



AQESSS: non aux coupes budgétaires supplémentaires!

Page 2



Une voie prometteuse pour traiter la maladie de Parkinson

Page 3



APTS: il y a une limite à l'« optimisation des ressources »

Page 4

CAHIER THÉMATIQUE H › LE DEVOIR, LES SAMEDI 23 ET DIMANCHE 24 NOVEMBRE 2013

Les projets d'optimisation: souvent des causes de mauvais financement

La qualité des services et les conditions de travail écopent, selon la FSSS-CSN

Sous la gouverne aux sensibilités néolibérales du Parti libéral de Jean Charest, de 2003 à 2012, nos établissements de santé ont été contraints de composer avec d'importantes coupes budgétaires. À partir des orientations de Québec, des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) ont choisi de faire affaire avec des firmes privées offrant des projets d'optimisation, dans le but d'améliorer leur productivité. Or certains observateurs constatent que ces projets nuisent à la qualité des services, sans même être économiques.

--- BENOIT ROSE

Selon le sociologue Gilles Gagné, professeur à l'Université Laval, il existe actuellement une importante fuite de fonds publics « qui repose sur la croyance que le secteur public souffre d'un manque global d'efficacité et de productivité par rapport au secteur privé ». C'est dans cet esprit que les projets d'optimisation des soins de santé sont censés venir à la rescousse du secteur public en proposant des méthodes d'évaluation qui sont généralement appliquées dans le secteur privé et qui reposent sur des critères financiers et quantitatifs. Philippe Hurteau, chercheur à l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), parle pour sa part d'une « nouvelle gestion publique » amenée par le néolibéralisme. Selon lui, « derrière les critiques à l'endroit de l'inefficacité présumée des instances étatiques se cache en fait la volonté de brouiller toute forme de distinction entre ce qui relève du secteur public et du secteur privé. Toute organisation, qu'il s'agisse d'un hôpital ou d'une usine, [devrait] s'organiser suivant le même modèle, le même principe, le même calcul de type coûts-bénéfices, tout en [...] se soumettant à des objectifs quantifiables devant être atteints. »

Or un CSSS n'est pas tout à fait une usine, et les projets d'optimisation s'avèrent souvent à la fois coûteux et inappropriés. « Une infirmière, par exemple, doit maintenant d'abord traiter un nombre prédéterminé de clients, et non pas nécessairement fournir les soins adéquats aux patients sous sa responsabilité », ajoute le chercheur dans une capsule vidéo de l'IRIS. Des

propos auxquels acquiesce l'infirmière Nadine Lambert, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires à la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN): « On regarde davantage de patients, mais le travail est réduit à sa plus simple expression. »

Détérioration des services

Responsable de l'organisation du travail à la FSSS-CSN, M^{me} Lambert constate que l'optimisation, telle que considérée par des entreprises comme Proaction, Bell Nordic et Grant Thornton, contribue en effet à détériorer la qualité des soins. Selon elle, les indicateurs utilisés pour évaluer le rendement en des termes quantitatifs ne tiennent pas compte, par exemple, d'un éventuel retour à l'urgence d'un patient mal en point dont les soins auraient été insuffisants. « Pour nous, ce sont de faux indicateurs et une fausse réussite lorsqu'on nous dit qu'on performe avec nos projets d'optimisation », affirme-t-elle.

À la FSSS-CSN, des infirmières, des préposés aux bénéficiaires, des assistantes en soins de santé et des travailleurs des services sociaux ont fait résonner les premières sonnettes d'alarme, pour déplorer l'impact des nouvelles façons de faire sur les patients. « En CHSLD, par exemple, maintenant, au lieu d'avoir un service de repas au cours duquel on va faire manger une ou deux personnes, on met les gens âgés en ligne, un peu comme à la garderie, et la personne chargée de l'aide à l'alimentation va leur donner la cuillerée à tour de rôle. C'est mignon avec les enfants d'un an, mais pas à 80



CLÉMENT ALLARD LA PRESSE CANADIENNE
Françoise David a déposé à l'Assemblée nationale une pétition demandant un moratoire sur les projets d'optimisation.

ans. Ils n'ont pas à être traités de cette façon. C'est de l'alimentation à la chaîne. »

De nombreux exemples de situations inappropriées ont été signalés au syndicat, et évidemment ce sont aussi les conditions et le climat de travail qui se dégradent dans tout ça. « On met le personnel en concurrence et ça dégénère en conflits », affirme M^{me} Lambert. Et cela a un coût: les employés tombent malades parce qu'ils n'en peuvent plus. Les professionnels ont un code de déontologie, mais on leur impose des pressions et ils sont obligés de trouver toutes sortes de solutions de rechange pour être en mesure de répondre à leurs obligations professionnelles, qui, pour les firmes privées, semblent être de moindre importance. Et la hausse des absences pour cause de maladie et d'accident de travail ne se retrouve pas dans leurs indicateurs. »

