

## Santé

CAHIER H

L'APRÈS-COULLARD

LE DEVOIR



NEWS.COM

## Où est passé l'enthousiasme?

Un avenir indéfini pour le centre hospitalier universitaire des francophones montréalais

À lire et à entendre ce qui se passe autour du futur centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal, le CHUM en puissance, il faudra bientôt en déduire, pour les médecins et la future clientèle francophone, que l'ère en est une d'accordements raisonnables. À l'angle de Saint-Denis et René-Lévesque, il y a carambolage de mauvaises nouvelles.

NORMAND THÉRIAULT

Le dossier du futur CHUM piétine. Un jour, c'est le nombre de lits qui diminue. Un autre, les blocs opératoires ne seront pas aussi nombreux qu'on le souhaitait. Plus tard, on apprend qu'une entreprise privée à laquelle est associé un ancien ministre de la Santé aurait la responsabilité de tout un secteur de la pratique et de la recherche: celui de l'ophtalmologie (et le ministre ici n'est pas Philippe Couillard, ni Claude Castonguay, mais bien un Michel Clair dont on parle moins, mais qui n'agit pas moins pour autant).

Et ce qui n'aide en rien, c'est l'apparent désaveu qui entoure toute l'entreprise. Ainsi, avant que la Fédération des médecins spécialistes du Québec ne dénonce l'état actuel de la proposition de travail, un organisme aussi lourd que la Fédération canadienne pour l'innovation (FCI) a indiqué qu'aucune subvention ne serait attribuée à l'hôpital universitaire francophone de Montréal, mais qu'au contraire, pour son pendant anglophone, elle ouvrirait toutefois sa bourse dont s'échapperaient des millions pour totaliser une centaine.

Un jour, un jour...

Mais le CHUM un jour, malgré toutes ces contradictions qui témoignent plus d'une «santé» chancelante, serait. Tous s'entendent là-dessus, quoiqu'il s'en trouve pour prêcher un retour vers Outremont,

afin de permettre les futurs agrandissements obligatoires pour tout centre de recherche universitaire.

Il faut savoir qu'au centre-ville, à côté de l'UQAM, et non de l'autre université, celle de la montagne, les abords du site se retrouvent déjà en d'autres mains, privées celles-là, qui implanteraient ainsi des cliniques et des lieux d'autres services. On aurait donc en fait une belle cohabitation privé-public plus lourde que le simple programme de PPP actuellement en place, ce partenariat public-privé souhaité par le gouvernement actuel pour l'élaboration des plans, la construction et la gestion de ce qui, hier encore, devait être un superhôpital universitaire.

Et là, on s'agrandit

À l'ouest de la ville, pendant ce temps, sur le site Glen, là où l'université McGill érige son CUSM, le Centre universitaire de santé McGill, les architectes Jodoin, Lamarre et Pratte ont déjà des esquisses à présenter, et, s'il y a des bisbilles dans ce projet, elles prendraient forme à l'intérieur et sembleraient aussi s'y régler, sans que tous les détails de l'aventure se répandent sur la place publique.

Ici, on vit plutôt dans un climat alimenté par de bonnes nouvelles. Parle-t-on là de

recherche des plans s'élaborent pour la construction d'un centre entièrement dédié à ce seul secteur. Et il ne sera pas petit: 40 000 mètres carrés, un espace qui permettra de réunir sous un même toit un centre de médecine novatrice, un centre de biologie translationnelle et des espaces pour la recherche évaluative.

Le CHUM ne peut pas à ce jour se réjouir d'un même programme. Aurait-il l'argent qu'il devrait sans doute s'expatrier de son site. De toute façon, il a dû faire son deuil des 100 millions provenant de la FCI, montant auquel s'ajoutait une somme identique provenant des gouvernements fédéral et provincial et un autre petit montant de 50 millions souscrits par des organismes de donation privés.

**Le nouveau ministre de la Santé a actuellement d'autres soucis que celui des centres universitaires hospitaliers montréalais**

Contraintes locales

Et il est facile de construire sur le site Glen. S'il faut décontaminer les sols, car des voies de chemin de fer ne disparaissent pas sans laisser de traces, pour le reste tout est plus facile: l'environnement n'impose pas trop d'embûches patrimoniales, ce qui est différent quand on construit au cœur d'un quartier historique de Montréal. Rue Saint-Denis, il s'en trouvera toujours pour empêcher ce qui dans le passé était possible, quand, pour ouvrir le futur boulevard René-Lévesque (qui s'appelait alors Dorchester), il a été possible de raser des quartiers complets, de ne garder ainsi, par exemple, pour l'église Saint-Jacques qu'un clocher et un pan de mur et de faire fi de tout le reste.

Mais ne discutons plus. Même avant de partir œuvrer dans le secteur public, celui qui était ministre alors, Philippe Couillard, main-

tenait sa position: le CHUM, c'est Saint-Luc et Charles-Borromée. Et s'il y a à un manque d'espaces, à comprendre les déclarations récentes, on a compris la stratégie: on supprimera des services, on diminuera en nombre ce qui était planifié, avec pour conséquences moins de lits, moins de salles et, sans doute, moins de malades et de chercheurs et de médecins et d'infirmières et de...

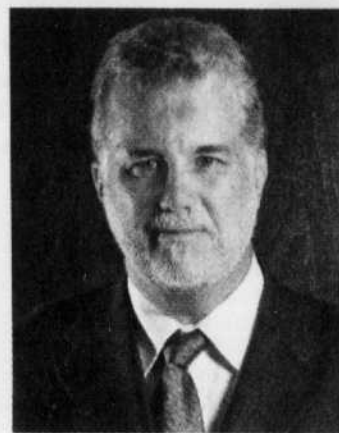
Et demain

Le ministre actuellement en poste a ces jours-ci, toutefois, d'autres soucis que celui des centres universitaires hospitaliers montréalais: lui qui était un personnage bien connu dans la région d'Alma, où son passage dans le secteur de la santé a été remarqué, ne serait-ce que par le nombre de réalisations qu'il y a opérées, il est maintenant en campagne pour se faire élire dans un comté qui se retrouve dans une ville de Québec souvent réfractaire à tout ce qui vient d'ailleurs. Et M. Bolduc, s'il a des annonces à faire, devra d'abord démontrer qu'il n'accorde aucune prépondérance à tout projet qui privilégierait Montréal: quand on est de Québec, on est de et pour Québec!

Il faudra donc attendre la fin d'une période électorale, ici les partielles provinciales, pour finalement savoir à quoi s'en tenir sur l'avenir du centre universitaire francophone de la santé. Pour l'instant, qui a des doutes se voit justifié de les conserver. Quant aux autres, ceux qui ont «bon espoir», on remarquera que, à moins d'être partie prenante du projet, ils sont dans l'ensemble bien silencieux.

Pourtant, un projet d'une telle envergure, dont la facture se chiffre en milliard, devrait normalement susciter de l'enthousiasme. Malheureusement, à ce jour, ce sont les clameurs des récriminations qui se sont fait entendre.

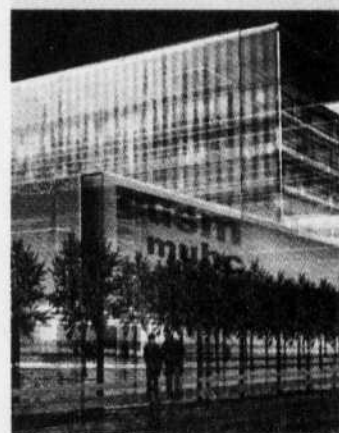
Le Devoir



UN BILAN

«Cinq ans, c'est long et c'est du jamais vu!»

Page 3



McGILL

Déjà la médecine de 2050

Page 5

MÉDECINS

«Le Québec est un précurseur pour la place du privé en santé»

Page 2

INFIRMIÈRES

L'expérience des «anciennes» est mise à profit

Page 4

C. DIFFICILE

Un simple lavage des mains aide beaucoup

Page 5

OBÉSITÉ

Masse musculaire et ligne idéale

Page 6

Le public, c'est la santé pour tout le monde!



CSN

SANTÉ

Canada et Québec

« Le Québec fait office de précurseur en ce qui concerne la place du privé »

Il faut plus que de l'argent pour relancer le système

Le temps des études sur le système de santé canadien est terminé. Selon le docteur Robert Ouellet, récemment élu président de l'Association médicale canadienne, l'heure est venue de donner un coup de barre et de redresser le système de santé canadien.

