interrogés dans des groupes témoins, puis par le biais de questionnaires pour évaluer leur qualité de vie et leur motivation.

Marie France Langlois, professeure à l'Université de Sherbrooke, qui supervise les recherches, avait prévu des conclusions allant en ce sens, mais elle ne s'attendait pas à ce que les résultats soient «aussi clairs. C'est certain que les personnes qui sont en attente d'une chirurgie, souvent, elles ont en moyenne un excès de poids qui est plus élevé que les clients qui étaient dans la Clinique médicale d'obésité. Cela peut expliquer une partie du résultat, mais je pense aussi que ce qui explique une autre partie des résultats — dont on n'avait peut-être pas anticipé l'ampleur — c'était le processus de l'attente. On leur demandait de faire des changements, mais ils étaient, à ce moment-là, peu accompagnés pour les faire.»

Caroline Cyr explique que, «en chirurgie bariatrique, le patient était suivi par son infirmière et son équipe de chirurgiens, mais il était vraiment laissé à lui-même pour faire le recalibrage de ses habitudes de vie. Tandis que, à la clinique d'obésité, il était pris en charge par l'infirmière, la nutrition-

niste et l'équipe d'endocrinologues.» Or les changements comportementaux nécessitent tout autant un accompagnement serré chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique, puisque, pour la réussite de l'opération, elles doivent, par exemple, impérativement cesser de fumer et de boire des boissons gazeuses, comme la bière, les sodas ou l'eau Perrier.

Or, au CHUS, tous les soins dédiés aux problèmes d'obésité sont maintenant regroupés depuis juillet 2011 à l'intérieur d'une seule clinique: la Clinique médico-chirurgicale du traitement de l'obésité. La mise en place d'un guichet unique vise entre autres à éviter que des patients ne se retrouvent inscrits sur les deux listes d'attente, mais cette nou-

«Le patient doit vraiment prendre en charge sa propre maladie pour avoir un succès, parce que ça dépend beaucoup de ses comportements»

velle organisation pourrait avoir d'heureuses conséquences sur le processus de soins. Une équipe pluridisciplinaire composée d'endocrinologues, de nutritionnistes et de kinésithérapeutes fait dorénavant un suivi du processus chez chaque patient. Marie-France Langlois croit que «c'est pas mal unique au Québec qu'il y ait une équipe médicale qui travaille avec une équipe chirurgicale et qu'il y ait une aussi grande intégration professionnelle au niveau de la modification des habitudes de vie». Des réunions hebdomadaires permettent maintenant de voir si chaque patient évolue bien dans ses démarches.

Pour les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique, «on se demande si on va retrouver les mêmes symp-

tômes sur la trajectoire des soins unifiés», dit Caroline Cyr, pour qui la prochaine étape consiste à évaluer la qualité de vie, la motivation et l'«auto-soin», soit comment le patient est prêt à se prendre en charge, maintenant que le CHUS a réorganisé ses services dans ce secteur.

Plutôt que de faire des analyses anthropométriques, Caroline Cyr s'attarde donc à ce que vit le patient. Un aspect important, alors qu'on estime que de 30 % à 50 % des personnes souffrant d'obésité abandonnent leur traitement clinique visant à leur faire perdre du poids. «Quand les patients sont vraiment motivés et s'engagent dans leurs soins, ils vont réussir à atteindre leurs objectifs de traitement. [...] C'est pour ça que je mesure la motivation, parce que ça m'intéresse de voir comment on sait quand le patient est motivé, comment on l'aide à soutenir cette motivation, où est le point sur la trajectoire de soins où je sais que je dois aller maintenir la motivation ou la stimuler.»

Une logique qui s'applique aussi aux patients indisposés par d'autres maladies chroniques, comme le diabète ou la haute pression. «Le patient doit vraiment prendre en charge sa propre maladie pour avoir

un succès, parce que ça dépend beaucoup de ses comportements», explique Marie-France Langlois à propos de ce type de cas. Le traitement, la prise de médicaments, l'adoption de saines habitudes de vie, qui sont souvent les mêmes pour toutes ces conditions, c'est sûr que c'est un processus qui est difficile. Et traditionnellement, dans le milieu médical hospitalier, on a tendance à faire une prescription et à envoyer les patients avec ça. Mais on sait qu'au bout d'un an, parmi les gens souffrant d'une maladie chronique, si on ne fait pas de suivi et qu'on ne les engage pas dans leur traitement, il y en a beaucoup qui vont abandonner.»

D'ailleurs, l'étude de Caroline Cyr observe aussi les difficultés des patients qui sortent d'une chirurgie bariatrique, qui n'est

pas une «solution-miracle», estime la chercheuse. «Ils doivent réapprendre à se reconnaître et à apprivoiser leur corps», qu'ils ne reconnaissent plus, observe-t-elle, à la suite de la première partie de l'étude.

Elle s'est aussi penchée sur les motivations qui ont amené les personnes souffrant d'obésité à entreprendre des démarches pour perdre du poids. Ceux qui étaient dirigés vers la Clinique d'obésité avaient généralement des motivations extrinsèques, c'est-à-dire qu'ils amor-

çaient souvent le processus à la suite de la pression ou de la suggestion de proches, lorsque ce n'était pas à cause d'un problème de santé majeur qui les forçait à modifier leurs habitudes de vie. Pour les patients qui se retrouvaient en attente d'une chirurgie bariatrique, les motivations s'avéraient généralement intrinsèques, comme le désir de pouvoir faire du sport avec leurs enfants ou de retrouver une indépendance et une liberté dans leurs activités.

Caroline Cyr assure qu'une

constante revient par contre chez tous les patients. «Je n'ai rencontré aucune personne qui portait des lunettes roses. Elles avaient toutes une conscience de leurs limites, de leurs capacités, de ce qu'elles doivent faire, mais aussi des changements à effectuer, des difficultés au quotidien à surmonter et de la discipline de vie que ça prenait. Et ça, c'est un élément qui a été vraiment frappant», assure-t-elle.

Collaborateur  
Le Devoir

Des services publics de qualité pour tous les aînés

# VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