Mauvais financement

Le printemps dernier, Françoise David, députée de Québec solidaire, a déposé à l'Assemblée nationale une pétition demandant un moratoire sur ces projets d'optimisation. « Le gouvernement ne peut laisser la situation se détériorer davantage », plaiderait-elle dans un communiqué émis le 4 juin



SOURCE HÔPITAL HÔTEL-DIEU

Les projets d'optimisation du réseau de la santé s'avèrent souvent à la fois coûteux et inappropriés. « Une infirmière, par exemple, doit maintenant d'abord traiter un nombre prédéterminé de clients, et non pas nécessairement fournir les soins adéquats aux patients sous sa responsabilité », explique le chercheur Philippe Hurteau.

2013, ajoutant que « c'est faire preuve d'une bien douteuse compréhension des soins de santé que d'obliger le personnel à restreindre le temps consacré aux services à la population, en misant avant tout sur une performance purement quantitative ». On pense au strict minutage des soins à domicile et au temps pris désormais par les intervenants pour remplir la documentation visant à évaluer leurs performances.

Lancée par l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), cette pétition, comptant près de 2500 signatures, demandait également au gouvernement de ré-

viser une enquête sur le processus d'attribution des contrats accordés à Proaction, qui a obtenu des contrats d'une valeur de 15 millions de dollars de la part du réseau public des soins de santé, souvent sans appel d'offres. « À même le financement public, ajoute M^{me} Lambert, Proaction s'est fabriqué un programme informatique, un outil plein de lacunes, qu'elle essaie maintenant de transposer d'un CSSS à l'autre et qu'elle va bien finir par vendre. C'est aberrant. »

Selon l'IRIS, « la nouvelle gestion publique, loin de diminuer la place de la bureaucratie dans notre vie, tend plutôt à l'augmenter. Au final, les services pu-

blics soumis à cette gestion, en plus de se détourner de leur mission fondamentale, en viennent collectivement à nous coûter plus cher. » Bref, du mauvais financement découlant de certaines orientations politiques et économiques remises en question. « Nous, on demande que le financement des établissements de santé soit revu, de dire M^{me} Lambert. Et il faut regarder, avec les travailleurs concernés, de quelle façon on peut améliorer les choses, et non leur imposer des façons de faire qui vont les démolir et qui ne serviront pas aux clients. »

Collaborateur
Le Devoir

La santé au Québec C'est public.



