

NEWSCOM

Le patient d'abord

On n'aura plus les médecins qu'on avait

Si le serment d'Hippocrate est aussi vieux que la civilisation occidentale, cela ne signifie pas que l'exercice de la médecine n'a pas été sans connaître une lente évolution. Des symptômes du mal au bien-être de la personne, les étapes à franchir ont souvent été diverses. La formation médicale actuelle témoigne du fait qu'il y a plus d'une méthode à suivre afin de permettre à un candidat d'accrocher à son nom le titre aujourd'hui glorieux de docteur en médecine.

NORMAND THÉRIAULT

Il y a seulement deux siècles, on retrouvait à la même enseigne chirurgiens et barbiers. Les praticiens de ces deux professions se retrouvaient identifiés de façon similaire, que ce soit sur la voie publique (dans ce cas, par le poteau bariolé) ou dans l'évaluation que l'on faisait de leur discipline respective (où tous deux étaient vus comme de simples spécialistes de la découpe, des bouchers du corps, quoi!).

En fait, l'Occident a connu une médecine souvent remarquée par la violence de ses pratiques: la saignée ou la ventouse comme méthodes de soins traditionnelles, cela n'a en effet rien de doux. Et longtemps, la théorie, aussi ésotérique qu'elle pouvait l'être, avait priorité sur la santé du malade.

Aussi, est-ce avec orgueil que le doyen de la faculté de médecine de l'université McGill rappelle que dans son établissement est née la façon moderne de former les futurs disciples d'Esculape. En 1870, William Osler oblige alors les étudiants à rencontrer des patients en cours d'études! Selon lui, il était impossible de comprendre une maladie sans avoir vu des malades, ce qui était neuf pour l'époque. «Au cours de sa longue carrière

universitaire au Canada, aux États-Unis et en Angleterre, le D^r Osler a littéralement inventé l'enseignement de la médecine tel qu'on le pratique aujourd'hui un peu partout en Occident», affirme ainsi le D^r Richard Levin.

Pratiques diversifiées

Des innovations, après cela, allait être nombreuses. Et les divergences dans les formations, multiples. Et cela vaut encore aujourd'hui. Ainsi, la pratique dont s'enorgueillit l'Université de Sherbrooke est fort différente de celle d'une université française, avec laquelle elle est pourtant liée par une entente de principe. Ainsi, aux cours obligatoires donnés en auditorium à l'Université de Montpellier pour des groupes totalisant chaque fois 900 étudiants en première année (dans des auditoriums qui ne peuvent en réalité accueillir plus de 400 personnes à la fois), Sherbrooke oppose comme formule d'enseignement celle dite de l'APP, l'apprentissage par problèmes, et ce, dès cette même première année. Il y a 20 ans donc, comme le rapporte le doyen de l'établissement des Cantons-de-l'Est, Réjean Hébert, «on a démolit les grands amphithéâtres pour les remplacer par des salles de cours où nous formons les étudiants par petits groupes».

La formule s'est avérée si efficace que, à l'automne, un congrès international se tiendra pour démontrer les avantages de cet APP et évaluer les progrès toujours possibles. Et l'Université de Montréal sera sans doute bien représentée, elle qui a fait sienne une telle formule pour ses propres étudiants, et cela, depuis 1993. «Si les autorités de la faculté ont été convaincues d'appliquer cette réforme, c'est beaucoup grâce à l'enthousiasme des étudiants qui ont participé au projet-pilote en 1992», rapporte Marcel Julien, directeur du programme d'études médicales de premier cycle. De plus, des études ont prouvé que, à long terme, la rétention des étudiants est nettement supérieure avec une approche par problèmes, par rapport à des cours magistraux.»

Au service des collectivités

Et il y a plus que la seule méthode d'apprentissage qui soit remise en question dans la formation des futurs médecins. Sommes-nous à McGill: «Nous visons à ce que les médecins que nous formons soient capables d'intervenir efficacement en toute circonstance auprès de patients en crise», indique Richard Levin. En cette époque de progrès technologique, nous mettons l'accent sur la formation de médecins qui savent communiquer avec leurs patients.» Sommes-nous à Ottawa: «On a mis l'accent sur le leadership», explique le D^r Jacques Bradwejn, doyen d'une faculté qui veut que les futurs médecins soient ainsi des gens actifs dans la collectivité où ils et elles œuvrent. Comme à l'université Laval, d'ailleurs, si on entend bien ce que nous dit le D^r Pierre J. Durand, là aussi doyen de la faculté: «Acquérir

des compétences n'est pas le seul fait de connaître des choses, mais c'est aussi le fait de développer le savoir-faire, le savoir-penser, le savoir éthique et le savoir-vivre à titre de professionnel, autour, bien sûr, de connaissances qui demeurent l'expertise clinique.»

L'université contemporaine veut donc que ces étudiantes et étudiants aillent plus loin que là où les amènerait la simple accumulation des connaissances. Et il faut composer avec les besoins sur le terrain (quelle région dans le seul Québec n'est pas sans connaître une carence en nombre de praticiens?), comme avec les multiples spécialisations (l'Université de Montréal à elle seule affiche 24 centres de recherche, au moment même où McGill rappelle que 50 % des fonds de recherche totaux de l'établissement sont consacrés à la seule chose médicale), tout cela quand la santé est un sujet qui peut permettre à un parti politique de gagner, ou lui faire perdre, une élection (l'engorgement des urgences s'explique mal dans un Etat qui inscrit 45 % de son budget total au seul secteur de la santé et des services sociaux).

Il faut donc faire comprendre aux étudiants actuels, eux qui n'ont pas encore, à la différence d'un jeune Américain, à se ruiner pour obtenir une formation de qualité dans des conditions qu'environnerait plus d'un, leur confrère français par exemple, que leur future pratique devra refléter l'engagement qu'a pris à leur égard la société dans son ensemble. Et dire que, dès le diplôme reçu, l'ancien étudiant aura déjà la responsabilité de maintenir à jour ses connaissances.

Le Devoir



HMR

MÉDECINE

«Ce n'est pas normal qu'un médecin examine un patient dans un corridor»

Page 3



COLLÈGE ROYAL

Les spécialistes doivent «répondre aux besoins généraux de la population»

Page 5

FACULTÉS UNIVERSITAIRES

Montréal prend le virage interdisciplinaire

Page 2

McGill «enseigne» la communication avec le patient

Page 3

Laval a à cœur l'avenir des régions

Page 4

Ottawa promeut le service aux communautés

Page 5

Sherbrooke a adopté l'apprentissage par problèmes

Page 6

INFIRMIÈRES

Peu d'étudiantes rêvent de devenir bachelères

Page 2

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



CSN

SANTÉ.

Montréal

Virage interdisciplinaire

L'apprentissage par problèmes est devenu la norme d'enseignement

En 1877, la faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdM) a accueilli ses premiers étudiants. L'établissement a donc une longue histoire derrière elle, mais le poids des traditions ne l'empêche pas de se renouveler constamment. Il y a près de 15 ans, la faculté a laissé de côté les cours magistraux pour se tourner vers l'apprentissage par problèmes, et bientôt elle prendra le virage de l'interdisciplinarité. Des changements auxquels les étudiants participent et qui répondent aux besoins de la société.

MARTINE LETARTE

En 1993, la faculté de médecine de l'Université de Montréal a procédé à un grand changement historique. La plupart des cours magistraux sont transformés en petits ateliers d'apprentissage par problèmes.

«Les cours magistraux se donnaient devant 200 étudiants. Le nombre d'absents variait selon l'intérêt des étudiants et la popularité du professeur. Souvent, ceux qui manquaient des cours empruntaient les notes d'autres étudiants et pouvaient réussir les examens sans trop d'investissement personnel. En petits groupes de huit ou dix étudiants, ce n'est plus possible», explique Marcel Julien, directeur du programme d'études médicales de premier cycle à l'Université de Montréal.

Le but de l'initiative était également de rendre les étudiants plus actifs dans leur apprentissage en suscitant leur intérêt par des problèmes donnés. «D'ailleurs, si les autorités de la faculté ont été convaincues d'appliquer cette réforme, c'est beaucoup grâce à l'enthousiasme des étudiants qui ont participé au projet-pilote en 1992. De plus, des études ont prouvé que, à long terme, la rétention des étudiants est nettement supérieure avec une approche par problèmes, par rapport à des cours magistraux», poursuit M. Julien, qui est également pneumologue intensiviste à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.

Dès leur première année d'études, les futurs médecins bénéficient maintenant d'un contact direct avec le milieu hospitalier. Les petits groupes d'étudiants participent à différentes activités organisées par des professionnels de la santé pour se familiariser avec les multiples volets du travail de médecin. On y enseigne entre autres l'éthique. «Par exemple, un professeur choisira un étudiant parmi son petit groupe et lui demandera de jouer le rôle d'un méde-

cin qui doit annoncer à son patient qu'on lui a découvert un cancer du poumon», indique le D^r Julien.

Ainsi, comme les étudiants passent une journée par semaine dans les hôpitaux dès leur première année de médecine, ils ont déjà une bonne introduction au milieu clinique lorsqu'ils commencent leurs stages. D'ailleurs, dans le souci de s'adapter aux nouveaux besoins de la population, l'UdM a ajouté, il y a quelques années, de nouveaux domaines de stage, comme la gériatrie, les soins palliatifs et les soins ambulatoires.

La méthode d'évaluation a également changé avec cette nouvelle manière d'enseigner. Depuis trois ans, l'UdM n'évalue plus seulement les connaissances en médecine, mais aussi les attitudes et les compétences. «Les futurs médecins doivent savoir bien se comporter avec les patients, prendre le temps de leur expliquer la situation. Ils doivent aussi être capables de travailler en équipe et d'accepter la critique», précise Michel Julien.

L'UdM a également dû accroître le nombre d'étudiants inscrits en médecine pour s'attaquer au problème de la pénurie. «En 1998-1999, nous avions environ 140 étudiants par année. Nous en avons maintenant 260. Cela fait beaucoup d'étudiants à placer en stage. Pour y arriver, en plus d'avoir notre réseau traditionnel de centres hospitaliers universitaires, nous collaborons avec sept nouveaux établissements de la rive sud et de la rive nord de Montréal. D'ailleurs, l'exposition de nos étudiants à des cas cliniques très diversifiés est certainement l'une des raisons qui expliquent le fait que, depuis sept années consécutives, ils se classent les premiers au Canada lors des examens nationaux», affirme le D^r Julien.

Visioconférence

Le besoin d'augmenter le nombre de milieux de stage va généralement de pair avec le besoin d'agrandir le

campus. C'est ce qu'a fait l'UdM en s'installant en Mauricie, en 2004. L'instauration de ce campus décentralisé représentait toutefois un grand défi pour la faculté. Pour des questions d'équité, l'UdM utilise depuis ce temps la visioconférence.

«Les examens se déroulent en même temps pour tous les étudiants du campus de Montréal et du campus en Mauricie. La matière de l'étude est donnée en cours magistral à tous les étudiants en même temps par un seul professeur, en visioconférence. Les notes de cours sont donc identiques pour tous les étudiants et ils ont tous exactement le même temps pour étudier», spécifie Michel Julien.

Avant de donner leurs ateliers, les professeurs font également une séance de visioconférence pour effectuer des ajustements du contenu. Ainsi, les cours sont en constante évolution et les nouveaux professeurs sont davantage sécurisés.