PIERRE VALLÉE

« Il faut bouger et agir maintenant, affirme Robert Ouellet, président de l'Association médicale canadienne. C'est inacceptable que, dans un pays riche comme le nôtre, un médecin soit obligé de dire à son patient qu'il doit attendre avant de subir un examen au scanner. On ne peut plus tolérer cela. »

pays qui investissent des sommes similaires dans leur système de santé, nous arrivons aujourd'hui trentième sur trente pays. On peut certainement faire mieux. Et plusieurs pays européens ont réussi à le faire. Par exemple, en Angleterre, ils ont pratiquement éliminé les listes d'attente en cinq ans. S'ils le peuvent, pourquoi pas nous? »

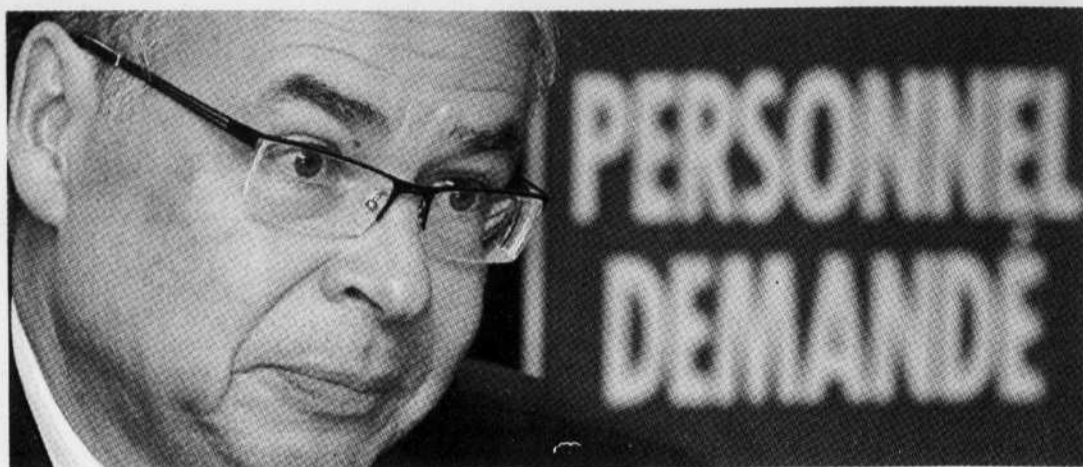
Pourtant, croit Robert Ouellet, les solutions sont à portée de la main. « Il suffit de regarder ce qui s'est fait ailleurs et de s'en inspirer. Mais il faut arrêter de croire que rien ne peut changer et qu'il n'y a rien à faire. Ce n'est plus de questionnements dont nous avons besoin, mais de solutions. » D'ailleurs,

sous sa gouverne, l'Association médicale canadienne fournira une proposition concrète à ce sujet dans les mois à venir.

Ouverture au privé

Cette proposition fera une plus large place au secteur privé. « Il ne s'agit pas de remettre en question le système de santé public. Nous ne voulons pas d'une médecine à l'américaine. Mais le privé a un rôle à jouer et il s'agit d'un rôle complémentaire. » Une idée qui fait son chemin ici au Québec, mais pas encore ailleurs au Canada. « Le Québec fait office de précurseur en ce qui concerne la place du privé. En Ontario, par exemple, un médecin ne peut même pas se désengager du système d'assurance-santé. »

Le docteur Ouellet aimerait qu'on autorise les médecins à travailler à la fois dans les systèmes public et privé. « Je ne vois pas pourquoi un médecin ne pourrait pas consacrer entre 5 % et 10 % de son temps à travailler hors réseau. Au fond, cela lui permettrait de



JACQUES GRENIER LE DEVOIR

Le docteur Robert Ouellet aimerait qu'on autorise les médecins à travailler à la fois dans les systèmes public et privé.

rendre plus de services aux patients. » Il avance aussi que certaines chirurgies plus légères, comme les hernies, pourraient être réalisées dans des cabinets privés. « Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir toute l'infrastructure d'un hôpital. »

Financement des hôpitaux

Mais le recours au secteur privé n'est qu'une partie de la solution. Il faut aussi agir sur d'autres fronts, comme le financement des hôpitaux. « Il faut cesser de financer les hôpitaux de manière globale, parce que c'est un financement qui n'est pas relié à l'activité de l'hôpital. Il faut que le financement soit arrimé à l'activité de l'hôpital et que le budget suive en quelque sorte le patient. »

Il y a lieu aussi de rendre les hôpitaux plus imputables. « En Angleterre, on a voté une loi qui établit à 18 semaines le délai entre le moment où quelqu'un appelle son médecin de famille et le moment où il reçoit son traitement à l'hôpital, sinon le patient est référé au privé. » De plus, il faut établir un élément de concurrence entre les hôpitaux. « Dans certains pays, on donne même une cote aux hôpitaux. L'adoption de mesures semblables, selon lui, rendrait plus efficace le système de santé canadien. Il faut aussi s'attaquer sérieusement à la pénurie de médecins, le Canada arrivant au vingt-sixième rang parmi les pays de l'OCDE quant au ratio de médecins par personne. Il faut former davantage de médecins,

mais il faut aussi les garder et les retenir en bonifiant les conditions. »

Autres propositions

Parmi les autres propositions avancées par le docteur Ouellet, il y a l'informatisation du système de santé. « Pour un pays comme le nôtre, nous sommes vraiment en retard dans ce dossier. Il n'y a que l'Alberta qui a fait certains progrès, puisqu'un médecin sur trois peut maintenant consulter un dossier de patient informatisé. Mais il faudrait

au Québec, même si ce n'est pas parfait, fonctionne plutôt bien. Le patient fait sa part puisqu'il doit défrayer une partie du coût et une franchise. Les personnes qui ont une assurance privée demeurent sous cette couverture, les autres ont recours au public, c'est donc un système mixte, où le public et le privé se rencontrent et se complètent. »

Toutes ces mesures n'ont qu'un seul but: redonner aux Canadiens le système de santé auquel ils ont droit. « Il ne faut pas oublier que ce qui compte à la fin, c'est d'offrir aux patients davantage de services et des services de meilleure qualité. » Et, pour assurer la pérennité du système de santé canadien, il faut aussi s'interroger sur son financement à long terme. « Je ne connais pas la solution idéale, par exemple s'il faudrait une caisse de santé ou un autre mécanisme du genre, mais il serait irresponsable de ne pas se pencher dès maintenant sur cette question. »

Avis aux politiciens en cette année électorale: « Si les partis politiques pensent que les problèmes en santé au Canada, c'est fini parce qu'on a rajouté de l'argent dans le système, ils se trompent. On ne peut pas rester à rien faire et à attendre, il faut bouger. Et s'ils n'y croient pas, il sera là pour le leur rappeler. »

Collaborateur du Devoir

Le recours au secteur privé n'est qu'une partie de la solution. Il faut aussi agir sur d'autres fronts, comme le financement des hôpitaux.

que ce soit la norme, et le gouvernement fédéral doit mettre en place un programme de soutien financier pour aider les provinces à informatiser leurs dossiers médicaux. » Il souhaite aussi que l'on mette en place dans le reste du Canada un système d'assurance médicaments, comme c'est le cas présentement au Québec. « Je trouve inacceptable qu'un médecin soit dans la situation où il sait que le médicament qui convient le mieux et qu'il veut prescrire est un médicament que le patient n'a pas les moyens de se payer. » Le Canada, pense-t-il, aurait intérêt à s'inspirer de l'expérience québécoise. « L'assurance médicaments

De la télémédecine à la télésurveillance

« Il faut faire de la télésanté une priorité »

Un symposium pour définir une nouvelle démarche en matière de soins

Si la télésanté est encore peu connue et sous-utilisée tant chez les acteurs de la santé qu'au sein de la population, il n'en demeure pas moins que notre système de santé gagnerait à plusieurs égards en misant davantage sur cette filière. C'est du moins le message que Jean-Paul Fortin, professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'université Laval, lance au ministère de la Santé.

THIERRY HAROUN

La télésanté regroupe plusieurs composantes, telles la télémédecine, la téléformation, la télépathologie, la télécardiologie, la télésurveillance à domicile et ainsi de suite. Un des rôles de ce vaste secteur qui s'imisce peu à peu dans notre système de santé, raconte le professeur Fortin, également coordonnateur médical du Réseau québécois de télésanté (RQT), « est celui d'utiliser les technologies de l'information pour faire circuler les sons, les images et les données et les rendre disponibles à l'ensemble des acteurs intéressés, tout en privilégiant la confidentialité. »

En ajout, la documentation du RQT précise que la télésanté est assortie de toute une série de techniques de saisie, de traitement, de stockage et d'extraction de l'information. Ces techniques vont des services téléphoniques ordinaires aux dispositifs d'imagerie médicale de pointe servant aux examens médicaux par échographie, en passant par un éventail de plateformes et de logiciels de saisie de dossiers cliniques et de création de bases de données multimédias.

Un message clair envoyé à Québec

Avant de préciser davantage ce que sont la télésanté et son importance pour les collectivités régionales notamment, Jean-Paul Fortin a tenu à lancer un message clair au ministère de la Santé. « Le Québec est en retard par rapport à ce qui se fait ailleurs, que ce soit en Ontario ou au Nouveau-Brunswick, par exemple. On fonctionne à la vitesse d'un ministère, d'autant qu'on n'utilise pas assez les forces vives des gens de terrain, des milieux concernés, parce que l'innovation en la matière se fait sur le terrain. Je trouve qu'on met beaucoup trop d'accent sur la technologie. Écoutez, la télésanté n'est pas uniquement un ensemble de "bidules", il nous faut changer nos approches, nos façons de faire et de voir ce secteur. Il y a encore tout un travail de recension à faire à cet égard. »

« Il faut, poursuit-il, faire de la télésanté une priorité, il faut prendre le taureau par les cornes. Il faut que ça lève à un moment donné, que ça avance, que ça bouge plus vite que ça! Il faut écouter les gens qui sont sur le terrain et qui sont, à mon avis, sous-utilisés. » Voilà pour le message du D' Fortin.