Fédération
des travailleurs
et travailleuses
du Québec

FTQ

SANTÉ

AQESSS

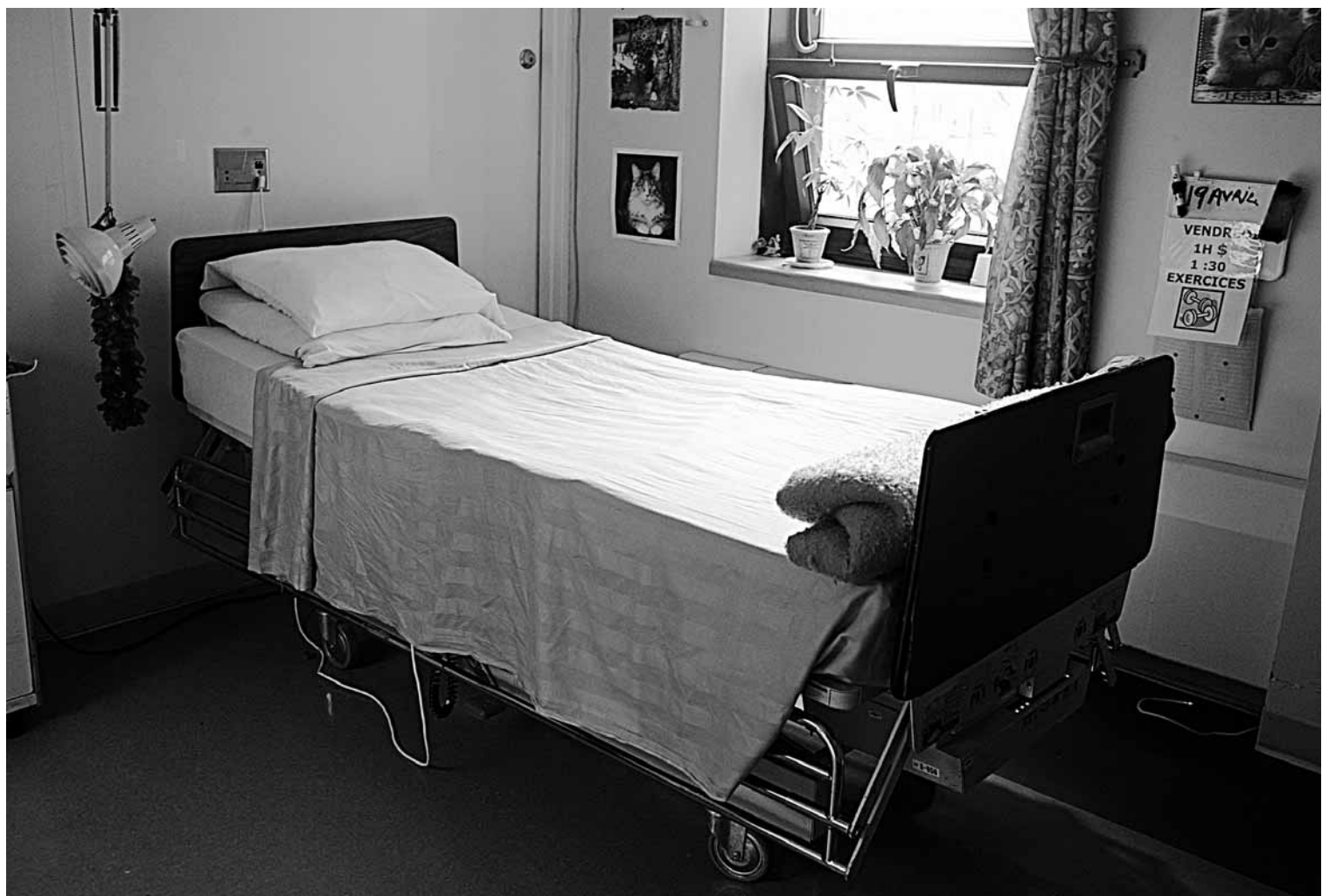
Non à toute autre coupe budgétaire supplémentaire!

Le projet d'assurance autonomie du gouvernement du Québec, la Charte des valeurs et le financement du réseau de la santé et des services sociaux sont au cœur des préoccupations de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Entretien avec sa directrice générale, Diane Lavallée.

THIERRY HAROUN

D'entrée de jeu, Diane Lavallée a tenu à parler du financement du réseau de la santé et surtout des compressions atteignant des centaines de millions de dollars que les établissements de santé ont dû subir depuis deux ans. Son discours est sans détour. «L'argent, c'est le nerf de la guerre. Il faut rappeler que les établissements ont fait des efforts [de compression] de 730 millions de dollars depuis 2011. Ces efforts ont été faits en préservant à la population un accès aux services de qualité. Mais je vous dirais que les limites ont été atteintes», rappelle M^{me} Lavallée.

Selon elle, une réflexion «collective» s'impose au sujet du financement du réseau, à la lumière de la croissance de ses coûts, qui ne serait pas étrangère, dit-elle, à l'augmentation des coûts des médicaments et de la rémunération des médecins. «Nous aurons des choix à faire quant au panier de services à offrir à la population. Qu'est-ce qu'on est en mesure de se payer? Écoutez, 50% du budget de l'État québécois est consacré au réseau de la santé et des services sociaux. Ce taux a, à mon avis, atteint ses limites. On doit donc se questionner sur la façon dont ces milliards de dollars sont investis et savoir si ces sommes atteignent les objectifs visés au départ», note-t-elle.



Une place dans un CHSLD coûte en moyenne 90 000 \$ par année par personne, rappelle Diane Lavallée, directrice générale de l'AQESSS.

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Elle ajoute: «Le réseau est sous tension, les gestionnaires ont fait des efforts importants sur le plan de l'optimisation.»

Il faut donc mettre fin aux compressions? «Oui, tout à fait. Nos gens disent qu'ils ne peuvent

plus penser à optimiser sans remettre en question des choix cruciaux à faire pour les services offerts. Les établissements ne veulent pas être les seuls à devoir être dans cette situation», fait valoir M^{me} Lavallée.

vices de soins à domicile, et c'est donc la voie à privilégier pour répondre aux besoins de la population qui est vieillissante. Il ne faut pas oublier qu'une place dans un CHSLD coûte en moyenne 90 000 \$ par année par personne, alors qu'une personne qui est soignée dans son milieu de vie coûte entre 20 000 \$ et 30 000 \$. Dans ce contexte, on pourrait donc permettre à trois fois plus de gens d'obtenir des services qui répondent à leurs besoins.»