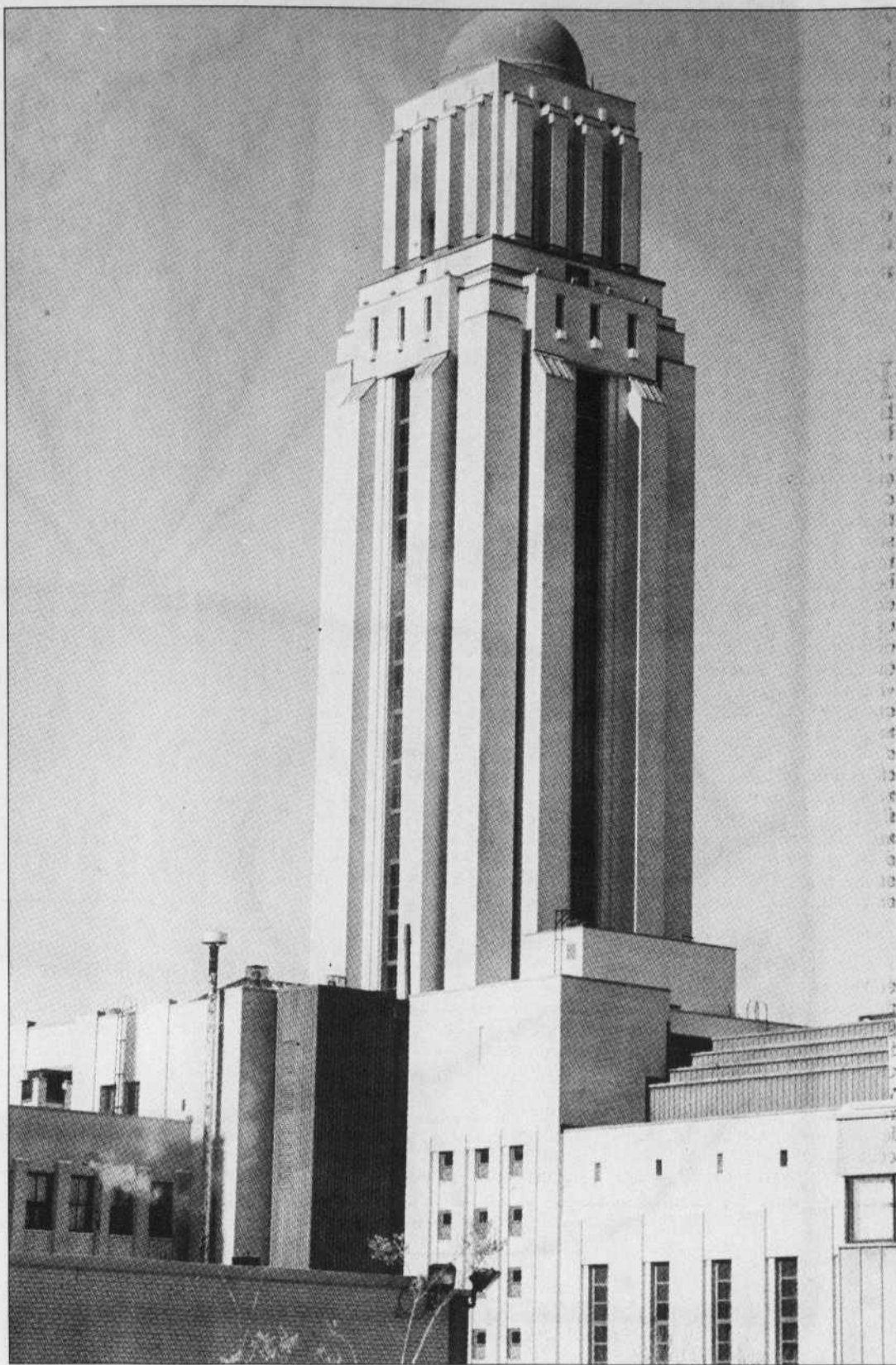
Pratique et collaboration

La faculté de médecine de l'UdM s'appête maintenant à prendre le virage de l'interdisciplinarité et de la pratique plus intensive. En septembre 2008, un nouveau cours d'habiletés cliniques se donnera sur les campus, et ce, tout au long du programme d'études.

«Les étudiants y pratiqueront leurs questionnaires, leurs techniques et leurs examens physiques, de la simple prise de pression à l'examen gynécologique. Ce travail de laboratoire se fera avec des patients partenaires rémunérés. Dans les hôpitaux, tout va trop vite et le contexte n'est pas toujours favorable à l'apprentissage, alors qu'en laboratoire les étudiants auront le temps de bien pratiquer leurs techniques», affirme le D^r Julien.

Pour favoriser la coopération entre les différents professionnels de la santé, quelques activités de laboratoire seront organisées avec différents départements et facultés de l'UdM. «Par exemple, un jour, nous pourrions simuler un cas de complication chirurgicale. Nous aurons alors dans le laboratoire un étudiant en médecine, un en sciences infirmières et un en inhalothérapie, ajoute-t-il. Il pourra arriver également que nous intégrions des étudiants en pharmacie, en psychologie, en travail social, etc. Cela demande un grand effort de coordination d'horaire, mais nous y travaillons.»

Collaboratrice du Devoir



L'Université de Montréal n'évalue plus seulement les connaissances en médecine, mais aussi les attitudes et les compétences.

JACQUES GRENIER LE DEVOIR

Formation des infirmières

Du cégep à l'hôpital

Peu d'étudiantes poursuivent au niveau universitaire

Le Québec manque cruellement de personnel infirmier pour plusieurs causes connues et documentées, qui sont notamment d'ordres démographique, politique et social. Les effectifs sur le terrain du réseau peinent en ce moment à suffire à la tâche. Pour parer à cette pénurie de main-d'œuvre, 42 cégeps et neuf universités dispensent actuellement la formation en soins infirmiers.

RÉGINALD HARVEY

De façon générale, les étudiantes, parmi lesquelles figurent de rares représentants du sexe masculin, obtiennent leur diplôme d'études collégiales (DEC) en l'espace de trois ans. De leur côté, les universités acceptent les étudiantes ayant réussi une formation collégiale de deux ans en sciences de la nature, profil santé, où elles obtiendront leur bac après trois ans. Certaines universités offrent même leur programme aux titulaires d'autres diplômes.

Les bacheliers et détentrices d'un DEC pourront exercer la profession après avoir passé avec succès l'examen obligatoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). Parmi le nombre total d'étudiantes (DEC et bac) qui ont passé l'examen une première fois en septembre 2006, 86,2 % provenaient du réseau collégial, et le taux de réussite a été de 81,5 %.

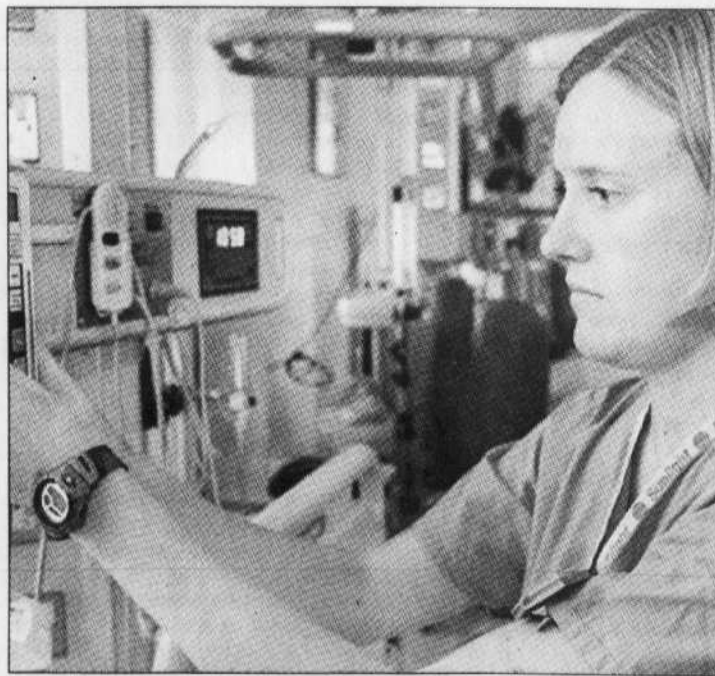
Depuis quelques années, il existe aussi une formation intégrée (DEC/Bac) en vertu de laquelle il est possible d'obtenir un baccalauréat universitaire en soins infirmiers sur une période de cinq ans, soit après trois ans d'études collégiales et deux années de cours universitaires. Malgré l'existence de ce parcours, la grande majorité des détenteurs d'un DEC se dirigent vers le marché du travail aussitôt le DEC en soins infirmiers et le permis de l'Ordre en poche.

Cégeps et soins infirmiers
Denyse Blanchet est devenue

récentement directrice générale du collège Montmorency. Infirmière de formation, elle a mené de front une carrière en santé, en enseignement et en gestion. Elle cerne le principal avantage du programme DEC/Bac: «C'est la responsabilité des établissements d'enseignement de pouvoir fournir aux étudiants la possibilité d'un continuum de formation. Voilà ce qui est important! On ne peut pas, en éducation, se retrouver en situation de cloisonnement. C'est une valeur ajoutée et pour moi c'est essentiel.»

Il y a 42 cégeps qui dispensent le programme de soins infirmiers, dont les compétences à atteindre sont fixées par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Les collèges disposent d'une certaine forme d'autonomie par rapport à la formation: «Celle-ci réside dans la façon qu'on a de traduire l'acquisition des compétences à travers les activités d'apprentissage; celles-ci, nos méthodes d'enseignement et la séquence des cours peuvent varier.» La marge de manœuvre demeure plutôt mince, comme le rapporte la directrice: «Il faut savoir que, dans le programme de soins infirmiers, notre nombre d'heures de stage, ce qui est majeur, est aussi réglementé. L'Ordre est le principal consultant par rapport à cela et on a l'obligation de fournir un certain nombre d'heures de stage.»

Le consortium qui existe entre les collèges et les universités dans le cadre de la formation intégrée DEC/Bac contribue à son tour à une certaine forme d'uniformisa-



FERRAN PARADES REUTERS

L'Université de Montréal se penche sur les apprentissages de la discipline de la science infirmière, qui est plutôt mal connue.

tion: «Au bout du compte, la marge n'est pas bien grande. Il est certain que, si l'on regardait chacune des grilles, on verrait bien des différences, mais quand on arrive à les comparer, celles-ci apparaissent comme minimales.» Elle ajoute un autre point: «L'autre chose qui nous unifie, c'est le fait que tous nos étudiants doivent se présenter à l'examen de l'Ordre. On peut toujours se donner d'autres couleurs, se teinter d'un peu plus ou d'un peu moins d'international, quelque part il faut toujours témoigner des compétences de base des gens qu'on forme.»

Un parcours accidenté

Denyse Blanchet a enseigné les soins infirmiers durant une quinzaine d'années. Elle considère que ce programme est particulièrement difficile pour les étudiants: «Celui-ci est extrêmement rigoureux. Il implique l'acquisition de beau-

coup de connaissances scientifiques en même temps que l'apprentissage du savoir-être, parce qu'il existe des liens à tisser avec les patients dans toutes sortes de situations.»