Concrètement

Sur le plancher des vaches, il se fait bien des choses

à l'échelle de la province. « Ça varie d'une région à l'autre, et toujours en lien avec les réseaux universitaires de santé », dit-il. Créés afin de favoriser la concertation et la complémentarité de même que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire, les RUIS sont des territoires de référence circonscrits par le ministère de la Santé et respectivement rattachés aux quatre facultés de médecine, soit celles de l'université Laval (qui a la responsabilité de l'est du Québec), de l'université McGill, de l'université de Montréal et de l'université de Sherbrooke.

« De manière générale, avance M. Fortin, il s'offre à Gaspé, par exemple, de la téléconsultation. On retrouve à Gaspé et aux Îles-de-la-Madeleine un ensemble de services sur le plan de la télésanté. Je pense aussi à la formation continue par le biais de la vidéoconférence, alors que la radiologie numérique est en train de se développer. »

L'université McGill, ajoute-t-il, « développe des liens avec le Grand-Nord et l'Abitibi, alors que l'Université de Montréal a le mandat de développer les télésoins à domicile; ce d'ailleurs sur quoi on devrait davantage miser. » Pourquoi? « Voici. On installe un appareil dans un domicile qui pose des questions au patient afin de diagnostiquer son état de santé: si le cœur fonctionne bien, si la respiration est bonne; donc des questions cliniques précises. D'autre part, on peut aussi implanter des appareils qui prennent la tension artérielle, le poids, ou encore qui permettent de connaître le taux d'oxygène dans le sang. Voilà une façon de permettre aux patients et à leurs proches d'être plus autonomes. D'ailleurs, des évaluations de projet démontrent que ça fonctionne bien. » Donc un service de santé just in time plutôt que just in case, fait remarquer le D' Fortin, reprenant la formule qui circule aux États-Unis.

Mais voilà, il se dit également surpris de constater « jusqu'à quel point les médecins en région ne sont pas assez informés sur ce qu'est la télésanté. Il semble bien que le message ne se soit pas encore rendu. »

Voilà autant de sujets qui seront débattus lors du 9<sup>e</sup> symposium sur la télésanté qui se tiendra à Québec du 24 au 26 septembre prochain, auquel participeront quelque 250 personnes en provenance de la France et du Québec.

Collaborateur du Devoir

TOUR D'HORIZON DES ÉTUDES SUPÉRIEURES



Intéressé par les études de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle dans le domaine de la santé? Venez découvrir le panorama interdisciplinaire complet à l'Université de Montréal, seule université canadienne à couvrir l'ensemble des disciplines de la santé :

- Kinésiologie
- Santé publique
- Santé animale
- Sciences fondamentales
- Sciences appliquées
- Sciences de la vision
- Sciences infirmières
- Sciences pharmaceutiques et davantage.

Conférences thématiques

Les études supérieures à l'UdeM pour un avenir en santé Louise Béliveau, doyenne FESP et vice-rectrice adjointe aux études supérieures

Études supérieures et découverte des médicaments

Michel Bouvier, directeur, Groupe de Recherche universitaire sur le médicament (GRUM)

La Santé publique de l'avenir

Réal Massé, directeur de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Kiosques d'information

Rencontres avec les chercheurs

MERCREDI 1<sup>er</sup> OCTOBRE DE 16 H À 20 H PAVILLON JEAN-COUTU UNIVERSITÉ-DE-MONTRÉAL

WWW.FESP.UMONTREAL.CA

Université de Montréal

## SANTÉ

Philippe Couillard au ministère de la Santé

## Un bilan controversé

« Cinq ans, c'est long et c'est du jamais vu! »

Cinq ans à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un record de longévité qu'a établi Philippe Couillard, neurochirurgien de formation. Mais, sur le terrain, quel bilan de ses réalisations dressent ses anciens collègues des facultés de médecine? *Le Devoir* a posé la question à François Béland, professeur au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, et à Réjean Hébert, doyen de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

MARTINE LETARTE

D'entrée de jeu, les deux experts interviewés ont voulu saluer la longévité de l'ex-ministre de la Santé.

« Cinq ans, c'est long et c'est du jamais vu! Le ministre de la Santé est à la tête d'une entreprise de 20 ou 25 milliards et Philippe Couillard aura au moins réussi à y apporter un peu de stabilité », indique M. Béland.

« Philippe Couillard a fait preuve d'un sens politique exceptionnel en réussissant à imposer et à maintenir la santé parmi les priorités du gouvernement. Il a aussi réussi à bien informer la population », croit pour sa part le D<sup>r</sup> Hébert.

## La réforme Couillard

Toutefois, lorsqu'ils regardent les réalisations de Philippe Couillard, les deux spécialistes sont plus critiques. D'abord, tous deux considèrent la réforme Couillard comme une réalisation majeure de son mandat. En résumé, cette réforme a créé de grands réseaux intégrés de services, les CSSS, en fusionnant les CLSC avec les CHSLD et, dans plusieurs cas, avec l'hôpital de la région.

« Comme les budgets ont aussi été fusionnés, cela devait permettre une plus grande souplesse. L'idée n'était pas mauvaise, mais le problème, c'est que les CSSS ne jouissent pas actuellement d'une liberté d'action. Par exemple, un CSSS ne peut décider actuellement de fermer des lits dans son CHSLD pour investir da-

vantage dans les soins à domicile. Pourtant, dans la logique de la réforme Couillard, les CSSS devraient avoir cette liberté de bouger leurs sous selon leurs besoins », affirme François Béland.

De plus, le spécialiste croit que le réseau continue de souffrir énormément de cette réforme. « Le réseau est très essoufflé actuellement. »

Le D<sup>r</sup> Hébert est du même avis. « Les fusions ont créé beaucoup de remous. Le système de santé est maintenant embourbé dans une réforme de structure, au lieu de concentrer ses énergies dans la qualité des soins offerts. Il y a beaucoup de démotivation auprès du personnel et de perte du sentiment d'appartenance à leur établissement. Peut-être que, à long terme, on verra les effets bénéfiques de la réforme Couillard, mais ce n'est pas le cas présentement », affirme-t-il.

## Peu médecins de famille, trop d'attente aux urgences

Les deux spécialistes s'entendent aussi pour dire que la réforme Couillard n'a pas suffisamment mis l'accent sur le développement des Groupes de médecine familiale (GMF).

« La réforme prévoyait une meilleure intégration des médecins de famille aux CSSS, mais le ministre n'est pas allé assez loin dans cette direction. De plus, il est évident qu'il n'y a pas assez de GMF, entre autres parce que le processus bureaucratique pour en créer est beau-



Philippe Couillard, l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

PEDRO RUIZ LE DEVOIR

coup trop lourd. Aussi, les GMF n'ont pas suffisamment de ressources à leur disposition: ils manquent surtout d'infirmières praticiennes », croit François Béland.

Aux yeux du D<sup>r</sup> Hébert, Philippe Couillard s'est tout simplement trompé de cible.

« Comme le grand problème était l'engorgement des urgences dans les hôpitaux, il a voulu régler le problème en s'attaquant aux hôpitaux. Or, pour améliorer la situation aux urgences, on doit s'oc-

cuper de tout ce qui vient avant et de tout ce qui vient après, donc les soins de première ligne et la réadaptation. Ainsi, il n'y a pas eu de révolution dans les urgences, comme le dénonçait l'opposition ce printemps. »

En mai dernier, Bernard Drainville, le porte-parole du Parti québécois en matière de santé, a annoncé que, selon les données du Centre de coordination nationale des urgences, les temps d'attente étaient toujours aussi longs qu'il y

a cinq ans dans les urgences des hôpitaux du Québec.

## La controversée loi 33

Et à propos de la loi 33? Le D<sup>r</sup> Hébert est catégorique. « La loi 33 est une erreur! En prétendant réaffirmer le rôle du public dans le système de santé québécois, la loi a ouvert la porte au privé par la porte d'en arrière, et tout cela, alors que le système vit une grave crise de pénurie de médecins et d'infirmières. »

Il croit aussi que l'ex-ministre a

voulu rassurer la population en garantissant l'accès, avec les cliniques privées spécialisées, à seulement trois types de chirurgie (hanche, genou et cataracte), avant de contre-attaquer en autorisant, juste avant de quitter son poste, une cinquantaine de traitements médicaux qui pourront maintenant être dispensés dans ces cliniques.

« On siphonne l'argent du public, alors qu'on a vraiment besoin d'un réinvestissement en santé pour garantir l'accès aux soins. La preuve, c'est que, pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, des investissements ont été faits, et maintenant, dans la très grande majorité des cas, on arrive à respecter le délai d'attente dans le public », affirme le D<sup>r</sup> Hébert.