Reste que, sur le plan financier, toujours à propos de l'assurance autonomie, dont les modalités restent à être définies par Québec, M^{me} Lavallée souhaite que les personnes à faible revenu et les plus démunies «n'aient pas à déboursier de l'argent. On est toutefois d'accord pour qu'il y ait une contribution financière des usagers en fonction de leur capacité de payer.»

Charte des valeurs

Maintenant, la Charte des valeurs québécoises interpelle également les membres de l'AQESSS, qui a d'ailleurs conduit un sondage électronique du 19 au 23 septembre dernier, auquel 74 des 125 établissements de santé ont participé. Ainsi, la très grande majorité (98,3%) des présidents et des directeurs généraux qui ont répondu au coup de sonde indiquent que leur établissement n'a pas fait face à des «problèmes significatifs» concernant des demandes d'accommodements religieux, tant de la part du personnel que des usagers. Et

100% des répondants ont indiqué ne pas faire face à des problèmes significatifs concernant le port de signes religieux.

Par ailleurs, 48% des directeurs des ressources humaines sondés ont affirmé avoir, parmi leur personnel (y compris les médecins, dentistes et pharmaciens), des personnes qui portent des signes religieux qualifiés d'ostentatoires, au sens du projet de Charte des valeurs québécoises. Et, parmi ces 48%, seulement 3% ont affirmé que le port de tels signes crée «des difficultés sur le plan des rapports avec la clientèle». Et, de ces 3%, aucune plainte formelle sur cet aspect n'a été traitée par les établissements concernés au cours des deux dernières années.

Des chiffres qui font dire à Diane Lavallée que le statu quo s'impose dans les établissements de santé. «Écoutez, il n'y a eu aucune plainte de la clientèle. Et aucune plainte des employés. Il n'y a pas eu non plus de congés qui ont été donnés sur le plan des accommodements liés à la pratique religieuse. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'il n'y a pas de problème à l'heure actuelle, alors, pourquoi créer un problème là où il n'y en a pas? Les membres de notre personnel dispensent des soins de santé de qualité, indépendamment de leur croyance et de leur pratique religieuses», ajoute M^{me} Lavallée, qui précise que l'AQESSS entend participer à la commission parlementaire qui va se pencher sur toute cette question dans les prochains mois.

Collaborateur
Le Devoir

Faisons connaissance

Nous sommes vos PÉRISOIGNANTS

On accueille, assiste, sourit, dose, analyse, nourrit... On cuisine, répare, entretient, nettoie, prépare, soutient... On renforce, rééduque, archive, transporte, radiographie, stérilise... On travaille pour les Québécois de mille et une façons à la grandeur du réseau public de la santé et des services sociaux.

Venez nous voir à perisoignants.com



PÉRISOIGNANTS

Du métier et du cœur

CPAS
Conseil paritaire
des affaires sociales

SCFP
Syndicat canadien de
la fonction publique

Assurance autonomie

Deuxième enjeu: l'assurance autonomie. Sur ce plan, la position de l'AQESSS, dont le mémoire a été déposé le mois dernier dans le cadre de la commission parlementaire, s'articule autour de trois objectifs principaux: répondre aux besoins de la population, assurer l'équité ainsi que le financement pérenne de «cette réforme cruciale», lit-on dans la documentation. Par exemple, l'AQESSS juge que l'apport des proches aidants pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie est indéniable. À ce titre, l'organisme propose qu'on leur accorde un statut de «véritables partenaires» et qu'ils puissent bénéficier de répit, de congés et d'un soutien psychologique. «Ils devront aussi pouvoir compter sur les ressources du réseau et de ses partenaires pour maintenir leur capacité à soutenir l'autonomie d'un proche.»

Toujours selon la documentation, l'AQESSS «propose d'intégrer la notion de neutralité financière dans les principes de base de l'assurance autonomie, permettant ainsi à l'usager de ne pas être désavantagé financièrement en choisissant de demeurer à domicile. Il faudra également s'assurer que tous les services couverts par l'assurance autonomie soient offerts sur la totalité du territoire québécois, aux mêmes conditions, à l'ensemble des clientèles visées par le projet à l'étude.»