Il y a donc ce savoir-être qu'elle considère comme très important et auquel s'ajoute un autre élément: «Il y a aussi le savoir-faire qui comporte un ensemble de techniques. On se trouve en présence de jeunes étudiants de 17 ans ou de jeunes adultes qui reviennent aux études et ils doivent acquérir tout ce bagage en trois ans; il y en a même plusieurs qui le font en quatre ans. En trois ans, il y a un savoir, un savoir-être et un savoir-faire à posséder qui sont assez denses.» Ces faits étant posés, elle s'arrête sur le taux de réussite: «Compte tenu de la difficulté et de la rigueur de cette formation-là, de l'importance des connaissances à acquérir, on peut comprendre

qu'on ait un taux qui ne soit pas du même niveau que dans une autre technique. On travaille pour faire en sorte que le plus grand nombre d'étudiants réussissent. N'importe quel collège pourrait témoigner du fait que plusieurs mesures sont prises pour améliorer la réussite de nos étudiants en soins.»

Les infirmières bachelières

Vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue à la faculté des soins infirmiers de l'Université de Montréal, Johanne Goudreau apporte cette distinction entre les formations collégiale et universitaire: «Pour ce qui est de la formation de base, il y a d'abord une différence de deux ans dans l'acquisition préalable des connaissances scientifiques qui sont nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmière. Les étudiantes qui viennent ici au baccalauréat ont deux ans d'études collégiales en sciences de la nature, profil en santé; de la sorte, elles sont vraiment préparées pour bien comprendre les problématiques de santé d'un point de vue scientifique. Il est possible à l'université de leur enseigner la pratique infirmière basée sur des données probantes ou relevant de la science. Les étudiantes apprennent la démarche scientifique et s'appliquent à lire les articles scientifiques en sciences infirmières d'une façon critique, pour en arriver à les appliquer dans leurs interventions.»

Cette démarche scientifique se traduit par une approche différente de la pratique: «Les infirmières qui sortent d'une université comprennent beaucoup plus facilement pourquoi elles posent tel ou tel geste; elles sont en mesure, quand elles évaluent par exemple la condition de santé d'une personne, d'aller en profondeur dans cet exercice et de bien comprendre les tenants et les aboutissants de ce que lui dit celle-ci.»

Elle fait aussi valoir que l'univer-

sité se penche sur les apprentissages de la discipline de la science infirmière, qui est plutôt mal connue: «On les invite à comprendre de façon plus large la mission des infirmières: ce que veut dire "prendre soin de".»

Elle souligne un autre aspect plus pointu de la formation DEC/Bac: «Il y a des champs cliniques plus spécifiques qui ont été confiés à l'université. On a comme mission de préparer des infirmières qui vont être aptes à pratiquer en soins critiques (soins intensifs, urgences, etc.).» Cela dit, il n'en demeure pas moins que, jusqu'à tout dernièrement, les fonctions étaient les mêmes pour les diplômées universitaires et collégiales. Un changement s'est produit il y a peu de temps: «Le ministère a demandé et proposé un nouveau titre pour les infirmières bachelières, celui d'infirmière clinicienne, dont les rôles sont élargis.» Le réseau assiste aux premiers ballottements de cette initiative ministérielle et, d'un point à l'autre de celui-ci, les tâches confiées aux cliniciennes peuvent varier.

Ce programme DEC/Bac n'a cependant pas fait augmenter le nombre d'étudiants des cohortes universitaires. Au contraire, ce nombre a diminué légèrement. A la suite de l'obtention de leur DEC, les diplômés du collégial bifurquent en grand nombre vers du travail dans le réseau de la santé qui les sollicite de façon pressante et qui a bien besoin de leur présence: «Le programme s'offre seulement à temps complet à l'Université de Montréal, au moment où il est devenu très tentant de gagner des sous pour les étudiantes du collégial qui ont obtenu leur droit de pratique; on ne peut leur en vouloir.» Par contre, celles qui persistent pour la poursuite de leurs études vers le bac persévèrent dans leur démarche; il n'y a pas d'attrition.

Collaborateur du Devoir

SANTÉ

Exercice de la médecine

Pratique... à risque

« Ce n'est pas normal qu'un médecin examine un patient dans un corridor »

Jun 2007. Excédé, un urgentologue renonce publiquement à son poste de chef des urgences dans un important centre hospitalier de la Montérégie. Raison du départ: les conditions réunies ne lui permettent plus de pratiquer adéquatement. En manque de ressources, tant humaines que financières ou techniques, les médecins — spécialistes ou non — sont en fait de plus en plus nombreux à déplorer le contexte dans lequel ils doivent exercer leur profession. Les organismes qui les représentent, eux, sont unanimes: des changements s'imposent... et vite.

GUYLAINE BOUCHER

Reconnu pour son franc-parler, Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, est catégorique: «Les médecins québécois font tout ce qui est en leur pouvoir pour offrir des soins de qualité à leurs patients.» Une opinion partagée par son alter ego de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Renald Dutil, qui admet tout de même que si on inclut, dans la qualité des soins, l'accès dans un délai raisonnable au service requis, l'équation semble toute autre. «Les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé font un travail de qualité, mais le délai d'attente, lui, est souvent préjudiciable.» En fait, concède-t-il, «si on ne souffre pas d'un problème urgent, il est difficile d'avoir accès rapidement à des analyses de laboratoire, à des services d'imagerie médicale ou même à un médecin de famille ou un médecin spécialiste.»

Ras le bol!

Trois mois d'attente pour une échographie, autant pour obtenir des résultats sanguins, du personnel infirmier qui manque à l'appel, ce qui force du même coup le report de certaines interventions chirurgicales, en apparence, la liste des problèmes soulevés et largement médiatisés ne cesse de s'allonger et de décevoir. Or, affirme Yvan Lamontagne, président du Collège des médecins, «un patient mécontent ne se gêne pas pour le dire à son médecin. Quand on a été formé pour soigner les gens et qu'on ne peut pas le faire, ça devient difficile à gérer et à vivre. On en parle peu, mais les listes d'attente sont dures pour le moral des troupes.»

Par-delà les listes d'attente, du point de vue de Gaétan Barrette, les conditions de pratique des médecins au quotidien laissent, elles aussi, à désirer. «Ce n'est pas normal qu'un médecin examine un patient dans un corridor, faute d'espace, ou encore qu'un psychiatre doive intervenir sans protection auprès d'un patient en crise qui peut, à tout instant, s'en prendre à lui. Pas normal non plus que l'on n'ait pas de locaux pour faire de l'enseignement dans des hôpitaux universitaires ou de ressources extrahospitalières prêtes à accueillir les patients pour leur convalescence, ce qui permettrait, affirme-t-il, de réellement libérer des lits et de désengorger les urgences. Quand on regarde tout ça froidement, on comprend pourquoi les gens sont épuisés.»

Signe du ras-le-bol généralisé, les demandes adressées par les médecins au programme d'aide de leur ordre professionnel pour épuisement, anxiété et burn-out n'ont jamais été aussi nombreuses. Une situation qui inquiète grandement le représentant du Collège des médecins. C'est que de l'épuisement aux erreurs d'inattention il n'y a



La médecine au quotidien: les corridors encombrés des urgences...

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

souvent qu'un pas. Et quand il est question de vie humaine, l'erreur ne pardonne pas. «Dans la culture populaire, affirme Yvan Lamontagne, les médecins ont longtemps été perçus comme des personnages infailibles, à l'abri de tout. C'est faux et il est urgent que l'on s'en rende compte. Ce sont des humains, qui sont par conséquent faillibles, et non pas des machines.»

Renverser la vapeur

Plusieurs moyens ont d'ores et déjà été mis en place pour renverser la vapeur. La création des groupes de médecine familiale et

des cliniques de réseau ainsi que le rôle élargi confié aux infirmières dans ces structures sont au nombre des mesures susceptibles de porter fruit. Il en va de même de l'augmentation des admissions universitaires en médecine et en sciences infirmières. Mais, argue Renald Dutil, il faudra plus. «Pour que la pression sur le réseau soit moins grande, il faut augmenter l'accès aux plateformes techniques: analyse de laboratoire et imagerie notamment. Il faut aussi pouvoir compter sur des outils informatiques de qualité qui vont faciliter la transmission de

l'information et éviter le temps perdu en dédoublement de tâches.»

D'accord avec cette énumération, Yvan Lamontagne est en fait d'avis qu'il ne faut exclure aucune possibilité. «À l'heure actuelle, 46% du budget du Québec est consacré à la santé et aux services sociaux. C'est énorme, et on ne peut pas sérieusement envisager de mettre plus d'argent dans la balance. Il faut trouver d'autres façons de faire les choses, de les organiser et de les gérer.»

Les coopératives de santé qui émergent un peu partout au Québec sont pour lui une avenue inté-

ressante, notamment parce qu'elles font des «citoyens les propres artisans de leur système de santé». Il se présente également comme un partisan des partenariats privé-public. «Chaque fois que l'on parle de partenariat privé-public en santé, il y a une levée de boucliers. La vérité, dit-il, c'est que ce genre de partenariat existe depuis longtemps dans le réseau. Les centres privés conventionnés qui accueillent les personnes âgées ou en perte d'autonomie sont un bon exemple de cela. Depuis 1977, des promoteurs privés offrent des services d'hébergement à des milliers de personnes et ça marche. Il y a certainement des leçons à tirer de cela.»

Gaétan Barrette, lui, en appelle à la fin des dogmes et des absolus. «Il faut, lance-t-il, introduire plus de souplesse dans le réseau, dans nos façons de faire, et peut-être accepter que nous en sommes rendus à réévaluer le panier de services publics offerts à la population.» C'est que, de son point de vue, «si nous voulons vivre sous le dogme du public mur à mur, tout ce que nous parviendrons à faire, c'est de sous-traiter au secteur privé ce qui se fait actuellement dans le secteur public, ça n'apporte rien de neuf, sauf des dépenses supplémentaires. Il serait beaucoup plus sain d'accepter le fait que nous ne pouvons pas tout faire dans le public, parce que les besoins augmentent et que les ressources publiques, elles, sont limitées.»

Chose certaine, du point de vue des interlocuteurs du milieu médical, le temps presse. «Nous sommes à une époque charnière, affirme le porte-parole des médecins spécialistes. Ce qui sera décidé et fait dans les prochains mois et années aura un impact sur les prochaines décennies. Si nous voulons maintenir la qualité des services et de la pratique, il faut prendre les bonnes décisions et accepter que les choses changent.»

Collaboratrice du Devoir

McGill

Un enseignement repensé

Former des médecins

« qui savent communiquer avec leurs patients »

La faculté de médecine de l'université McGill a été la toute première à avoir été créée au Canada. Elle est même à l'origine de la fondation de l'université en 1821, rapporte le D^r Richard Levin, doyen de la faculté de médecine de l'université McGill. «Aujourd'hui, notre faculté demeure le cœur de l'université, puisque nous comptons pour 30 % des effectifs de McGill alors que nos budgets de recherche représentent 50 % des fonds que reçoit l'université. Notre faculté porte deux grands pôles: la recherche fondamentale, qui permet d'expliquer la nature des maladies, et l'enseignement de la médecine.»

CLAUDE LAFLEUR

C'est à l'université McGill qu'est née la façon selon laquelle sont formés les médecins occidentaux, relate le D^r Levin. Ainsi, au XVIII^e siècle, les apprentis-médecins étaient formés de façon purement théorique, sans jamais rencontrer le moindre patient. Or, à partir des années 1870, le professeur William Osler s'est assuré que ses étudiants voyaient des patients, car il considérait qu'il était impossible de comprendre les maladies sans côtoyer des personnes en souffrance.