François Béland est tout aussi critique en ce qui a trait aux cliniques privées spécialisées.

« Elles nécessitent des investissements importants en matière d'équipement, et si le privé fait le saut, c'est pour gagner de l'argent. La seule façon que ça puisse fonctionner est de leur assurer un flux continu de patients. Et qui peut assurer ça? Les médecins de première ligne. Et nous voilà devant un beau débat », indique François Béland.

En fait, le spécialiste craint que les médecins de famille ne soient soumis à une pression telle qu'ils se transforment en rabatteurs de patients pour les cliniques privées spécialisées. « C'est arrivé aux États-Unis, indique-t-il, et c'est un très grand risque pour notre système. Si on détermine que les médecins de première ligne sont à la base de notre système de santé, on doit s'assurer que la médecine spécialisée n'entre pas en contradiction avec le rôle de la première ligne. Actuellement, cette précaution n'est pas prise. En fait, M. Couillard a installé la machine juridique pour qu'il soit désormais possible de développer un véritable système privé parallèle au Québec. »

Collaboratrice du Devoir

## Réseau et privatisation

## Le privé dans la santé est-il vraiment une menace?

« Qu'on me présente des preuves qui démontrent que notre système fonctionne moins bien qu'ailleurs dans le monde »

Au Canada, 70 % des dépenses en santé ont été effectuées dans le réseau public en 2005, soit 4 % de moins que 15 ans auparavant. Avec la privatisation récente des chirurgies à la hanche et pour les cataractes, ainsi que la multiplication des appels pour un système à deux vitesses, doit-on craindre la disparition du régime public? Pas tout de suite, croit Nicolas Marceau, spécialiste en gestion des dépenses de l'État.



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

DAPHNÉ CAMERON

« Il y a beaucoup de profits à faire dans la santé et il est clair qu'il existe présentement une offensive politique de la part de personnes qui ont senti l'odeur de l'argent et qui souhaitent avoir leur part du gâteau », indique Nicolas Marceau. Malgré ces pressions, le privé demeure un phénomène tout de même assez marginal. »

A son avis, la Loi canadienne sur la santé, qui garantit l'accès aux services de santé sans que des obstacles financiers s'y opposent, est une barrière de taille pour les tenants de la privatisation. Depuis 2000, la part des dépenses de l'État en santé au Canada est d'ailleurs restée stable.

« Les Québécois sont très attachés à leur système de santé et les partis au pouvoir le savent. A preuve, le rapport Castonguay, qui proposait de mettre fin à la gratuité du régime, a rapidement été tabletté. Tant du côté du Parti libéral que du Parti québécois, le désir de massivement privatiser ne s'est pas encore manifesté, à mon avis. »

## Trop de sensationnalisme

Professeur au département des sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal, M. Marceau n'est pas convaincu que le système de santé est en si mauvaise posture. « Il y a un peu trop de sensationnalisme lorsqu'on parle des hôpitaux, dit-il. J'attends encore qu'on me présente des preuves qui démontrent que notre système fonctionne moins bien qu'ailleurs dans le monde. »

« Malgré la mauvaise presse sur les temps d'attente dans les urgences et sur le manque de médecins de famille, il est démontré que la majorité des gens qui ont été en contact avec le système québécois sont satisfaits des services qu'ils ont reçus », poursuit l'économiste.

Selon Nicolas Marceau, le régime public présente même un avantage concurrentiel pour le Québec. « Les entreprises qui s'installent au Canada répètent sans cesse à quel point le réseau public est avantageux, car elles n'ont pas besoin de fournir des polices d'assurance coûteuses à leurs employés. »

## Privé = plus cher

Privatiser une part des soins de santé ne fera qu'augmenter les coûts dans le secteur public, soutient Nicolas Marceau. « Afin d'attirer le personnel médical, le privé va offrir des salaires plus alléchants. On le voit déjà pour les infirmières. Pour garder ses effectifs, le gouvernement sera obligé de hausser ses salaires, ce qui ultimement fera hausser les dépenses publiques en santé. »

## La clinique privée Rockland MD

Pour appuyer ses dires, le chercheur cite des chiffres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). « En 2001, les États-Unis ont dépensé 6,5 % de leur PIB pour rémunérer leurs spécialistes. Au Canada, ce pourcentage est de 5,1 %. C'est étrange de constater que les États-Unis déboursent plus que le Canada en soins de santé, alors que seulement 45 % de leur système est public et que le nôtre l'est à 70 %. »

Selon le spécialiste, l'exemple français démontre également que la privatisation ne réduit pas automatiquement les dépenses de l'État. « Les gens font souvent l'apologie du système français. Et lorsqu'on examine les chiffres de l'OCDE, on constate que 80 % des dépenses du gouvernement se font dans le réseau public, mais seulement 4,65 % du PIB est réservé à la rémunération des spécialistes. »

Le professeur d'économie a également remarqué qu'aux États-Unis, où la majorité du régime relève du privé, les médicaments et les technologies médicales sont plus onéreux.

## Des études s'imposent

Nicolas Marceau tient à souligner qu'il n'est pas contre toute forme de privatisation. Avant qu'on ne continue à privatiser certaines chirurgies, il aimerait toutefois que des études sérieuses se penchent sur les problèmes concrets du système québécois.

« Si y avoir recours pour les services de sécurité, d'hôtellerie et de restauration permet de sauver des fonds à l'État, je me dis: pourquoi pas? Mais, pour les soins de santé, les chiffres sont éloquentes. Plus le nombre d'acteurs privés augmentent, plus les médecins et les infirmières ont un levier pour négocier leurs salaires à la hausse. Et plus ça finit par coûter cher pour les retenir dans le public. »

Si problème il y a dans le système de santé, Nicolas Marceau conclut qu'il faut peut-être revoir les façons de pratiquer la médecine. « Au lieu de se tourner vers un autre modèle, nous devrions plutôt tenter d'améliorer celui qui est déjà en place. C'est toute la façon de pratiquer la médecine qui est à repenser, pas le financement. »

Collaboratrice du Devoir

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

Prêt(e) à relever le défi d'une vie professionnelle stimulante?

Travailler au sein du CSSS de Gatineau, c'est faire partie d'une équipe de quelque 5 000 professionnels de la santé qui mettent leurs compétences et leur engagement au service du bien-être de la population, le tout dans un milieu de travail chaleureux et dans une ville animée entourée de parcs, d'espaces verts et de rivières.

Peu importe votre domaine d'expertise, il y a un emploi qui vous attend au CSSS de Gatineau!

Transmettez votre CV à [emploi@csssgatineau.qc.ca](mailto:emploi@csssgatineau.qc.ca)

CSSS de Gatineau, DRH  
909, boul. de La Vérendrye Ouest  
Gatineau (Québec) J8P 7H2  
Téléphone : 819 595-6070  
ou sans frais 1 866 595-2002  
Télécopieur : 819 595-6041



[www.csssgatineau.qc.ca](http://www.csssgatineau.qc.ca)

Pour tomber sous le charme d'une ville et d'une région magnifiques, visitez le [www.ville.gatineau.qc.ca](http://www.ville.gatineau.qc.ca)

SANTÉ

Mentorat au CHUM

# L'expérience des « anciennes » infirmières est mise à profit

« On veut faciliter aux jeunes leur transfert de l'école au milieu hospitalier »

Depuis quatre ans, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) tire profit de l'expérience des infirmières au long parcours, qui servent de mentors aux débutantes. Le mentorat coûte des sous, mais il rapporte des dividendes sur le plan professionnel.

RÉGINALD HARVEY

La Régie régionale de la santé, aujourd'hui disparue au profit d'une nouvelle structure, a amorcé le projet de mentorat au moment où les jeunes infirmières vivaient une expérience difficile à leur arrivée dans le milieu hospitalier et avaient tendance à quitter la profession; cette idée a germé dans le but de favoriser la rétention chez ce personnel indispensable.

Directrice par intérim des soins infirmiers au CHUM, Danielle Fleury rapporte comment le programme a vu le jour: «On avait à choisir des infirmières reconnues comme excellentes par leurs pairs, possédant une attitude favorable et étant référées par leur chef d'unité. De notre côté, on avait trouvé six mentors qui ont reçu une formation à la Régie.» Rapidement survint un écueil: «La première difficulté, dans tous les centres hospitaliers, n'a pas consisté à trouver des mentors mais plutôt des mento- rées. La réaction des plus jeunes a porté sur la crainte d'être évaluées.»