En entrevue, Diane Lavallée salue cette initiative de Québec et rappelle «que, depuis plusieurs années, l'AQESSS réclame qu'on accentue les ser-

«Nos gens disent qu'ils ne peuvent plus penser à optimiser sans remettre en question des choix cruciaux à faire pour les services offerts. Les établissements ne veulent pas être les seuls à devoir être dans cette situation.»

www.fsss.qc.ca

de 125 000 personnes
à la défense
des services publics

fsss CSN

SANTÉ

ASSURANCE AUTONOMIE

Toute privatisation ne se fait pas sans danger

« Les soins de longue durée coûtent annuellement 2,9 milliards de dollars »

Dans sa forme actuelle, le projet du gouvernement du Québec consistant à créer une caisse autonomie qui servirait à bonifier les soins à domicile et les soins de longue durée aux personnes âgées soulève de nombreuses questions, selon la FTQ. Ces questions se retrouvent dans le mémoire présenté par la FTQ en commission parlementaire.

PIERRE VALLÉE

Au premier chef, la centrale syndicale craint que le projet actuel ne mène à une privatisation accrue des soins de santé au Québec. « La privatisation des soins de santé est déjà une réalité », souligne Marco Lufty, du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), affilié à la FTQ. Présentement, le système de santé public est incapable de répondre à toutes les demandes en soins à domicile. De plus, il devient difficile de trouver une place en CHSLD puisqu'on a supprimé des lits. Les personnes qui ont besoin de ces services doivent soit attendre, ce qui pèse lourd sur les aidants naturels, soit acheter ces services dans le secteur privé, si évidemment elles en

ont les moyens. Le projet actuel, qui veut arrêter la construction de nouveaux CHSLD, transférer de plus en plus certaines responsabilités aux résidences privées et confier l'aide domestique aux entreprises d'économie sociale, ne fait qu'accroître cette tendance.

Organisation du système de santé

La FTQ croit que le temps est venu de regarder de près l'organisation des soins de santé auprès des personnes âgées et que le projet d'assurance autonomie devrait être l'occasion de le faire. « Présentement, on oppose les CHSLD aux soins à domicile, on démontre les premiers et on encense les deuxièmes », souligne Marco Lufty. Mais ça ne tient pas la

route, car nous avons besoin des deux. Si les CHSLD n'offrent plus un cadre de vie satisfaisant, c'est que l'État a éliminé les unités spécialisées qui s'occupaient des cas plus lourds, comme ceux liés à la maladie d'Alzheimer, ce qui rendait le cadre de vie plus agréable pour les autres résidents.

La FTQ avance aussi, dans son mémoire, que les soins de santé aux personnes âgées devraient être davantage gradués, allant des soins à domicile, qui comprennent l'aide domestique, l'aide à la vie quotidienne et certains soins infirmiers, à des mesures intermédiaires, qu'on ne trouve pas présentement au Québec sauf dans le secteur privé, et à l'hébergement en résidence dans le secteur public. Cette façon de procéder aurait l'avantage d'assurer un continuum dans les soins de santé offerts aux personnes âgées.

Main-d'œuvre

Une autre question soulevée par le mémoire de la FTQ est celle de la qualité de la main-

d'œuvre. Présentement, tous les préposés aux bénéficiaires qui travaillent auprès de personnes âgées dans le réseau public, que ce soit en soins à domicile ou en CHSLD, doivent détenir un diplôme d'études professionnelles (DEP). « Mais ce diplôme n'est pas exigé dans le secteur privé ni dans celui de l'économie sociale. Nous croyons que le gouvernement devrait légiférer afin d'exiger que tous les préposés aux bénéficiaires, peu importe leur employeur, aient ce diplôme. Autrement, comment s'assurer que les soins seront partout de la même qualité? »

L'idée de confier de plus en plus de responsabilités aux entreprises d'économie sociale inquiète aussi la FTQ. « Le projet limite la présence des entreprises d'économie sociale à l'aide à la vie domestique, mais, de l'avis même de ces entreprises, de plus en plus de leurs employés sont appelés à poser des gestes d'aide à la vie quotidienne. Peut-on demander à une personne dont la responsabilité est de faire le ménage d'ai-

der un bénéficiaire à s'habiller ou à se déplacer? Sans formation appropriée, c'est dangereux à la fois pour le bénéficiaire et le préposé. »

De plus, la FTQ milite pour que les conditions de travail des employés des entreprises d'économie sociale soient sérieusement relevées. « Présentement, c'est à pleurer. Les employés des entreprises d'économie sociale gagnent quelques dizaines de sous de plus que le salaire minimum. Le taux de rétention des employés est donc très bas et, par conséquent, le taux de roulement est très élevé, ce qui nuit grandement à la qualité du service. Il faut plutôt rehausser les conditions de travail. »