«Au cours de sa longue carrière universitaire au Canada, aux États-Unis et en Angleterre, le D^r Osler a littéralement inventé l'enseignement de la médecine tel qu'on le pratique aujourd'hui un peu partout en Occident», affirme le D^r Levin. Elevé au rang de baronnet, Sir William Osler est de ce fait considéré non seulement comme l'un des plus éminents professeurs de McGill, mais surtout comme le père de l'enseignement de la médecine moderne.

Une nouvelle «révolution» de l'enseignement?

«Nous conservons toujours la même préoccupation que le professeur Osler, poursuit le doyen de la faculté de médecine: comment enseigner la médecine? Sans cesse, nous nous demandons quelles sont les meilleures méthodes à employer.»

Ces temps-ci, les enseignants de la faculté cherchent à développer chez leurs étudiants l'art de mener à bien des entretiens auprès des patients. À cette fin, il y a deux ans, ils ont réaménagé leur programme de façon à mettre l'accent sur l'apprentissage de la communication. «Nous visons à ce que les médecins que nous formons soient capables d'intervenir efficacement en toute circonstance auprès de patients en crise, indique le D^r Levin. En cette époque de progrès technologique, nous mettons l'accent sur la formation de médecins qui savent communiquer avec leurs patients.»

L'automne dernier, l'université McGill a inauguré le premier centre de simulation médicale au Canada, un hôpital capable de reproduire dans les moindres détails des salles d'intervention et, plus globalement, l'environnement hospitalier. Ce centre peut ainsi recréer de façon très réaliste une situation d'urgence soumettant l'équipe médicale à des situations réellement stressantes.

«Ce centre fait partie de notre nouvelle façon d'enseigner la médecine», insiste le doyen Levin. Il s'agit d'intégrer l'expérience des pratiques médicales en permettant aux étudiants — et pas seulement des étudiants en médi-

ne, mais également des infirmières, des résidents et des médecins — de simuler des interventions auprès de «véritables» patients, en l'occurrence des comédiens jouant ce rôle. Des caméras surveillent de près le déroulement de l'intervention, qui est ensuite décortiquée par les participants, de concert avec leurs pairs et les enseignants.

«Un des problèmes que nous observons dans la formation des médecins — et ce, partout dans le monde — est le fait que les étudiants ont tendance à reproduire les pratiques et comportements de leurs professeurs, indique le D^r Levin. Autrement dit, si vous faites comme l'enseignant, tout ira bien pour vous! Or, nous, nous cherchons à développer une nouvelle approche.»

Cette approche vise à faire en sorte que chaque étudiant développe sa propre façon de penser et d'agir. L'enseignant s'attarde donc à la façon dont ses étudiants abordent et traitent un problème, plutôt que de leur montrer comment procéder. «Ils leur demandera: "Que pensez-vous au juste? Pourquoi pensez-vous comme cela? Comment en êtes-vous arrivé à prendre telle ou telle décision?», illustre Richard Levin. C'est une approche entièrement nouvelle qui prépare les médecins à s'adapter à notre époque de surabondance d'informations et d'évolution rapide de la technologie.»

Création de nouveaux chapitres du savoir

L'autre pôle d'activité de la faculté de médecine de l'université McGill est bien entendu le développement des connaissances médicales. «Nous tentons de rédiger les prochains chapitres, de pousser le plus loin possible les connaissances biologiques fondamentales des maladies», évoque joliment le D^r Levin.

L'université McGill dans son ensemble, et sa faculté de médecine en particulier, est d'ailleurs reconnue mondialement comme l'un des grands centres de recherche médicale. «Notre point fort, c'est la recherche tous azimuts dans le domaine médical, résume le doyen, de la biologie moléculaire aux politiques de santé.»

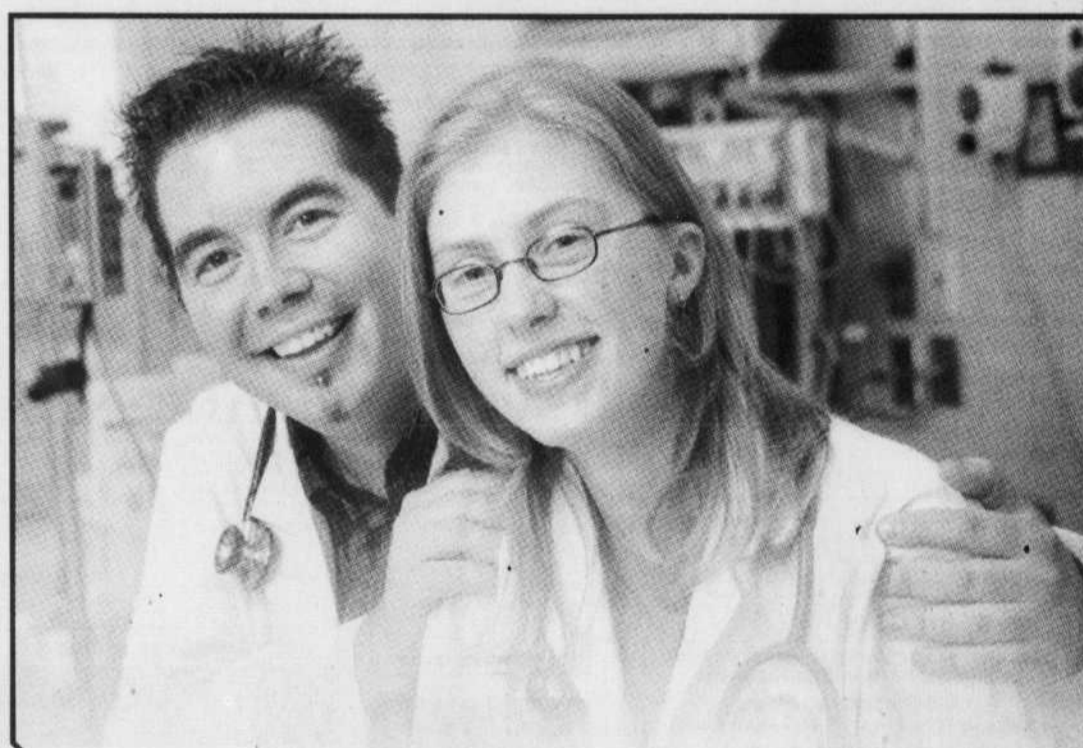
Ces dernières années, l'université s'est entre autres taillé une place particulière en génomique, devenant l'un des pôles de ce domaine, qui touche aussi bien les connaissances fondamentales — le rôle des gènes à la base du vivant — que les enjeux éthiques et les applications médicales révolutionnaires.

Or, rapporte le D^r Levin, la génomique évolue si rapidement qu'elle donne naissance à de nouvelles branches et à de nouvelles approches. C'est ainsi que l'un des plus récents axes de recherche est l'épigénomique. Il s'agit d'étudier les effets du milieu sur l'expression des gènes.

«Nous pensions auparavant qu'un individu naît avec un certain bagage génétique», explique le D^r Levin. Pour une personne en particulier, certains gènes s'expriment pour lui conférer, par exemple, des yeux bleus ou un risque accru de développer une maladie. «Or, de récentes découvertes tendent à indiquer que l'expression des gènes pourrait être déclenchée par des facteurs extérieurs, comme par exemple l'anxiété de la mère durant la grossesse. L'expression de certains gènes pourrait donc être modifiée par le milieu extérieur.»

Fort d'un vaste bagage en génomique et d'outils de pointe, l'université McGill entreprend donc d'explorer cette nouvelle avenue. «C'est un exemple, parmi d'autres, du genre de travaux de pointe que nous menons», résume le doyen de la faculté de médecine.

Collaborateur du Devoir

Éric Dubuc, étudiant au doctorat en médecine
Céline Dubuc, étudiante à la maîtrise en radiobiologieUNIVERSITÉ DE LEADERS
UNIVERSITY OF LEADERS

L'esprit créatif d'hommes et de femmes guidés par leur audace.
Une culture entreprenante qui pousse au dépassement.
De l'espace pour exercer son leadership.

La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke grandit et innove pour une société en santé.

Elle est la seule au Canada et dans la francophonie à être centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine de l'éducation des sciences de la santé.

Avec l'apprentissage par problème, elle a acquis une renommée internationale en éducation dans le domaine de la santé.

Elle possède le plus important réseau d'institutions affiliées et collaboratrices au Québec, pour la formation et la recherche.

Elle valorise l'interprofessionnalité dans les domaines de la santé dans ses sites d'enseignement au campus de la santé à Sherbrooke, à Longueuil, à Moncton et à Saguenay.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE www.USherbrooke.ca

SANTÉ

Laval

Au service des communautés et des régions

« Nous avons travaillé au cours des cinq dernières années à revoir tout notre programme de formation pour le rendre encore une fois conforme aux besoins de la population »

Fondée en 1853, la faculté de médecine de l'université Laval jouit d'une longue tradition d'excellence dans la formation des professionnels de la santé.

THIERRY HAROUN

« Notre faculté, dit d'entrée de jeu son doyen, le D^r Pierre J. Durand, a formé au cours du XX^e siècle le plus grand nombre de médecins dédiés aux régions du Canada. Par tradition, c'est une faculté centrée principalement sur le service destiné aux communautés francophones. Autrefois, on formait des médecins pour tous les francophones du Canada ainsi que les Franco-Américains. »

Médecins en région

La donne a changé depuis, rappelle-t-il, en raison des compétences des provinces en matière de santé et de formation. Aujourd'hui, la faculté a particulièrement le mandat de « bien desservir l'est du Québec, des régions donc dites éloignées ou encore isolées, soit les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine, de la Côte-Nord et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Une responsabilité de taille pour qui connaît le moindre des enjeux touchant la pénurie de médecins en région.

« En effet, dit-il, il y a toujours de la sensibilisation à faire à cet égard auprès des médecins. Le fait d'installer un médecin en région, c'est une chose, mais le retenir, c'est une

autre chose. Les déterminants de l'installation sont différents des déterminants du maintien. Ce sont les facteurs entourant l'insertion de nos médecins dans les communautés locales qui seront un puissant déterminant pour convaincre un médecin de demeurer en région. C'est d'ailleurs un sujet sur lequel les agences locales de santé travaillent en étroite collaboration avec notre faculté. » Un travail, souligne le D^r Durand, qui est à « recommander tout le temps, car ce n'est jamais partie gagnée. »

D'ailleurs, les unités de médecine familiale de la faculté situées en région, soit notamment à Gaspé, Rimouski et Baie-Comeau, jouent un rôle déterminant dans la rétention des médecins. « Ces lieux de formation de près de 24 mois permettent aux médecins de s'insérer dans la communauté puisqu'ils habitent sur place. »

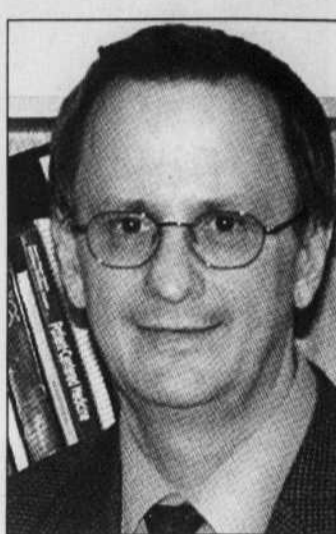
Les statistiques de l'université Laval concernant ce dossier sont éloquentes et démontrent à quel point le travail de concertation avec les partenaires du milieu porte ses fruits. À titre d'exemple, en 2004, plus de 40 % des diplômés en médecine familiale se sont établis en région rurale, soit plus de deux fois plus que les diplômés de toute autre faculté de médecine canadienne. Deuxièmement, alors

qu'elle compte moins de 24 % des étudiants et des résidents en médecine du Québec, la faculté de médecine de l'université Laval a créé un important réseau de stages en régions désignées, où se sont effectués plus de 53 % des stages. Notons également que cette faculté maintient les exigences d'un séjour obligatoire en région d'une durée d'un mois pour tous les externes, de deux mois pour les résidents de médecine familiale et de trois mois pour les résidents de tous ses programmes de résidence en spécialité de base.