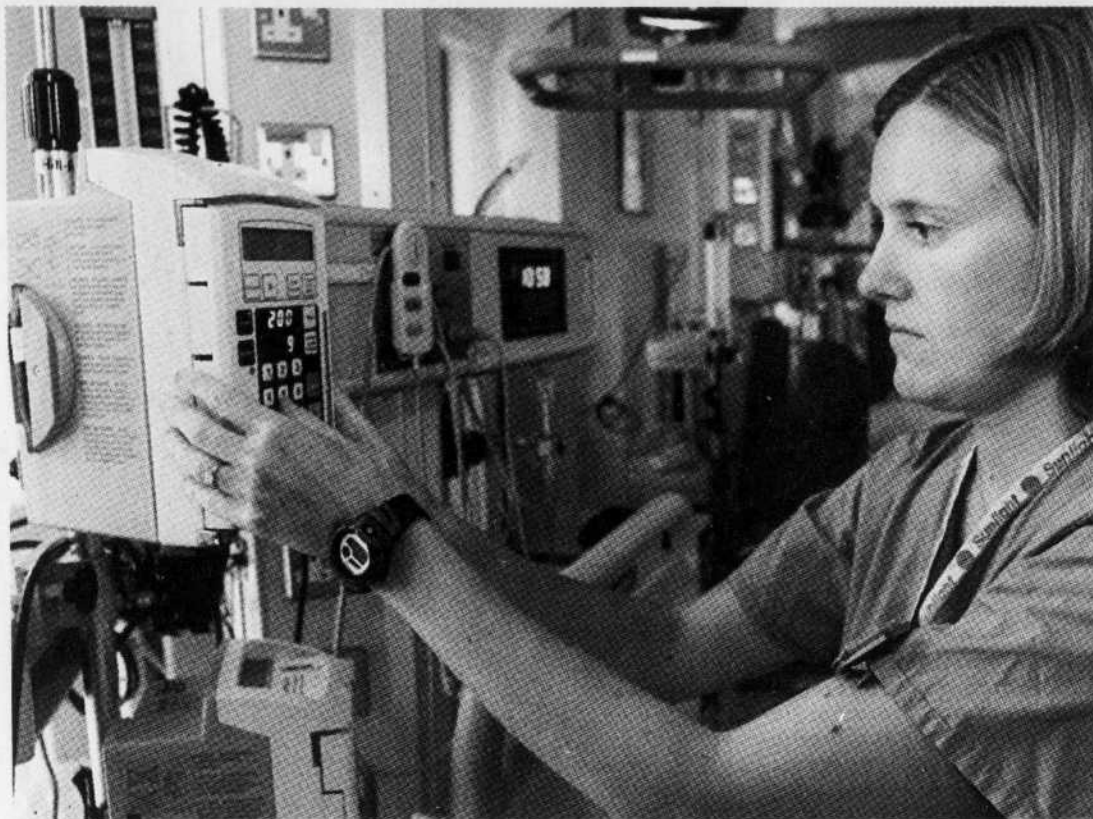
Le projet-pilote s'est tout de même déroulé: «Nous, on a découvert que les jeunes qui avaient vécu l'expérience étaient enchantées et que les mentors étaient aussi très contentes. Toutefois, il n'y avait plus de financement de la Régie pour le poursuivre.» Une décision s'imposait: «Comme centre hospitalier, on s'est assis et on a constaté que le projet représentait une valeur ajoutée. On a donc consacré un budget pour reconnaître les temps de rencontres des mentors avec les jeunes.» Comme l'argent dédié au fonctionnement ne pouvait servir à cette fin, il a été décidé, en accord avec la partie syndicale qui croyait en la pertinence de cette expérience, d'utili-

ser une partie des fonds consacrés à la formation afin de poursuivre le programme.

## Le processus suivi et l'aide apportée

Dès que les jeunes infirmières entrent au CHUM, elles ont droit à une journée d'accueil et à quatre jours de formation théorique durant lesquels elles reçoivent, entre autres, informations et témoignages au sujet du mentorat. Quelques semaines plus tard, elles sont conviées à un cinq-à-sept pour connaître le long et le large du programme. Mme Fleury dégage un volet important de cette rencontre: «On les assure que personne de la direction des soins infirmiers ou de l'hôpital ne se mêle de cette relation-là. Les rapports entre mentor et mentorée restent entre elles.» Après quoi, les recrues rencontrent les mentors en groupe restreint et choisissent la personne qui leur apportera conseils et réconfort dans les premiers pas de leur cheminement professionnel.

Elle sert un exemple pour illustrer le véritable objectif du programme: «On veut faciliter aux jeunes leur transfert de l'école au milieu hospitalier. On vise aussi à ce qu'elles puissent exprimer le choc vécu, ce qui les frappe. Il nous est toutes arrivées, comme jeunes infirmières, de travailler, de soir, de jour ou de nuit, en sortant insatisfaites de notre performance: "cela a mal été, j'ai été incapable de répondre au patient quand est arrivé un code pour un arrêt cardiorespiratoire; j'ai figé, je ne savais pas quoi faire et ce sont mes compagnes qui ont pris la relève". Dans un tel cas, elle peut souvent se tourner vers sa mentor, qui va lui dire, qui va lui montrer qu'elle aussi a déjà vécu une



FERRAN PARADES REUTERS

Dès que les jeunes infirmières entrent au CHUM, elles ont droit à une journée d'accueil et à quatre jours de formation théorique.

telle situation, que c'est normal ce qu'elle vit. Sur ce plan, les échanges sont nombreux parce que c'est souvent dans de telles circonstances que les gens considèrent qu'ils ne sont pas bons et qu'ils lâchent.»

La directrice laisse enfin savoir que, la plupart du temps, mentor et mentorée ne travaillent pas dans le même hôpital, afin que soit évitée toute connotation de supervision ou d'évaluation. Quant au programme lui-même, il se poursuit, et il est même question de l'étendre à d'autres personnels, comme celui des infirmières auxiliaires.

## L'écoute du mentor

Caty Dallaire compte 19 ans d'ex-

périence comme infirmière et elle exerce sa profession depuis dix ans auprès des grands brûlés, à l'Hôtel-Dieu du CHUM. Elle est devenue mentor il y a deux ans, sous l'impulsion de sa chef d'équipe. Elle croit que le mentorat a sa raison d'être dans le contexte de travail actuel: «L'environnement est devenu beaucoup plus complexe qu'avant. Les gens ne viennent plus à l'hôpital en investigation, ce qui se fait à l'externe. Les usagers ont vraiment besoin de soins et sont vraiment malades. Aussi, le personnel est moins expérimenté parce que plusieurs infirmières d'expérience sont parties à la retraite, et le taux de roulement du personnel est élevé. Les gens en place manquent

très souvent de points de repère, et c'est très insécurisant pour quelqu'un qui commence. Quand j'ai débuté, il y a 19 ans, on était davantage épaulé sur le terrain.» Elle fait part d'une autre réalité: «Aujourd'hui, les infirmières doivent être capables de s'adapter rapidement. Tout bouge vite et la personne qui est plus lente éprouve de la difficulté. Il faut être capable de se retourner en vitesse pour faire face à toute éventualité.»

Elle se penche sur le soutien qu'elle peut apporter: «Le tout se déroule sans jugement, sans évaluation. Les gens se confient à nous et, ce que j'ai constaté en deux ans d'expérience, ils se rendent compte que ce qu'ils vivent n'est pas différent de ce qui nous

est arrivé. La tension diminue quand ils apprennent que c'est normal de se retrouver dans telle ou telle situation. On les aide beaucoup en écoutant ce qu'ils ont à dire. Ça prend des grandes oreilles pour être mentor, et un bon sens de l'humour, parce que parfois il faut quelque peu dédramatiser les choses, ce qui donne un coup de pouce à la personne pour continuer.»

## L'aide à la mentorée

Infirmière à l'hôpital Notre-Dame du CHUM, Isabelle Maltais a terminé son cours au cégep du Vieux-Montréal il y a deux ans. Au moment de son embauche et à titre de candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI), soit durant la période de quelques mois qui précède l'examen de l'Ordre des infirmières, elle a adhéré au programme de mentorat: «On était libre ou non d'embarquer, et je me suis dit: pourquoi ne pas mettre toutes les chances de mon côté? Je pensais que, en cas de besoin, je pourrais compter sur quelqu'un.»

Elle raconte son expérience: «Il est certain qu'au début c'est la période la plus intense. Quand on commence comme CEPI, c'est vraiment une période d'intégration pendant laquelle on est évalué et jugé. J'ai alors été fragile professionnellement et psychologiquement. Il en résulte une forme d'insécurité et il est sûr que le fait d'avoir une mentor a été d'un grand soutien pour moi. Je recherchais écoute et accompagnement.» Elle pointe une situation difficile: «C'est la surcharge de travail. Au début, on n'ose pas demander de l'aide parce que, si on le fait, on croit que les gens vont penser qu'on n'est pas à la hauteur. On coupe dans les repas et dans les pauses pendant que le stress s'accumule. De plus, on doit apprendre à faire sa place avec les collègues et on ne sait parfois pas trop comment s'y prendre.» L'infirmière mentor ayant une trentaine d'années d'expérience qu'elle avait choisie l'a bien aidée à passer à travers ces obstacles.