Financement

Comment entend-on financer cette assurance autonomie? « S'il y a une chose qui est claire au sujet du financement, c'est que rien n'est clair, avance Marco Lufty. Le gouvernement promet d'investir, d'ici trois ans, 500 millions de dollars en argent neuf dans les soins à domicile et de longue durée. Il en-

tend aussi se servir des 750 millions de dollars qu'il économisera en mettant fin à la construction de CHSLD. Mais c'est nettement insuffisant. Présentement, les soins de longue durée coûtent annuellement 2,9 milliards de dollars et ce coût est appelé à grimper dans les années qui viennent. »

Où trouvera-t-on le manque à gagner? Via une contribution ou une taxe spéciale, comme certains l'envisagent? « Nous croyons que la meilleure façon de financer cette assurance autonomie est par l'impôt des particuliers. C'est de cette façon que le Québec a toujours financé ses grands programmes sociaux et l'assurance autonomie ne doit pas s'éloigner de cette façon de faire. Les Québécois veulent un système de santé public et ils sont prêts à y contribuer. D'ailleurs, le ministre Hébert nous a récemment donné raison en nous indiquant qu'il se rapprochait de notre position à ce sujet. »

Collaborateur
Le Devoir

RECHERCHE

Une nouvelle voie s'avère prometteuse pour traiter la maladie de Parkinson

Des neurones contenant de la dopamine peuvent agir directement sur les centres de contrôle de la locomotion

Une équipe de chercheurs de l'Université du Québec à Montréal a repéré une seconde voie par laquelle la dopamine active notre système de locomotion. Or les personnes atteintes de la maladie de Parkinson souffrent d'une diminution progressive de la dopamine, ce qui fait qu'elles ont de plus en plus de difficulté à se mouvoir. Il s'agit d'une découverte fondamentale qui pourrait éventuellement changer les façons d'aborder cette terrible dégénérescence du système nerveux. Surtout, cette découverte augure peut-être une nouvelle compréhension de la maladie de Parkinson.

CLAUDE LAFLEUR

Les recherches menées par l'équipe de Réjean Dubuc, professeur au Département de kinanthropologie de l'UQAM et professeur associé au Département de neurosciences de l'Université de Montréal, montrent, pour la première fois, que les neurones contenant la dopamine peuvent agir directement sur les centres de contrôle de la locomotion. « Ces résultats changent considérablement notre compréhension du rôle de la dopamine dans le contrôle de la marche », dit-il, et pourraient avoir d'importantes implications pour le traitement des troubles du mouvement dans la maladie de Parkinson. « Pour illustrer en termes simples la nature de cette découverte, le professeur Dubuc propose l'analogie suivante : imaginons que la partie du cerveau d'où émane la dopamine soit l'île de Montréal et que les centres de contrôle de la locomotion se trouvent à Drummondville. « On connaissait une voie qu'emprunte la dopamine, disons qu'il s'agit de la route qui passe par Saint-Hyacinthe. Or, nous, nous venons peut-être de découvrir l'autoroute qui mène directement à Drummondville! »

Réjean Dubuc et son équipe sont en quelque sorte les spécialistes mondiaux de cette région locomotrice. Or il s'agit d'une région qui, dans certains traitements utilisés pour contrer les effets de la maladie de Parkinson, commence à être stimulée afin de favoriser la locomotion des parkinsoniens, « mais sans grand succès », relate le chercheur. Sa découverte

pourrait donc « tout changer ».

« Nous sommes peut-être les seuls au monde à travailler sur cette région du cerveau », poursuit-il. Ce qui nous intéresse, ce sont les mécanismes fondamentaux qui gouvernent la locomotion, qui font qu'on se déplace. On pensait avoir compris comment ça fonctionne, mais nous, nous venons de découvrir que ça ne se passe pas exactement comme ça. » Le spécialiste en profite pour souligner que, dans le domaine de la neurologie, la recherche canadienne est à la fine pointe. « C'est extraordinaire, ce qui se fait ici », dit-il, et Montréal est la deuxième capitale des neurosciences au monde. On n'a vraiment rien à envier à qui que ce soit », dit-il fièrement.

Tant de choses à savoir

Le professeur Dubuc rappelle que la maladie de Parkinson est la première maladie neurologique dont on a compris le mécanisme de base : les symptômes sont dus à la disparition progressive de la dopamine. « Le problème avec cette maladie, c'est qu'elle n'est probablement pas liée uniquement à un groupe de cellules, mais à quantité d'autres qui se détériorent avec le temps », pose-t-il. Et, plus le Parkinson évolue, plus il y a des neurones qui disparaissent... »

Il rappelle en outre que le cerveau compte 100 milliards de cellules nerveuses et que chacune d'elles établit au moins 10 000 connexions avec ses voisines ou avec d'autres cellules plus éloignées (il faudrait plus de 3000 ans pour compter une à une ces 100 milliards de cellules, à raison d'une cellule par seconde!).