Programmes et départements

Plus largement, la faculté de médecine de l'université Laval est en soi une entité qui regroupe une panoplie de programmes de formation de base et spécialisés, appuyés par un vaste réseau d'enseignement clinique. Par exemple, dans la seule grande région de Québec, son réseau de partenaires regroupe notamment le Centre hospitalier universitaire de Québec, le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, l'hôpital Laval (Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie), l'Hôtel-Dieu de Lévis (centre hospitalier affilié universitaire) et le Centre hospitalier Robert-Giffard (institut universitaire en santé mentale).

La faculté compte au total 13 départements (quatre de ces derniers sont des départements dits de sciences fondamentales et neuf sont des départements dits cliniques). Elle dispense 37 programmes de formation post-doctoraux (physiothérapie, ergothérapie et kinésiologie, entre autres).



SOURCE: UL Le D^r Pierre J. Durand, doyen de la faculté de médecine de l'université Laval

On peut également poursuivre des études supérieures en biologie cellulaire et moléculaire, en épidémiologie, en médecine expérimentale, en microbiologie-immunologie, en neurobiologie, en physiologie-endocrinologie et en santé communautaire.

« Et sur un corps professoral d'environ 300 personnes équivalent temps plein, souligne le D^r Durand, il faut compter, en plus, quelque 600 professeurs en clinique qui travaillent bénévolement et bien d'autres encore. Et vous savez, la grande majorité de nos étudiants ne sont pas dans le campus [Ferdinand-Vandry]. En fait, ils sont à peine 25 % ou 30 % à y étudier. Le reste des étudiants est réparti dans les hôpitaux, les centres de soins de santé, en région, là où les malades sont et là où nos cliniciens ensei-

gnent. » Pour l'année en cours, la faculté compte 1978 étudiants au premier cycle.

Présentement, le pavillon Ferdinand-Vandry profite d'une cure de jouvence au coût de 60 millions de dollars. D'ici à 2010, ce pavillon, qui deviendra un vaste complexe de formation en sciences de la santé, doublera presque sa superficie pour accueillir les nouvelles cohortes d'étudiants des facultés de médecine, de pharmacie et des sciences infirmières. Le nouveau complexe contribuera par ailleurs à assurer la formation de effectifs professionnels en santé pour la région de Québec-Chaudière-Appalaches et pour les régions de l'est du Québec.

« Je vous dirais que c'est dans le domaine de l'obésité métabolique que nous avons une longueur d'avance sur les autres facultés. On a aussi d'autres petits bijoux, je pense notamment à ce qui se fait en ingénierie tissulaire et en infectiologie. En fait, dans tous nos secteurs de recherche, je pourrais vous nommer des chercheurs de pointe qui ont fait la une et qui la font encore, et ce, en dépit du fait que nos budgets ne se comparent pas à ceux de Toronto! »

Recherche

Autre point fort de la faculté: la recherche. Ce secteur est constitué notamment de cinq centres de recherche reconnus par le Fonds de la recherche en santé du Québec et de 30 unités de recherche qui reçoivent au total 111 millions de dollars de fonds de recherche sur une base annuelle. La faculté abrite aussi une quinzaine de chaires de recherche du Canada.

« Je vous dirais que c'est dans le domaine de l'obésité métabolique que nous avons une longueur d'avance sur les autres facultés. On a aussi d'autres petits bijoux, je pense notamment à ce qui se fait en ingénierie tissulaire et en infectiologie. En fait, dans tous nos secteurs de recherche, je pourrais vous nommer des chercheurs de pointe qui ont fait la une et qui la font encore, et ce, en dépit du fait que nos budgets ne se comparent pas à ceux de Toronto! »

Message

Enfin, quand on demande au D^r Durand de nommer l'embûche principale qui mine le réseau québécois de la santé, il répond ceci: « Ce qui nous a, par le passé, fait le plus mal, ce sont les querelles intestines entre nos établissements de santé. Et lorsque des établissements se mettent en concurrence, au lieu de travailler ensemble, pour obtenir la plus belle technologie et qu'on n'est pas capable de réfléchir collectivement, ça c'est mortel. »

Collaborateur du Devoir

AVIS LÉGAUX ET APPELS D'OFFRES

Hydro Québec APPELS DE SOUMISSIONS Les entrepreneurs et les fournisseurs peuvent obtenir de l'information sur les appels de soumissions ouverts et le résultat d'ouverture des plis d'Hydro-Québec en visitant le site Internet de l'entreprise: www.hydro-quebec.com/soumissionnez ou en composant un des numéros de téléphone suivants: Montréal et environs: (514) 840-4903 Extérieur: 1 800 324-1759

AVIS LÉGAUX & APPELS D'OFFRES HEURES DE TOMBÉE Les réservations doivent être faites avant 16h00 pour publication deux (2) jours plus tard. Publications du lundi: Réservations avant 12 h 00 le vendredi Publications du mardi: Réservations avant 16 h 00 le vendredi Tél.: 514-985-3344 Fax: 514-985-3340 Sur Internet: www.ledavoir.com/avis.html www.ledavoir.com/offres.html Courriel: avisdev@ledavoir.com

DE BILLY-TREMBLAY & ASSOCIÉS INC. SYNDIC DE LA FAILLITE AVIS AUX CRÉANCIERS DE LA PREMIÈRE ASSEMBLÉE Dans l'affaire de la faillite de: DENIS POIRIER, personne insolvable résidant au 4908, rue Sainte-Catherine est, app. 1, en la ville et division de Montréal, province de Québec. AVIS est par la présente donné que DENIS POIRIER a été déclaré failli le 27 juin 2007 et que ce BILLY-TREMBLAY & ASSOCIÉS INC. a été nommé syndic de la faillite par le Tribunal en remplacement de la firme Poulin de Courval, et qu'une assemblée des créanciers sera tenue le 24^e jour de septembre 2007 à 10 h 00, au bureau du syndic, 1255, rue University, bureau 1515, Montréal (Qc).

Donnez. On peut faire plus encore. Centre aide

CANADA, PROVINCE DE QUÉBEC, DISTRICT DE LAVAL, COUR DU QUÉBEC (procédure Allégué), 540-22-010836-079. FINANCEMENT MALTS INC., Par le demandeur, G. JOHN VAGGALIS ET CHRYSANTHI KARAYANNAKOS, Partie défenderesse. AVIS PUBLIC DE VENTE EN JUSTICE. PRENEZ AVIS qu'en vertu d'un bref d'exécution, les biens de CHRYSANTHI KARAYANNAKOS seront vendus par huisser le 2 octobre 2007 à 10h00 a.m. au 874, du Calvet, à Laval, Québec, Canada, conformément audit bref. Lesdits biens consistent en: 1 véhicule Dodge Caravan Sport 1999, 1 ordinateur et accessoires, 1 appareil d'exercices Orbitrek, 1 dvd et autres biens. Saint-Jérôme, ce 17 septembre 2007. Conditions: argent comptant ou chèque visé. MARTINA PETER, H.J. FILION & ASSOCIÉ, s.n.c., 110 rue de Martigny Ouest, St-Jérôme, Québec, J7Y 2G1. Tél.: (450) 436-8282. Fax: (450) 436-6634. TPS: R114642739, TVQ: 1010317971.

Appel d'offres public

Des soumissions sont demandées et devront être reçues, avant 14 h, à la date indiquée ci-dessous, au Bureau du secrétaire d'arrondissement situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.30, Montréal, pour: Soumission no : 2007-118 Date d'ouverture : Le 4 octobre 2007 à 14 h Description : Lien Vert - Tronçon 8 / Aménagement et éclairage

Chaque soumission doit être accompagnée d'un chèque visé ou d'un cautionnement de soumission représentant une somme de 10 % du montant soumissionné, émis par une compagnie d'assurances autorisée par l'autorité des marchés financiers. Un engagement d'une telle compagnie d'assurances, stipulant un cautionnement d'exécution de 50% du montant annuel de la soumission et un cautionnement des obligations de l'entrepreneur pour gages, biens et services de 50% du montant annuel de la soumission, seront accordés au soumissionnaire s'il devient l'adjudicataire du contrat.

Les personnes intéressées peuvent se procurer les documents relatifs à cet appel d'offres public à compter du 20 septembre 2007, en payant un montant non remboursable de 115,03 \$ (taxes incluses), payable en argent comptant ou par chèque visé à l'ordre de la Ville de Montréal, de 8 h 30 à 16 h 30, au Bureau Accès Montréal, situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.20, Montréal. Si vous désirez obtenir des renseignements, vous pouvez communiquer avec M. Jean Cadieux au (514) 872-7243.

Les soumissions reçues seront ouvertes publiquement au Bureau d'arrondissement, situé au 5600, rue Hochelaga, à la salle Maison neuve, immédiatement après l'expiration du délai fixé pour leur réception, soit le 4 octobre 2007 à 14 h.

LE SECRÉTAIRE D'ARRONDISSEMENT, M^{re} Julie Doyon

AVIS DE DEMANDE DE DISSOLUTION PRENEZ AVIS que la compagnie L.A.B. (Québec) Inc. ayant son siège social au 85, rue St-Charles Ouest, bureau 201, à Longueuil, province de Québec, J4H 1C5, compagnie immatriculée le 20 mars 1995 sous le matricule 1143879642, demandera à l'inspecteur général des institutions financières la permission de se dissoudre et à cet effet dépose au registre des entreprises individuelles, des sociétés et des personnes morales, l'avis requis par les dispositions de l'article 37 de la Loi sur la publicité légale des entreprises individuelles, des sociétés et des personnes morales. Longueuil, le 14^e jour du mois de septembre 2007. Lamarre Perron Lambert Vincent Conseillers juridiques de la compagnie L.A.B. (Québec) Inc.

Appel d'offres public

Des soumissions sont demandées et devront être reçues, avant 14 h, à la date indiquée ci-dessous, au Bureau du secrétaire d'arrondissement situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.30, Montréal, pour: Soumission no : 2007-118 Date d'ouverture : Le 4 octobre 2007 à 14 h Description : Lien Vert - Tronçon 8 / Aménagement et éclairage

Chaque soumission doit être accompagnée d'un chèque visé ou d'un cautionnement de soumission représentant une somme de 10 % du montant soumissionné, émis par une compagnie d'assurances autorisée par l'autorité des marchés financiers. Un engagement d'une telle compagnie d'assurances, stipulant un cautionnement d'exécution de 50% du montant annuel de la soumission et un cautionnement des obligations de l'entrepreneur pour gages, biens et services de 50% du montant annuel de la soumission, seront accordés au soumissionnaire s'il devient l'adjudicataire du contrat.

Les personnes intéressées peuvent se procurer les documents relatifs à cet appel d'offres public à compter du 20 septembre 2007, en payant un montant non remboursable de 115,03 \$ (taxes incluses), payable en argent comptant ou par chèque visé à l'ordre de la Ville de Montréal, de 8 h 30 à 16 h 30, au Bureau Accès Montréal, situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.20, Montréal. Si vous désirez obtenir des renseignements, vous pouvez communiquer avec M. Jean Cadieux au (514) 872-7243.