Collaborateur du Devoir

Système OACIS

# Le déploiement des dossiers de santé électroniques est en marche à Montréal

McGill, le CHUM et tous les autres centres montréalais seront bientôt interreliés

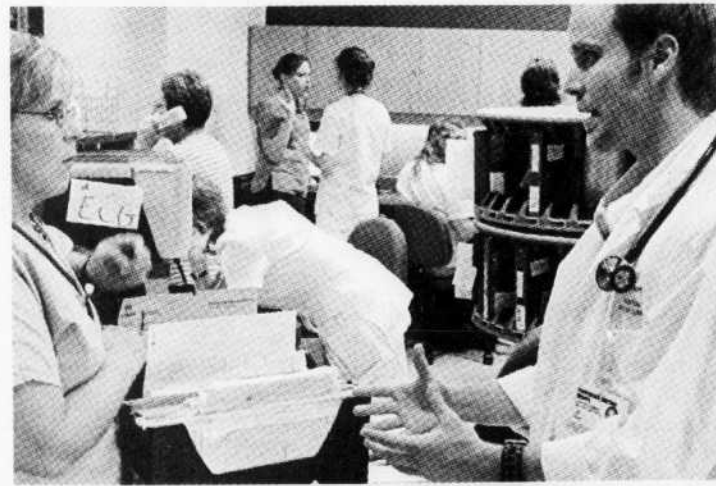
Telus a procédé à l'acquisition d'Emergis en janvier 2008. Cette entreprise déploie, depuis la fin de 2006, son système OACIS de dossiers de santé électroniques dans la région de Montréal. En matière de technologies médicales, le temps file irrésistiblement vers la numérisation des données contenant le portrait exhaustif du bilan de santé du patient pour toute la durée de son existence.

RÉGINALD HARVEY

François Côté, président et directeur général d'Emergis, situe la place maintenant occupée par cette entreprise dans la grande famille Telus: «On est devenu une division opérationnelle de Telus, mais avec une intégration, je dirais, logique et extrêmement stratégique.» Il fournit les explications nécessaires: «Véritablement, sur le plan de la puissance de la machine Emergis et de ses compétences dans le domaine de la santé, entre autres, on a protégé cet environnement. En même temps, on est aussi allé chercher les compétences de Telus, où se déroulaient déjà des activités en santé, et on est en train d'intégrer les acquis de chacun. De notre côté, on a maintenant accès à un potentiel de distribution par la force de vente de Telus, qui est vraiment exponentiel par rapport au nôtre.» Les deux entreprises sont devenues complémentaires et possèdent une des masses critiques majeures en santé au Canada.

## Un dossier électronique intra-établissement

Emergis poursuit donc son travail d'implantation d'un système de dossiers de santé électroniques dans tous les hôpitaux montréalais. Le président dépeint de façon simple une réalité plutôt complexe, qui fait partie d'un tout: «Je vais faire un effort. Nous, on parle d'un dossier électronique intra-établissement. C'est un outil intégré à l'usage des médecins, des professionnels de la santé, afin qu'ils soient en mesure d'avoir une vue intégrée du patient.» Il donne un exemple: «Une personne arrive inconsciente sur une civière à l'hôpital. Si celle-ci existe dans le réseau de la santé, une fois le déploiement complet effectué, les professionnels vont avoir en main son historique complet, ses derniers tests de laboratoire et les dernières informations pertinentes, qui vont servir à optimiser le traitement; les données seront disponibles sur un terminal mobile ou placées dans la chambre du patient, ou encore sur un assistant numérique personnel. On parle aussi d'un outil



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Les « piles » de dossiers médicaux sur papier seront bientôt chose du passé.

d'accès multidisciplinaire, mais il s'agit dans tous les cas d'une vue d'ensemble intégrée.»

Il pousse plus loin sa description: «Ce dossier électronique devient également l'interface de travail du professionnel de la santé parce que le système est bidirectionnel. C'est majeur pour le médecin: il est devant son écran et il peut regarder ce qu'on développe actuellement avec les centres hospitaliers de Montréal, le CHUM et le CUSM, à savoir des protocoles de traitement, de diagnostic et aussi d'interrogation. Au bout du compte, cela de-

vient l'interface unique de tous les systèmes experts.»

Emergis vise un objectif en fin de compte: «Mon travail consiste à rendre l'utilisation de cette information simple pour le clinicien. Il allume son écran, il voit le nom du patient en consultation et il obtient tous les résultats voulus. Il faut que ce soit simple, intéressant et très convivial, et c'est là le défi des entreprises comme la nôtre et d'autres.»

## Le projet Montréal

Plusieurs initiatives du même genre ont cours actuellement à tra-

vers le monde, comme il le laisse savoir: «Celle de Montréal possède une particularité unique parce qu'elle regroupe le CHUM, McGill et les autres centres montréalais au complet qui travaillent et collaborent ensemble. Ce rassemblement va produire une force de frappe extraordinaire pour gérer par la suite un réseau intégré.»

Emergis a été retenu pour effectuer ce travail à la suite d'un processus d'appel d'offres en bonne et due forme. François Côté se penche sur la démarche que privilégie l'entreprise: «L'un de nos aspects novateurs, c'est notre capacité d'intégration avec les systèmes existants; telle est notre stratégie. Pour un client qui a dépensé des centaines de millions dans une infrastructure pour un important système expert de radiologie, d'oncologie ou autre, il est intéressant de voir que nous on s'intègre et qu'on est capable d'avoir une vue unique et d'interaction. C'est un avantage qui est majeur dans un processus de déploiement.» Il cerne le gros du travail à effectuer: «On se concentre beaucoup sur des plans cliniques. Comment le CHUM, McGill et toute l'île de Montréal veulent-ils, dans un événement, réagir cliniquement? Ce qui est compliqué et intéressant, c'est d'avoir et d'harmoniser des plans cliniques qui sont recommandés; ils sont tels parce que, au bout du compte, le médecin traitant est le juge ultime.»

Sans entrer dans les détails et les précisions, il fait le point sur l'échéancier entourant le déploiement des dossiers sur l'île: «On peut dire que tout est complété dans certains établissements du CHUM et de McGill et on est dans un mode accéléré pour commencer le travail dans les hôpitaux de Montréal. On va commencer à voir les résultats apparaître un peu partout à travers Montréal d'ici un an, je dirais.»

Quand les dossiers de santé seront-ils devenus électroniques dans l'ensemble des réseaux du Canada? «Je vais vous donner mon opinion. On a un consensus canadien sur le fait que les technologies de l'information vont améliorer la santé des patients, ce qui est clair. Toutes les provinces conduisent des projets qui sont rendus à différentes étapes. A certains endroits, ceux-ci sont déjà livrés, mais, pour avoir un environnement complètement intégré, on est de cinq à dix ans en retard. C'est un vaste chantier, une réingénierie complète du processus technique de la santé. En partant, l'industrie était en retard; elle n'était pas pionnière dans les technologies de l'information, elle l'était dans les systèmes de radiologie, où des investissements absolument essentiels ont été faits. On rattrape le temps perdu et on s'en va maintenant vers la modernisation complète à l'échelle nationale.»

Collaborateur du Devoir

« Il n'est pas question de commencer à faire des ententes pour transférer des activités du CHUM à des clinique privées ».

- Yves Bolduc, ministre de la Santé, le 5 septembre 2008

Après la clinique divertissante de Garou, le CHUM cède l'ophtalmologie au Groupe Sedna.

M. Bolduc, votre voix est-elle entendue?

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



## SANTÉ

Institut de recherche de santé McGill

## On prépare déjà la médecine de 2050

Des millions par centaines pour 500 chercheurs en santé

Le 20 août, l'université McGill s'est vu octroyer 100 millions de dollars par la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) afin de développer l'institut de recherche qui accompagnera le nouvel hôpital universitaire du campus Glen. La nouvelle a fait sensation, puisqu'il s'agissait de la plus importante subvention de recherche jamais accordée par la FCI. Il faudrait même parler d'un montant de 250 millions, puisque l'octroi fédéral sera égalé par le gouvernement du Québec, alors qu'une somme additionnelle de 50 millions proviendra de donateurs.

CLAUDE LAFLEUR

«*Que pourra-t-on faire avec une telle somme? C'est une question pour laquelle nous avons pondu 600 pages!*», lance joyeusement Vassilios Papadopoulos, directeur de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill. *En fait, la FCI ne s'intéresse pas tant à ce que nous faisons aujourd'hui, mais plutôt à ce que nous ferons dans vingt, trente ou quarante ans.*»

Concrètement, cette subvention servira à la construction et à l'aménagement d'un nouveau centre de recherche médicale à la fine pointe des connaissances et de la technologie.

**La recherche médicale en continuum vise à développer une vue d'ensemble des états de santé qu'on traverse tout au long de notre vie**

«*Le financement que nous recevons vise à transformer la façon même de pratiquer la médecine et d'effectuer la recherche*, précise M. Papadopoulos. *Autrement dit: inventer de nouveaux modèles. De surcroît, la Fondation canadienne pour l'innovation ayant toujours en tête un volet industriel, il nous faut également envisager d'importantes retombées économiques tant pour la région de Montréal que pour le Canada tout entier.*»

**2050: votre santé en vidéo!**

Concrètement, les fonds octroyés par la FCI permettront de rassembler en un même lieu les quelque 500 chercheurs en santé de l'université McGill et, de surcroît, en un lieu situé tout à côté du grand hôpital universitaire. Il s'agira donc de lier étroitement recherche et pratique d'une médecine ultra-moderne. À cette fin, des bâtiments totalisant 40 000 mètres carrés seront construits afin d'y loger le Centre de médecine novatrice, le Centre de biologie translationnelle et l'infrastructure de recherche évaluative.