FRANÇOIS PESANT LE DEVOIR

L'exercice pourrait retarder l'évolution du Parkinson. Ci-dessus, une classe de tango pour gens atteints de cette maladie, donnée dans le cadre du Symposium annuel du Parkinson Study Group.

Réjean Dubuc précise davantage : « Si on imagine que la source de la dopamine, c'est Montréal, chez un parkinsonien, celle-ci finit par disparaître complètement, ce qui fait que la voie secondaire et la voie directe subissent d'importants dommages. On pourrait éventuellement imaginer qu'on parviendra à compenser cette absence de dopamine et à améliorer ainsi les fonctions locomotrices du patient qui sont les plus atteintes. » Le chercheur espère donc que sa découverte mènera à de nou-

velles façons de stimuler les centres de locomotion chez les parkinsoniens, afin de faciliter leurs déplacements.

« Comme certains traitements s'intéressent déjà à cette région, notre découverte pourrait possiblement trouver des applications pratiques assez rapidement », dit-il. Mais dans combien de temps? Ça, personne ne peut le dire! »

« Selon moi, notre façon de percevoir les choses autrement devrait changer certaines conceptions de la maladie de Parkinson,

poursuit-il. Nous, nous continuons sur notre lancée et nous cherchons à savoir comment la dopamine agit. Autrement dit : on a décrit une nouvelle voie — une autoroute qui descend vers les centres locomoteurs — mais comment cela fonctionne-t-il exactement? Ça, on ne le sait pas encore... Et là, il y a du pain sur la planche pour le reste de ma carrière! », lance-t-il en riant.

Mieux vaut prévenir...

Réjean Dubuc est par ailleurs le directeur d'un nouveau centre

de recherche créé à l'UQAM : le Groupe de recherche en activité physique adaptée, ou GRIPA. « Il s'agit de lier les recherches fondamentales aux applications concernant les bienfaits de l'activité physique adaptée », explique-t-il.

En fait, pour contrer bon nombre de maladies, il est nécessaire de faire de la prévention, c'est-à-dire avoir de saines habitudes de vie et faire l'exercice physique nécessaire, rappelle M. Dubuc. Son groupe cherche donc à appliquer les plus récentes connaissances en cette matière. « Comment faire de la prévention ou encore améliorer la condition des personnes malades? », pose-t-il. Par des méthodes efficaces! Voilà les objectifs du GRIPA. »

Les chercheurs s'intéressent par conséquent à tous les groupes d'âge — des jeunes enfants jusqu'aux personnes âgées — et aux avancées sur la sensorimotricité, le métabolisme et l'obésité, ainsi qu'à la promotion des activités physiques adaptées. « Nous nous intéressons beaucoup aux facteurs qui font que les gens font ou non de l'exercice physique, indique le directeur du GRIPA, ce qui est un beau défi! »

Collaborateur
Le Devoir

30 000

PROFESSIONNELLES EN SANTÉ AU CŒUR DES SERVICES



Le plus important syndicat de professionnelles et de techniciennes en santé et services sociaux au Québec

Résadaptation
Prévention et soutien clinique
Services psychosociaux
Diagnostic
Nutrition



Forte de ses 62 000 membres, la FIQ défend avec conviction les professionnelles en soins du Québec

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES

www.fiqsante.qc.ca

APTS

Il y a une limite à l'« optimisation des ressources »

De grandes réformes planent sur le secteur de la santé. Parmi les premiers à être touchés: les employés du réseau. L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) surveille de près les changements qui affecteront la pratique de ses membres.

SARAH
POULIN-CHARTRAND

Pour la présidente de l'APTS, Carolle Dubé, en poste depuis 2012, le projet d'assurance autonomie du gouvernement,



Carolle Dubé

entre autres, viendra assurément bousculer le travail des employés du réseau de la santé. Ce projet, qui a été débattu en commission parlementaire jusqu'au 19 novembre, vise principalement à développer les soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes avec une déficience physique ou intellectuelle, et ce, dès l'an prochain.

Il est présenté par le ministre de la Santé, Réjean Hébert, comme une manière de s'adapter au vieillissement de la population et de répondre au désir de choisir son lieu de vie, tel qu'exprimé par les aînés. Le projet d'assurance autonomie vise aussi à corriger des iniquités dans le financement des soins aux aînés, révélées par le vérificateur général lors des consultations publiques.