Les soumissions reçues seront ouvertes publiquement au Bureau d'arrondissement, situé au 5600, rue Hochelaga, à la salle Maison neuve, immédiatement après l'expiration du délai fixé pour leur réception, soit le 4 octobre 2007 à 14 h.

LE SECRÉTAIRE D'ARRONDISSEMENT, M^{re} Julie Doyon

PROVINCE DE QUÉBEC DISTRICT DE MONTRÉAL No: 500-04-045895-070 COUR SUPÉRIEURE Chambre de la Famille RUBEN SAINT-LOUIS, résident et domicilié au 4221, rue Ontario Est, Appartement 303, en les cité et district de Montréal. Demandeur ARMONISE SAINT-HILAIRE, d'adresse inconnue. Défenderesse ASSIGNATION (Art. C.p.c.) PAR ORDRE DU TRIBUNAL: Avis est donné à la défenderesse que le demandeur a déposé au greffe de la Cour supérieure, Chambre de la Famille, du district de Montréal, une requête introductive d'instance. Une copie de cette requête et de l'avis au défendeur ont été laissés à l'attention de la défenderesse, au greffe du tribunal, au Palais de Justice de Montréal, situé au 1, rue Notre-Dame Est, à Montréal. Il est ordonné à la défenderesse de comparaître dans un délai de vingt jours de la publication de la présente ordonnance.

Appel d'offres public

Des soumissions sont demandées et devront être reçues, avant 14 h, à la date indiquée ci-dessous, au Bureau du secrétaire d'arrondissement situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.30, Montréal, pour: Soumission no : 2007-118 Date d'ouverture : Le 4 octobre 2007 à 14 h Description : Lien Vert - Tronçon 8 / Aménagement et éclairage

Chaque soumission doit être accompagnée d'un chèque visé ou d'un cautionnement de soumission représentant une somme de 10 % du montant soumissionné, émis par une compagnie d'assurances autorisée par l'autorité des marchés financiers. Un engagement d'une telle compagnie d'assurances, stipulant un cautionnement d'exécution de 50% du montant annuel de la soumission et un cautionnement des obligations de l'entrepreneur pour gages, biens et services de 50% du montant annuel de la soumission, seront accordés au soumissionnaire s'il devient l'adjudicataire du contrat.

Les personnes intéressées peuvent se procurer les documents relatifs à cet appel d'offres public à compter du 20 septembre 2007, en payant un montant non remboursable de 115,03 \$ (taxes incluses), payable en argent comptant ou par chèque visé à l'ordre de la Ville de Montréal, de 8 h 30 à 16 h 30, au Bureau Accès Montréal, situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.20, Montréal. Si vous désirez obtenir des renseignements, vous pouvez communiquer avec M. Jean Cadieux au (514) 872-7243.

Les soumissions reçues seront ouvertes publiquement au Bureau d'arrondissement, situé au 5600, rue Hochelaga, à la salle Maison neuve, immédiatement après l'expiration du délai fixé pour leur réception, soit le 4 octobre 2007 à 14 h.

LE SECRÉTAIRE D'ARRONDISSEMENT, M^{re} Julie Doyon

9033-4970 QUÉBEC INC. AVIS DE DEMANDE DE DISSOLUTION Avis est par les présentes donné que 9033-4970 QUÉBEC INC. demandera au Registraire des entreprises la permission de se dissoudre conformément aux dispositions de la Loi sur les compagnies (Québec). Le siège de la Compagnie est situé à Saint-Bruno, province de Québec. Montréal, le 17 septembre 2007. Les conseillers juridiques de la compagnie, MILLER THOMSON PULLIOT, SENORAL, AVOCATS

Appel d'offres public

Des soumissions sont demandées et devront être reçues, avant 14 h, à la date indiquée ci-dessous, au Bureau du secrétaire d'arrondissement situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.30, Montréal, pour: Soumission no : 2007-118 Date d'ouverture : Le 4 octobre 2007 à 14 h Description : Lien Vert - Tronçon 8 / Aménagement et éclairage

Chaque soumission doit être accompagnée d'un chèque visé ou d'un cautionnement de soumission représentant une somme de 10 % du montant soumissionné, émis par une compagnie d'assurances autorisée par l'autorité des marchés financiers. Un engagement d'une telle compagnie d'assurances, stipulant un cautionnement d'exécution de 50% du montant annuel de la soumission et un cautionnement des obligations de l'entrepreneur pour gages, biens et services de 50% du montant annuel de la soumission, seront accordés au soumissionnaire s'il devient l'adjudicataire du contrat.

Les personnes intéressées peuvent se procurer les documents relatifs à cet appel d'offres public à compter du 20 septembre 2007, en payant un montant non remboursable de 115,03 \$ (taxes incluses), payable en argent comptant ou par chèque visé à l'ordre de la Ville de Montréal, de 8 h 30 à 16 h 30, au Bureau Accès Montréal, situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.20, Montréal. Si vous désirez obtenir des renseignements, vous pouvez communiquer avec M. Jean Cadieux au (514) 872-7243.

Les soumissions reçues seront ouvertes publiquement au Bureau d'arrondissement, situé au 5600, rue Hochelaga, à la salle Maison neuve, immédiatement après l'expiration du délai fixé pour leur réception, soit le 4 octobre 2007 à 14 h.

LE SECRÉTAIRE D'ARRONDISSEMENT, M^{re} Julie Doyon

AVIS DE DEMANDE DE DISSOLUTION Prenez avis que la compagnie G. Albanese & Frère Inc. ayant son siège social au 6055 boul. Robert, à St-Léonard, H1P 1M9, demandera au Registraire des Entreprises la permission de se dissoudre. Saint-Césaire, le 17 septembre 2007. Monsieur Alain Ostigny, Président

Appel d'offres public

Des soumissions sont demandées et devront être reçues, avant 14 h, à la date indiquée ci-dessous, au Bureau du secrétaire d'arrondissement situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.30, Montréal, pour: Soumission no : 2007-118 Date d'ouverture : Le 4 octobre 2007 à 14 h Description : Lien Vert - Tronçon 8 / Aménagement et éclairage

Chaque soumission doit être accompagnée d'un chèque visé ou d'un cautionnement de soumission représentant une somme de 10 % du montant soumissionné, émis par une compagnie d'assurances autorisée par l'autorité des marchés financiers. Un engagement d'une telle compagnie d'assurances, stipulant un cautionnement d'exécution de 50% du montant annuel de la soumission et un cautionnement des obligations de l'entrepreneur pour gages, biens et services de 50% du montant annuel de la soumission, seront accordés au soumissionnaire s'il devient l'adjudicataire du contrat.

Les personnes intéressées peuvent se procurer les documents relatifs à cet appel d'offres public à compter du 20 septembre 2007, en payant un montant non remboursable de 115,03 \$ (taxes incluses), payable en argent comptant ou par chèque visé à l'ordre de la Ville de Montréal, de 8 h 30 à 16 h 30, au Bureau Accès Montréal, situé au 5600, rue Hochelaga, bureau RC.20, Montréal. Si vous désirez obtenir des renseignements, vous pouvez communiquer avec M. Jean Cadieux au (514) 872-7243.

Les soumissions reçues seront ouvertes publiquement au Bureau d'arrondissement, situé au 5600, rue Hochelaga, à la salle Maison neuve, immédiatement après l'expiration du délai fixé pour leur réception, soit le 4 octobre 2007 à 14 h.

LE SECRÉTAIRE D'ARRONDISSEMENT, M^{re} Julie Doyon

AVIS À TOUS NOS ANNONCEURS Veuillez, s'il vous plaît, prendre connaissance de votre annonce et nous signaler immédiatement toute anomalie qui s'y serait glissée. En cas d'erreur de l'éditeur, sa responsabilité se limite au coût de la parution.



Table with weather forecasts for Canada, Québec, and Gatineau. Columns include location, date, and weather conditions.

Météo Média logo and website information: Vos prévisions météo à temps en tout temps sur www.meteomedia.com

Sudoku puzzle by Fabien Savary. Includes the puzzle grid, a solution for the last number, and a promotional message for a Sudoku software application.

SANTÉ

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Les spécialistes doivent « répondre aux besoins généraux de la population »

Un colloque sur l'avenir de la médecine spécialisée et de l'enseignement médical

L'adaptation des spécialités médicales au XXI^e siècle, la transformation des modes de prestation des soins, l'apprentissage en exercice tout au long de la vie et l'amélioration de la formation en résidence: tels seront les grands thèmes qu'aborderont les participants à la Conférence annuelle de 2007 du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui aura lieu du 27 au 29 septembre à Winnipeg.

BRIGITTE SAINT-PIERRE

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) est à la croisée des chemins, comme plusieurs organisations de santé, indique sa présidente, la D^{re} Louise Samson. Le secteur de la santé est confronté à des défis importants: vieillissement de la population — qui exige les meilleurs soins de santé possibles —, ressources humaines et financières limitées, etc., ajoute-t-elle.

«On est en train de faire notre planification stratégique pour les prochaines années. On a des décisions importantes à prendre pour que le Collège royal [soit] en mesure de répondre à ces défis [...]. On a des choix importants à faire pour notre membership, mais aussi pour la santé des citoyens», mentionne la présidente du CRMCC.

Créé en 1929, le Collège royal est une organisation de médecins spécialistes établissant des normes pour l'enseignement médical postdoctoral et le développement professionnel continu de ses membres. Il participe aussi aux discussions concernant la formation, la recherche et les politiques en matière de santé.

Questions et réflexions pour l'avenir

«À la croisée des chemins. L'avenir de la médecine spécialisée et de l'éducation médicale dans le système de santé en mutation»: tel est le thème de la Conférence an-

nuelle de 2007 du CRMCC, qui permettra de discuter et de débattre de ces questions.

Les participants à la Conférence annuelle pourront assister à des communications sur des activités de recherche concernant l'enseignement médical postdoctoral, la formation professionnelle continue et les politiques en matière de santé, ainsi qu'à des sessions portant notamment sur la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé et sur le généralisme en médecine spécialisée.

«C'est sûr qu'il faut qu'on forme des spécialistes extrêmement pointus et compétents dans leur domaine, mais en même temps ils doivent aussi avoir suffisamment de compétences générales pour être capables de répondre aux besoins généraux de la population», en particulier dans les régions éloignées des grands centres urbains, explique la D^{re} Samson.

L'une des pistes d'amélioration de l'enseignement médical postdoctoral serait d'y ajouter de la formation sur les besoins de santé spécifiques des populations autochtones, mentionne-t-elle également.

Durant la Conférence annuelle, il sera aussi notament question de la collaboration avec les différents professionnels de la santé.

«Est-ce que c'est nécessaire, par exemple, que les médecins spécialistes continuent à faire certains actes de spécialité qu'on pourrait peut-être déléguer à d'autres spécialités ou à d'autres professionnels de

la santé? Ce sont des questions qu'on doit se poser pour être capable de faire face aux défis, compte tenu des ressources humaines qui demeurent limitées», dit la présidente.

Place du public et du privé en santé

Une session de la Conférence annuelle doit par ailleurs permettre de décorifier le débat sur la place des secteurs public et privé en santé et de comparer les systèmes de santé au Canada et dans d'autres pays.