L'ancienne gare de triage Glen où sera construit le futur Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

JACQUES GRENIER LE DEVOIR

«*Le projet que nous nous proposons de faire ne repose pas tant sur des bâtiments, mais plutôt sur la science qu'on vise à faire*, relate le directeur de cet institut. *D'abord et avant tout, nous tenterons de consolider les axes de recherche dans lesquels nous excellons sur la scène internationale puis, par la suite seulement, nous verrons de quels bâtiments nous avons besoin au juste.*»

L'université McGill cherchera ainsi à développer une façon de mener la recherche universitaire qu'elle appelle le *continuum of discovery in life*, c'est-à-dire la recherche médicale en continuum. Selon ce qu'explique Vassilios Papadopoulos, il s'agit non seulement de combiner toutes les phases de la recherche universitaire — du diagnostic jusqu'aux thérapies, en passant par la découverte et la mise au point de nouveaux médicaments — mais également de prendre en considération l'évolution des phases de la vie des patients. En effet, la recherche médicale en continuum vise à développer une vue d'ensemble des états de santé qu'on traverse tout au long de notre vie.

«*Lorsque vous consultez un médecin*, explique M. Papadopoulos, *celui-ci vous considère tel que vous êtes à ce moment-là. Il ne tient pas compte de la façon dont a évolué votre santé depuis votre naissance, ni de ce que vous réserve l'avenir... Il fait le portrait de la situation actuelle. Or nous espérons que, avec tous les moyens et les technologies d'information qui existent — et ceux qui se développeront au cours des*

*prochaines années —, on parviendra à établir une vision globale de l'évolution de l'état de santé du patient. Autrement dit, aujourd'hui, on prend une photo de l'état de santé d'un patient, demain, on aura la vidéo de sa santé!*»

L'éminent biopharmacien explique en outre que, au XX<sup>e</sup> siècle, la médecine s'est surtout développée en réaction aux maladies, tandis que celle du XXI<sup>e</sup> siècle devrait plutôt considérer les maladies comme des facteurs définissant notre façon de vivre.

Par exemple, aujourd'hui, on considère que quelqu'un qui fume risque de développer un cancer du poumon. À l'avenir, on considèrera plutôt qu'il y a des gènes qui prédisposent au développement d'un cancer du poumon si on fume. «*Ca, ça fera toute une différence quant à l'approche médicale et aux décisions qu'on devra prendre pour traiter un patient*», dit-il.

C'est dire que la médecine en continuum englobera simultanément les notions de santé touchant tous les âges de la vie. «*Au campus Glen, nous aurons la chance de soigner tous les groupes d'âge à la fois*, indique Vassilios Papadopoulos, *ce qui nous permettra de procéder à un continuum of discovery in life*», donc étudier et traiter selon le développement de la santé tout au long du cycle de vie des patients.

«*Ce sera une chance extraordinaire que de réunir sur un seul campus un hôpital universitaire où seront traités à la fois les enfants, les adultes et les personnes âgées*, insiste M. Papadopoulos. *Cela nous permettra*

*d'observer que ce qui se passe durant l'enfance peut mener à telle ou telle maladie chez l'adulte...*»

Le directeur de la recherche médicale à McGill souligne en outre que l'approche «continuum de la vie» entraînera des changements fondamentaux dans la façon même de pratiquer la médecine et d'administrer les soins. Il faudra par conséquent réviser les méthodes d'enseignement et de formation du personnel (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.). «*Il s'agira d'une façon différente de faire les choses*, dit-il, *une continuité à tous les niveaux, en continuation avec la vie ainsi qu'au chapitre des découvertes...*»

Imaginons donc, se plaît à rêver Vassilios Papadopoulos, que d'ici quelques décennies, lors d'une visite chez son médecin, celui-ci aura accès à tous les examens médicaux et radiographies de toutes sortes qu'on aura passés jusqu'alors, de même qu'à l'anatomie de notre génome. «*Ce ne sera pas une photo de votre état de santé, comme c'est le cas aujourd'hui, mais bien une vidéo!*», illustre-t-il. *Votre médecin saura ainsi nettement mieux évaluer votre état et déterminer ce qui vous convient le mieux...*»

«*Eh bien, c'est cette médecine-là que nous cherchons à développer à l'Institut de recherche de santé McGill grâce à l'octroi que la FCI vient de nous accorder. Reste maintenant le plus difficile, mais le plus emballant: notre travail ne fait que commencer!*», lance-t-il joyeusement.

Collaborateur du Devoir

Sur le C. difficile

## Un simple lavage des mains aide beaucoup

Lorsque les symptômes sont bénins, un traitement n'est souvent pas nécessaire

Le C. difficile, on le sait, fait peur. Et avec raison. Il existe pourtant des moyens d'éviter la contagion. Si des questions sont posées, il existe toutefois des réponses. Conseils pratiques.

**Puis-je attraper le C. difficile?**

Le C. difficile ne s'attrape pas de la même façon qu'une grippe ou un rhume. Ces derniers se transmettent facilement d'une personne infectée à une autre par la toux et les éternuements. Le C. difficile est en réalité une bactérie commune présente à l'état naturel dans l'intestin de certaines personnes, mais sans causer de problèmes de santé. Cependant, lorsqu'une personne devient infectée par le C. difficile, cela peut entraîner une maladie associée à C. difficile (MACD).

Lorsqu'une personne contracte une MACD, les bactéries présentes dans ses selles peuvent contaminer la surface d'objets à usage courant, tels les toilettes, les poignées et les bassins. En touchant à ces objets, on peut se contaminer les mains. Si l'on porte les mains à la bouche sans les avoir lavées, on ingère les bactéries et on court le risque de devenir infecté. Des mains contaminées risquent également de propager les bactéries sur d'autres surfaces.

Si vous vous lavez toujours les mains et pratiquez une bonne hy-

giène des mains, vous pouvez réduire grandement les risques d'ingestion de n'importe quel type de bactérie, et pas uniquement du C. difficile.

**Si je suis malade, devrais-je éviter d'aller dans un hôpital qui a des MACD?**

La présence de cas de MACD dans un hôpital ne signifie pas que cet hôpital n'est pas sécuritaire. Votre décision de recevoir des soins dans un hôpital en particulier devrait se fonder sur la disponibilité des meilleures ressources, afin que vous receviez des soins optimaux. Si vous devez aller dans un hôpital, vous pouvez diminuer tout risque de contamination en pratiquant une bonne hygiène des mains et en demandant à tous les employés de se laver les mains avant de vous toucher.

**Comment puis-je me protéger du C. difficile si je visite quelqu'un à l'hôpital?**

Le lavage fréquent des mains est la façon la plus efficace pour tout le monde de prévenir la propagation du C. difficile. Veillez à

vous laver les mains avant d'entrer dans la chambre de tout patient et après en être sorti. De nos jours, des distributeurs de gel désinfectant sont situés un peu partout dans la plupart des hôpitaux. Si vous rendez visite à quelqu'un qui présente une MACD diagnostiquée, veillez à vous enquérir auprès du personnel infirmier des restrictions en vigueur avant d'entrer dans la chambre. Si vous fournissez des soins dans un hôpital à une personne ayant une MACD, vous devrez porter une blouse ainsi que des gants, en plus de vous laver les mains comme il a été décrit précédemment. Il est également très important de ne pas utiliser la même salle de bain qu'un patient ayant une MACD.

**Qu'arrivera-t-il si je contracte une infection à C. difficile pendant un séjour à l'hôpital?**

Si vous êtes hospitalisé et présentez des symptômes de C. difficile, les précautions d'usage seront mises en application jusqu'à ce que vous n'ayez plus de diarrhée pendant au moins deux jours. Vos activités à l'extérieur de votre chambre pourraient être limitées. Les membres du personnel soignant qui entreront dans votre chambre devront porter une blouse et une paire de gants.

Veillez à vous laver les mains après chaque utilisation de la sa-



La présence de cas d'une maladie associée à C. difficile dans un hôpital ne signifie pas que cet hôpital n'est pas sécuritaire.

ERIC CABANIS AGENCE FRANCE-PRESSE

le de bain et avant de manger. Le lavage fréquent des mains est l'un des meilleurs moyens de prévenir la transmission de C. difficile. De plus, un nettoyage complet de votre chambre et de l'équipement qui s'y trouve sera

effectué afin de prévenir toute contamination. Demandez à vos visiteurs de s'enquérir auprès du personnel infirmier des mesures à prendre s'ils ne l'ont pas déjà fait. Le traitement que vous recevrez dépendra de la gravité de

l'infection. Lorsque les symptômes sont bénins, un traitement n'est souvent pas nécessaire. Pour les cas graves, la prise d'antibiotiques s'avère nécessaire.

L'édition Nouvelles

La Fédération de la santé et des services sociaux

www.fsss.qc.ca



Plus de 120 000 personnes au service du public!