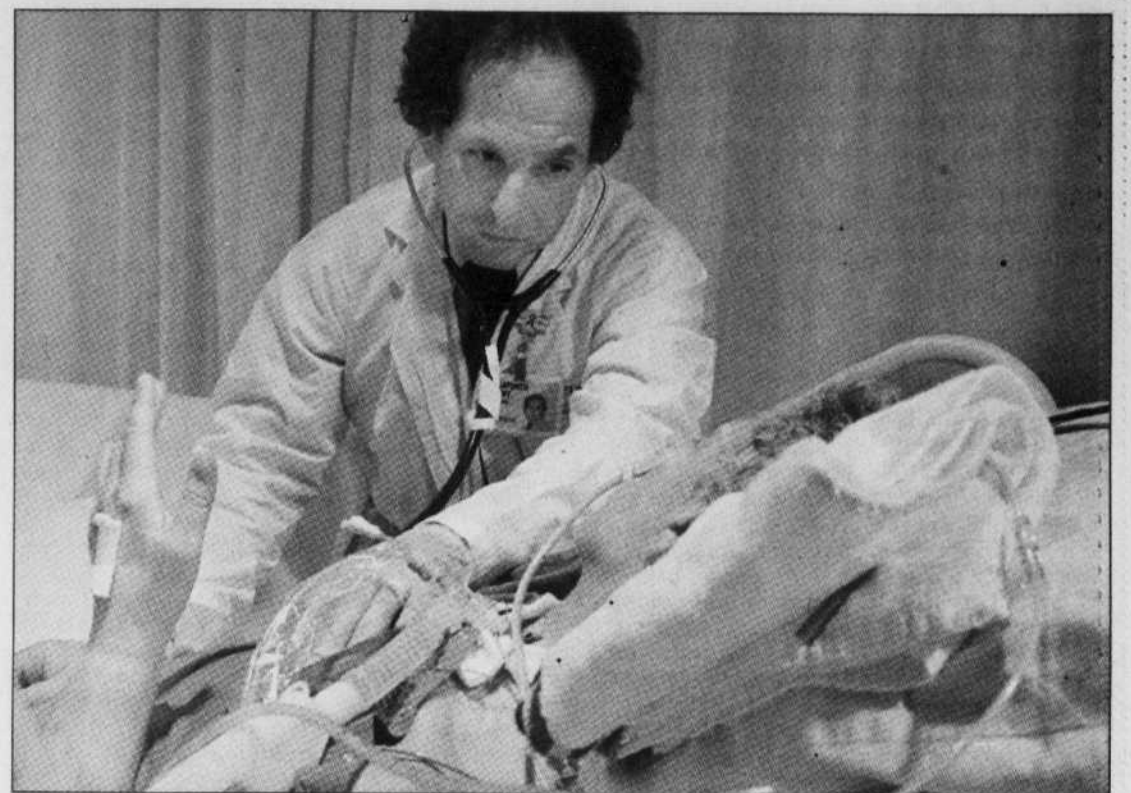
La proposition de l'Association médicale canadienne visant à permettre aux patients de recourir à une assurance médicale privée «lorsque le système financé par le secteur public ne peut fournir un accès aux soins en temps opportun» et à autoriser les médecins à pratiquer à la fois dans les secteurs public et privé a donné lieu à un débat en juillet et en août derniers.

La position du CRMCC à ce sujet n'est pas encore «finalisée», mentionne la D^{re} Louise Samson. «On est en train de discuter de cela.» La présidente a néanmoins indiqué d'emblée que, dans l'éventualité où des résidents en médecine recevaient une partie de leur formation en dehors des centres publics, le CRMCC n'accepterait pas que les normes de formation soient revues à la baisse.

Normes de formation et qualité des soins de santé

Le Collège royal fixe des exigences pour les programmes d'études médicales postdoctorales, agréé les programmes de résidence de spécialité et évalue la conformité aux normes de la formation des résidents.

Il a mis au point dans les années 1990 un cadre de «compétences requises» pour l'exercice de la médecine spécialisée, appelé rôles CanMEDS, intégré à l'agrément, à l'évaluation, aux examens, aux ob-



Les médecins spécialistes membres du Collège royal — qui représentent, selon le CRMCC, environ 80 % de l'ensemble des médecins spécialistes au Canada — sont tenus de suivre un programme visant à maintenir leurs compétences tout au long de leur carrière.

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

jectifs de formation et aux normes de perfectionnement professionnel continu. Ce cadre repose sur les rôles d'expert médical (rôle central), de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel.

Les médecins spécialistes membres du Collège royal — qui représentent, selon le CRMCC, environ 80 % de l'ensemble des médecins spécialistes au Canada — sont tenus de suivre un programme visant à maintenir leurs compétences tout au long de leur carrière.

«Je suis radiologiste à Montréal et

je me fixe les normes que le Collège royal me donne pour mon maintien de compétences. J'enseigne à des résidents et je dois suivre le programme qui est organisé et qui est prescrit par le Collège royal», explique la D^{re} Samson.

En collaboration avec d'autres organisations médicales, dont le Collège des médecins du Québec, le Collège royal visite les facultés de médecine, tous les six ou sept ans environ, et évalue les programmes de résidence de spécialité. Il prend par ailleurs part à des activités portant sur des enjeux comme la sécurité des patients et les effectifs médicaux. L'année

dernière, le CRMCC a donné le coup d'envoi à un exercice de planification stratégique. Ce processus «vise à dynamiser le Collège et à clarifier sa vision jusqu'en 2020», indique-t-il.

Dans un document produit en février, le D^r Andrew Pádmós, directeur général du CRMCC, fait différentes propositions en vue de cet exercice de planification, dont celle consistant à examiner et à «remodeler le rôle et la présence du Collège dans les domaines des politiques de la santé et de la défense des soins de santé».

Collaboratrice du Devoir

Ottawa

Au service des communautés

«Le programme en français existe depuis 11 ans et il est en voie de francisation complète»

La faculté de médecine de l'Université d'Ottawa s'est donné, entre autres missions, l'objectif de former des professionnels de la santé provenant d'un peu partout au Canada et ensuite... de les retourner dans leur milieu d'origine! Pour cela, elle se veut bilingue, pour desservir non seulement les étudiants ontariens mais aussi ceux des minorités francophones du Canada, d'un océan à l'autre. Elle s'est aussi dotée d'un programme d'admission spécifique pour la formation de futurs médecins autochtones, appelés à s'occuper de la santé d'une population qui en a grandement besoin.



SOURCE UNIVERSITÉ D'OTTAWA

L'Université d'Ottawa a créé il y a trois ans un programme à l'intention des candidats en médecine d'ascendance autochtone.

aussi d'autres représentants de minorités francophones du Canada.

Un visage communautaire et rural

Les particularités de la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa? Tout d'abord, son étagement, car la faculté a de nombreux centres de formation situés à l'extérieur d'Ottawa, et même à l'extérieur de l'Ontario en ce qui concerne les stages. Une belle occasion pour les étudiants d'expérimenter divers milieux de travail, estime le doyen.

La faculté a aussi un aspect rural: «Beaucoup d'étudiants proviennent de milieux ruraux, et l'Université d'Ottawa compte le plus grand pourcentage de médecins de famille et de spécialistes qui choisissent de travailler en milieu rural ou dans de petites communautés», constate le doyen. La médecine familiale est par ailleurs le choix de pratique du plus grand nombre de ses étudiants.

Mais ce qui distingue surtout la faculté, c'est son engagement communautaire, note le doyen: «Retourner les médecins dans leur communauté est très important.»

Et c'est ce qui est envisagé pour les étudiants provenant de communautés minoritaires francophones et aussi autochtones.

Le doyen veut aussi que ses 590 étudiants, en plus d'être des médecins compétents, deviennent des bâtisseurs de la société: «Cela veut dire que, dans le cadre de la formation universitaire, on a mis l'accent sur le leadership», explique le D^r Bradwejn. Il souligne que, à ce titre, l'enseignement inclut une formation de base en santé publique et en gestion de la santé et des hôpitaux. Tout cela afin que ces futurs médecins participent à l'élaboration des politiques de santé.

Le parti de la recherche

On retrouve à l'Université d'Ottawa sept instituts de recherche en santé. Ses forces? La neuroscience, la médecine moléculaire, la recherche cardiovasculaire et aussi la recherche sur les cellules souches.

Le D^r Bradwejn souligne que la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa se classe au quatrième ou cinquième rang en ce qui a trait à l'intensité de la recherche, selon les différentes études sur la question. La faculté abrite en outre deux centres d'excellence, soit le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et le Réseau des cellules souches.

Programme autochtone

L'Université d'Ottawa a créé il y a trois ans un programme à l'intention des candidats en médecine d'ascendance autochtone. Les premiers étudiants autochtones ont été admis en septembre 2005. Huit places leur sont réservées. Le programme a pour objectif de diplômer plus de cent nouveaux médecins autochtones d'ici à 2020. «Le programme vise aussi à éduquer les étudiants non autochtones et le corps professoral sur la culture et les problèmes de santé qui affectent les autochtones», indique le doyen.

La faculté d'Ottawa n'est pas la seule à offrir un tel programme, mais celui-ci importe particulièrement aux yeux du doyen: «Cette population est celle qui a le pire accès aux soins de santé, il n'y a même pas de débat sur cette

question. Les autochtones ont beaucoup de problèmes de santé. Le but du programme est d'apporter une certaine équité à cette population qui est mal servie.» Un autre bénéfice du programme? Ces médecins, une fois formés, retournent dans leur communauté et deviennent un modèle pour les jeunes.

Services et stages en français

L'enseignement de la médecine en français a été instauré à la faculté pour permettre aux étudiants des minorités francophones de recevoir un enseignement dans leur langue, mais aussi pour assurer à la population francophone de la région des soins de santé en français, explique le D^r Denis Chauret, membre du Bureau des affaires francophones de la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa et directeur du bureau de formation médicale de l'hôpital Montfort.

Tout cela n'est bien sûr pas étranger au combat qui a été mené afin de sauver l'hôpital Montfort de sa fermeture annoncée. Sauvé en extremis, l'hôpital reçoit aujourd'hui une vingtaine d'étudiants francophones de l'Université d'Ottawa qui y font leur résidence. Il est d'ailleurs leur principal lieu de stage.

Selon le D^r Chauret, le bilinguisme à la faculté de médecine n'est pas qu'un bilinguisme d'apparat: «Le programme en français existe depuis 11 ans et il est en voie de francisation complète, constate-t-il. Cependant, il y a toujours moins de professeurs francophones qu'anglophones. Sept fois moins, en fait.» Et alors qu'il est possible de faire la formation de premier cycle complètement en français, ce n'est pas le cas du deuxième cycle: certaines spécialités ne peuvent être effectuées complètement dans cette langue. Le Bureau des affaires francophones de la faculté sert en quelque sorte de chien de garde à la francophonie. Tout en travaillant en faveur de cet objectif de francisation complète, le D^r Chauret constate ceci: «Le défi de l'enseignement en français a été relevé et celui-ci est non seulement de même qualité que celui dispensé en anglais, mais il est perçu comme tel.»

Collaboratrice du Devoir

La santé n'est pas une marchandise, c'est un droit.



FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

fiq

SANTÉ

Sherbrooke

Au cas par cas

« L'innovation est depuis toujours notre marque de commerce! »

La faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke accueille cette année un nombre record de nouveaux étudiants, 577, dont 194 futurs médecins. Elle inaugure en outre deux nouvelles formations: l'ergothérapie et la physiothérapie. « Je dirais que ce qui caractérise notre faculté, c'est l'innovation, souligne fièrement son doyen, Réjean Hébert. Notre faculté essaie sans cesse d'innover, de sortir des sentiers battus, tant en pédagogie et en recherche que dans de nouveaux champs professionnels. »

CLAUDE LAFLEUR

Il y a deux ans, l'établissement sherbrookoïse a été renommé « faculté de médecine et des sciences de santé », puisqu'elle forme bien plus que des médecins. En effet, outre les 194 candidats en médecine, la faculté accueille cet automne 213 étudiants en sciences infirmières, 35 en biochimie, 79 en pharmacologie ainsi que des étudiants en toxicomanie. « L'innovation, c'est depuis toujours notre marque de commerce! », lance avec satisfaction le doyen. « Cette année, nous innovons entre autres grâce à deux nouveaux programmes d'enseignement en réadaptation, révèle Réjean Hébert. Avec une cohorte de 56 étudiants, nous inaugurons un programme de physiothérapie et un autre d'ergothérapie. C'est l'élargissement des enseignements de la faculté. »

Former les médecins au travail qu'ils doivent faire

Il y a vingt ans, la faculté de médecine a inauguré une façon de former les médecins: l'apprentissage par problèmes. « Ce fut un changement radical, rapporte le D^r Hébert, puisque, du jour au lendemain, on a démolé les grands amphithéâtres pour les rempla-

cer par des salles de cours où nous formons les étudiants par petits groupes. Pour célébrer ces vingt ans, nous organisons d'ailleurs un colloque international sur le sujet afin de continuer de développer cette méthode pédagogique. On a été la première faculté au Québec à adopter cette méthode et nous sommes ceux qui l'utilisons le plus largement. »

Ainsi, dès leur première année de formation, les étudiants consacrent 80 % de leur temps à affronter, en petit groupe, un cas soumis par leur professeur-tuteur. Ils doivent d'abord analyser le problème et déterminer les connaissances qui leur manquent, afin de les acquérir. Ils font ensuite la synthèse en groupe de leur apprentissage, puis essaient de résoudre le problème posé. Les 20 % de la formation restante consistent en des cours magistraux et en démonstrations en laboratoire.

« L'apprentissage par problèmes ressemble beaucoup à la pratique quotidienne d'un médecin, relate le D^r Hébert. En effet, lorsqu'un patient se présente à nous, il nous soumet un problème. Nous devons le décortiquer puis émettre des hypothèses. Parfois, il nous faut parfaire nos connaissances pour arriver à déterminer le meilleur traitement... Ainsi, notre façon d'enseigner reproduit le travail clinique d'un médecin. »

Cette pédagogie donne d'ailleurs de bons résultats, puisque le doyen rapporte que les diplômés de sa faculté se classent parmi les premiers à l'examen national du Conseil médical du Canada. « On nous dit aussi que nos étudiants, lorsqu'ils réalisent leurs stages en hôpital, ont une plus grande facilité à analyser les problèmes qu'on leur présente, dit-il. On a donc des étudiants qui sont performants et qui, je pense, deviennent de très bons médecins. »

Au service des communautés

La faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke se délocalise par ailleurs de plus en plus. Ainsi, depuis l'an dernier, elle forme 24 de ses étudiants au Saguenay-Lac-Saint-Jean et 24 autres à Moncton, au Nouveau-Brunswick. « Or, parce que les étudiants ne peuvent se déplacer facilement [à cause des distances], nous sommes obligés de délocaliser



SOURCE UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le D^r Réjean Hébert, doyen de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

complètement notre programme et de développer un cursus complet dans chacun de ces endroits, relate le D^r Hébert. Nous sommes la seule faculté ainsi délocalisée dans une autre province, ce qui n'est pas une mince affaire puisque la santé et l'éducation sont des compétences provinciales... ce qui pose quelques problèmes administratifs! »

En outre, la faculté innove encore en offrant des séminaires de médecine destinés au grand public.

« Nous vivons à une époque où nous sommes inondés de connaissances, souligne Réjean Hébert, et il est souvent difficile de faire le tri entre ce qui est scientifiquement valable et ce qui ne l'est pas. Baptisé *Cursus Santé*, notre programme vise à combler cette lacune. »

La faculté offrira deux programmes par année: le premier, qui débute en octobre, portera sur le cancer, alors qu'après les Fêtes on abordera les maladies cardiovasculaires. Dans chaque cas, il s'agit de six conférences d'une heure et demie environ données en soirée par un professeur de la faculté, choisi non seulement pour son expertise mais tout autant pour ses talents de vulgarisateur et de communicateur. Le public visé, indique le doyen Hébert, comprend notamment les retraités qui ont ce genre de problèmes de santé, qui en ont dans leur famille ou encore qui veulent tout simplement en connaître bien davantage sur ces maladies. Il n'y a pas de prérequis ni d'examen, la faculté remettant toutefois une attestation aux participants.

Prochaine innovation: l'enseignement interdisciplinaire

Pour l'instant, l'enseignement des diverses disciplines — médecine, soins infirmiers, biochimie, pharmacologie, etc. — se fait de façon séparée. Toutefois, la direction de la faculté s'est donné pour mandat, au cours des prochaines années, de créer de l'interdisciplinarité en aménageant des passerelles entre les différentes disciplines.

« Nous sommes un milieu extrêmement intéressant pour le faire, relate Réjean Hébert, puisque toutes ces disciplines sont situées sous le même toit. Nous cherchons donc à voir comment on pourrait former nos étudiants au travail interdisciplinaire puisque, dans leur pratique, ce sera pour eux la voie de l'avenir, étant donné la complexité sans cesse croissante des problèmes de santé qu'ils auront à résoudre. On essaie donc de voir quelles sont les meilleures stratégies pour innover dans ce domaine, stratégies d'interdisciplinarité que nous voulons implanter d'ici deux ans. »

Collaborateur du Devoir

AQESSS

Recours électronique

« Un colloque qui colle à la réalité du réseau de la santé »

Le colloque-santé 2007, présenté par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), mettra cette année l'accent sur la sécurité, la facilité d'utilisation et l'efficacité de l'informatique dans les établissements de santé et de services sociaux. L'industrie des nouvelles technologies se donne donc rendez-vous au Palais des congrès de Montréal, les 11 et 12 octobre.

THIERRY HAROUN

La « santé électronique » est le thème qui coiffe cet événement annuel organisé par l'AQESSS et qui en sera cette année à sa 18^e mouture. Ce thème sera étudié sous trois angles. Premièrement, la sécurité. « Lorsqu'il est question d'un réseau de santé sur le plan de l'électronique, il est primordial de garantir la protection des renseignements personnels. Il faut s'en préoccuper car, quand un problème survient, ça inquiète les gens », observe Lise Denis, directrice générale de l'AQESSS.

Cela dit, selon elle, le dossier-patient sous sa forme électronique est « beaucoup plus sécuritaire que le dossier-patient sous sa forme papier qui, lui, nécessite le transport de documents ou encore qui engendre l'accumulation de feuilles ».

Deuxièmement, la facilité d'utilisation des nouvelles technologies de l'information sera également abordée au cours de ce colloque-exposition, autour duquel graviteront près de 700 personnes, des organismes gouvernementaux et des dizaines d'entreprises, dont Bell Canada, Dell Canada, IBM Canada, Microsoft Canada, Philips et Toshiba.

« Quand on parle de la facilité d'utilisation des technologies de l'information, ça signifie, en fait, de donner le goût aux professionnels de la santé de les utiliser parce que, au fond, il faut qu'ils y trouvent leur compte. Et que ces technologies leur fassent gagner du temps. Et, dans ce sens, il y a aura au cours de ce colloque plusieurs témoignages de professionnels qui visent à convaincre leurs col-

lègues » de ne pas craindre la nouveauté, soutient Mme Denis.

Enfin, l'autre angle qui sera abordé au colloque, qui sera animé par le journaliste Stéphane Bureau, est le suivant: l'efficacité d'un réseau électronique passe par des résultats cliniques améliorés. « Il s'agit d'obtenir de l'information fiable et intégrée en temps réel. » Chose certaine, rappelle Mme Denis, ce sera « un colloque qui colle à la réalité du réseau de la santé ». Et aux réalités régionales, ajoute-t-elle. « Il faut en effet que nos systèmes d'information électroniques prennent la couleur du réseau régional de la santé pour ainsi répondre adéquatement à leurs besoins respectifs. »

Aussi, plusieurs grands rendez-vous sont prévus au programme. Notons le débat des décideurs intitulé « Sécuriser les applications et les utilisateurs, faciliter le travail et améliorer les résultats: sommes-nous prêts? », ainsi que la conférence en plénière intitulée « Digital Hospital », une nouvelle forme d'hôpital. Dans ce cas, les conférenciers présenteront l'expérience de l'hôpital Saint-Olav, situé en Norvège, un établissement entièrement « numérisé ». Les experts s'attarderont sur les bénéfices de ce type d'organisation des soins pour les cliniciens, les praticiens, le personnel et les patients.

Une dizaine d'ateliers permettront également aux participants de mettre leurs connaissances à jour.

L'AQESSS? Qu'est-ce?

Au printemps 2005, l'AQESSS est née de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et

de l'Association des CLSC et des CHSLD. La nouvelle organisation est ainsi devenue le porteur de quelque 140 établissements membres, dont 99 centres de santé et de services sociaux et 16 centres hospitaliers à vocation universitaire. A ces établissements s'ajoutent des membres d'affaires et des membres associés.

Les centres jeunesse et les services régionaux spécialisés, tels les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, les centres de réadaptation en déficience physique et les centres de désintoxication, ne sont pas représentés par l'AQESSS, précise Mme Denis.

Les membres de l'AQESSS gèrent plus de 85 % du budget global des établissements du réseau de la santé. Cette association a notamment pour mission de contribuer au développement des réseaux intégrés de santé et de services sociaux, dans une perspective de responsabilité populationnelle, et de gérer les programmes d'assurance de domaines des établissements qu'elle représente.

Le réseau de la santé au Québec

Que pense Lise Denis de notre réseau de santé? « Il se porte relativement bien par rapport au reste du Canada. Il faut reconnaître aussi que [le gouvernement du Québec] a fait des efforts importants au cours des dernières années sur le plan des investissements financiers, même s'il reste encore des efforts à faire en ce sens. »

Par contre, ajoute-t-elle, il faut porter une attention particulière au vieillissement du personnel du réseau de la santé.

« C'est un grand défi qui se pose à nous. Il s'agit de penser à la pénurie de la main-d'œuvre qui en découlera. S'ajoutent à cela les difficultés de recrutement de professionnels dans des métiers qui sont très nobles, mais qui ne sont pas reconnus à leur juste mesure. »

Collaborateur du Devoir

Nos 26 000 techniciennes et professionnelles démontrent au quotidien que

le public fait mieux et coûte moins cher

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

Tél.: 450.670.2411 1.866.521.2411
www.aptsq.com

SANTÉ NOUVELLES PRATIQUES

CE CAHIER SPÉCIAL

EST PUBLIÉ PAR LE DEVOIR

Responsable: NORMAND THÉRIAULT

ntheriault@ledevoir.ca

2050, rue de Bleury, 9^e étage, Montréal (Québec) H3A 3M9.

Tél.: (514) 985-3333 redaction@ledevoir.com

FAIS CE QUE DOIS