## SANTÉ

Le problème de poids chez les jeunes

## Les garçons « consomment » pour augmenter leur masse musculaire

Et une adolescente sur deux sauterait des repas pour maintenir la « ligne »

Partout, on nous rapporte une « épidémie » d'obésité, comme si l'obésité était contagieuse, mais est-ce vraiment le cas?

CLAUDE LAFLEUR

On estime qu'environ 25 % des adolescents auraient un problème de surpoids, ce pourcentage ayant même doublé depuis trente ans. Cependant, quand on cherche à savoir la proportion de ceux qui sont en sous-poids, on n'a guère de données puisqu'il est difficile d'évaluer cette caractéristique auprès de jeunes en croissance. Les seules données dont on dispose remontent à voilà dix ans déjà. Selon l'Enquête sociale de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 de l'Institut de la statistique du Québec, environ 15 % des jeunes étaient considérés en surpoids et près de 5 % en sous-poids. Cependant, 80 % des jeunes avaient un poids normal.

« Ce dont on entend beaucoup moins parler, c'est le problème de la préoccupation excessive à l'égard du poids, relate Fannie Dagenais, directrice du groupe d'action sur le poids Equilibre. Pourtant, c'est un phénomène très présent dans la population, particulièrement chez les femmes et les jeunes filles. »

On estime en effet que 60 % des adolescentes âgées de 13 à 16 ans sont insatisfaites de leur image corporelle, alors que la majorité d'entre elles ont un poids normal ou inférieur à la norme: chez les femmes adultes, cette insatisfaction grimpe jusqu'à 90 %. On sait aussi que 70 % des adolescentes ont déjà tenté de perdre du poids, même si au plus 25 % d'entre elles auraient un poids plus ou moins supérieur à la norme.

## Aggrave-t-on l'« épidémie » d'obésité?

« Au cours des trente dernières années, on a assisté à une augmentation des problèmes de poids chez les

jeunes », constate Marie-Claude Paquette, nutritionniste principale et membre de l'équipe d'experts sur le poids et l'activité physique de l'Institut national de santé publique du Québec. On observe en effet que, entre 1978 et 2004, l'obésité est passée de 4 % à 8 % chez les jeunes du Canada, alors que l'embonpoint (la catégorie qui est entre le poids normal et l'obésité) a crû de 12 % à 18 %. « On peut donc dire que le quart des jeunes québécois avaient, en 2004, un problème de surpoids, résume-t-elle. Il y a effectivement aussi ceux qui ont un problème de petit poids, mais c'est quand même moins prévalent... »

Curieusement, malgré toutes les campagnes menées contre l'obésité, le problème ne cesse de s'accroître. « Autant chez les adultes que chez les jeunes, on se préoccupe beaucoup trop de notre poids », estime Fannie Dagenais. Cette préoccupation prend tant d'importance qu'elle nous porte à adopter des comportements néfastes, comme se mettre à la diète, faire de l'activité physique à outrance, sauter des repas, etc., tout cela pour perdre du poids. Elle rapporte même que, d'après certaines enquêtes, 10 % des adolescentes commenceraient à fumer pour maintenir leur poids ou perdre du poids!

« On voit donc que la préoccupation du poids engendre des impacts vraiment néfastes », dit-elle. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le fait de se préoccuper de son poids ne nous aide pas à adopter de bonnes habitudes de vie mais, au contraire, nous pousse vers des comportements dangereux pour la santé. »

La préoccupation excessive pour le poids touche tout le monde et se traduit différemment selon qu'on est une fille ou un garçon. Ainsi, les filles prennent tous les moyens pour devenir aussi minces que le montre le modèle exhibé à pleines pages et à plein écran. Quant aux garçons, ils cherchent de plus en plus à développer leur musculature au moyen de méthodes excessives — afin d'obtenir

le fameux six-pack qu'on leur montre partout. Et 50 % des adolescentes sauteraient des repas et 25 % jeûneraient pour perdre du poids, rapporte Mme Dagenais. Et 40 % des garçons prennent des suppléments pour augmenter leur masse musculaire.

« C'est la poule et l'œuf, constate pour sa part Marie-Claude Paquette. Au départ, on a constaté que les taux d'obésité ont augmenté, mais le fait d'en parler autant en entraîne certains à se préoccuper trop de leur poids. En même temps qu'il y a une épidémie d'obésité, on nous présente une norme corporelle de plus en plus inatteignable. C'est un paradoxe. »

## Minceur à tout prix ou plaisir de vivre?

Pour l'une comme pour l'autre, c'est notre société qui est « toxique ». « Ce sont des modifications dans notre environnement des vingt dernières années qui font que nos taux d'obésité ont augmenté, considère Mme Paquette. Notre société prône la surconsommation alimentaire, la grosseur des portions augmente, alors qu'on est soumis à davantage de marketing alimentaire comme il n'y en a jamais eu! »

De fait, ce sont nous, les adultes, qui proposons aux jeunes des modèles inatteignables et néfastes pour la santé de tous. « Ne devrions-nous pas plutôt parler d'une « épidémie » de mauvaises habitudes de vie? », propose Fannie Dagenais. Selon moi, on a affaire bien davantage à un problème lié à de mauvaises habitudes de vie, dans le sens que, collectivement, peu importe le poids qu'on a, on s'alimente mal et on ne fait pas assez d'exercice physique. »

« On a voulu bien faire en informant la population des risques associés à l'excès de poids — car il y a de réels dangers pour la santé — mais ce discours a eu un effet négatif, confirme Marie-Claude Paquette. Malheureusement, il a mené les gens à se tourner vers toutes sortes de méthodes amaigrissantes qui ne sont pas bonnes pour la santé. On devrait plutôt inviter

tout le monde à revenir à de bonnes habitudes de vie. »

Malgré tout ce que la publicité nous dit, aucune méthode amaigrissante n'a une réelle efficacité à long terme. « À court terme, indique Marie-Claude Paquette, certaines méthodes peuvent être efficaces mais, à long terme, il y a très peu de gens qui réussissent à maintenir toute perte de poids. De surcroît, il y a des risques importants

associés au fait de maigrir et aux tentatives d'amaigrissement. »

Au lieu de tant se préoccuper de son poids, les deux expertes en nutrition suggèrent qu'on se demande plutôt si on mange bien et si on pratique suffisamment d'exercice physique. « Après tout, si une personne est légèrement au-dessus de son poids mais qu'elle s'alimente bien et fait de l'activité physique, elle se sentira vraiment mieux

dans sa peau, observe Fannie Dagenais. Par contre, si on est très mince et qu'on ne cesse de se préoccuper de son poids, on ne sera pas aussi épanouie et heureuse... »

« Ce qu'il faut retenir, suggère sa collègue, c'est que, peu importe notre poids, il faut avant tout avoir de saines habitudes de vie pour goûter le plaisir de vivre. »

Collaborateur du Devoir



Votre engagement,  
une source d'inspiration.

Vos efforts,  
leur réussite.



Vous avez votre travail à cœur? Nous avons un emploi pour vous! Depuis 17 ans, le Centre montérégien de réadaptation (CMR) offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à toute personne sur le territoire montérégien ayant une déficience motrice, auditive ou du langage, en plus de proposer de l'accompagnement et du soutien à l'entourage de ces personnes. Reconnu pour la qualité de ses services et le savoir-faire de son équipe, le CMR est la référence en réadaptation physique en Montérégie.

Il y a plusieurs bonnes raisons de travailler au CMR. En plus de vous permettre de vous réaliser dans un contexte dynamique, nous démontrons une ouverture à la conciliation travail-famille-études. Que vous commenciez ou poursuiviez votre carrière, vous y découvrirez un milieu professionnel qui favorise le développement des connaissances et des compétences, l'autonomie et le travail en interdisciplinarité.

Le CMR poursuit son expansion et recherche des professionnels passionnés et dévoués pour pourvoir plusieurs postes :

- Agent administratif
- Audiologiste
- Ergothérapeute
- Médecin
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Psychologue
- Préposé
- Technicien en éducation spécialisée
- Travailleur social

Communiquez avec nous pour en savoir davantage sur le Centre montérégien de réadaptation ou visitez régulièrement notre site Web pour prendre connaissance des nouveaux affichages. Transmettez-nous votre curriculum vitae et, s'il y a lieu, veuillez mentionner le numéro de référence du poste disponible.

Centre montérégien de réadaptation, 5300, chemin de Chambly, Saint-Hubert (Québec) J3Y 3N7.  
Télécopieur : 450 676-0047 • Courriel : marie-andree.lebeuf@rrss16.gouv.qc.ca

[www.cmrmonteregie.ca](http://www.cmrmonteregie.ca)

- ★ Siège social
- ☆ Points de service
- ☆ Points de service avec plateaux techniques 0-100 ans



Près de vous... et adapté à vos besoins



PEDRO RUIZ LE DEVOIR

Les filles prennent tous les moyens pour devenir aussi minces que le montre le modèle exhibé à pleines pages et à plein écran.



Nos 26 000 membres  
font le choix du réseau  
public pour un accès à  
la santé égal pour tous



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

info@aptsq.com • www.aptsq.com