«L'assurance autonomie veut améliorer les soins à domicile, avance M^{me} Dubé. Mais, inévitablement, on augmente la charge de travail des employés

concernés.» Pour elle, cette nouvelle mesure s'inscrit dans ce qu'on appelle maintenant, dans le réseau de la santé, l'« optimisation des ressources ». « On demande plus aux gens, sans augmenter les ressources humaines ni les ressources financières. Ce ne sont pas des conditions favorables à l'implantation de nouvelles réformes. Dans ce discours de performance, on va un peu à l'encontre de la qualité des services. On n'est pas dans une chaîne de montage! », s'indigne Carolle Dubé.

Des conséquences sur le travail

Concrètement, l'optimisation des ressources a un effet direct sur la manière de travailler des employés du réseau, croit la présidente. On instaure de nouvelles méthodes de travail et des chartes de temps alloué à chaque tâche. Pour M^{me} Dubé, cela est difficilement conciliable avec le travail avec la population, qui se réduit rarement à une case à cocher ou à un temps limite.

«Les employés sont préoccupés par ces changements de pratique et par les compressions, ajoute-t-elle. Elles ont un impact sur les



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

L'APTS dénonce le fait que l'assurance autonomie augmentera la charge de travail des personnes concernées.

listes d'attente, sur les remplacements et sur les postes qui ne sont pas comblés. Les gens sont à bout de souffle.»

Une des conséquences de cet épuisement: plusieurs employés se tournent vers le secteur privé. Le phénomène n'est pas nouveau et est connu du milieu infirmier (qui n'est pas représenté par l'APTS), mais il touche maintenant plusieurs autres catégories d'emploi. Avec pour résultat que le réseau privé se développe au détriment du secteur public, croit la présidente de l'APTS.

Certaines professions manquent de ressources, ajoute Car-

rolle Dubé, ou font face à des difficultés de recrutement ou de rétention de la main-d'œuvre. «Des gens quittent le réseau car ils sont désabusés. Ils trouvent qu'on met plus de l'avant des chiffres, des statistiques, que la qualité des services.»

Dans une lettre ouverte publiée dans *Le Soleil* le 13 novembre dernier, des membres de l'APTS s'inquiétaient des effets sur leur pratique de la mise en place trop rapide de l'assurance autonomie, dans un contexte où «les professionnels de la santé sont déjà sous pression et mobilisés dans un processus d'optimisation de leur performance».

L'APTS surveille aussi le développement des groupes de médecine familiale (GMF) et du volet de prévention du système de santé, qui touchera plusieurs de ses membres.

Des solutions?

Le système de santé manque cruellement de ressources, la présidente de l'APTS en est bien consciente. Les solutions résident à son avis dans une meilleure organisation des soins. «Les services sont bons, mais il y a un problème d'accessibilité à ces services, par exemple, aux urgences ou sur les listes d'attente.» Elle croit qu'il faut

donner à ses membres une plus grande responsabilité et une meilleure reconnaissance.

«Tous nos employés sont des diplômés universitaires et techniques, il faut leur laisser une plus grande autonomie.» Ils réfléchissent de leur côté à des solutions, il suffirait de les écouter un peu plus, ajoute-t-elle.

Les conditions de travail, si elles sont améliorées, permettraient aussi de ramener la compétitivité du réseau public par rapport au secteur privé, estime Carolle Dubé.

Collaboratrice
Le Devoir

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Pour la FIQ, « les CHSLD sont les soins intensifs pour personnes âgées »

Il y a de ces dossiers sur lesquels la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) est particulièrement interpellée, en raison de la composition même de ses membres: infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes apportent des soins directs aux usagers du réseau de la santé. Parmi ceux-ci, il y a l'assurance autonomie, le sort réservé aux personnes âgées dans les CHSLD et le projet de loi 52 concernant les soins en fin de vie.

RÉGINALD HARVEY

Au début du mois, la FIQ a pris position sur l'épineuse question de la création d'une assurance autonomie, dans un mémoire déposé devant la Commission de la santé et des services sociaux. Difficile d'être contre la vertu, mais Régine Laurent n'en exprime pas moins certaines mises en garde à ce sujet. «On a tenu à dire qu'on devait faire quelque chose et je me suis même exprimée de la sorte: il est honteux de constater à quel point on ne prend pas soin de nos personnes âgées. On est, par conséquent, d'accord avec plusieurs principes de ce projet et il est clair que chacun de nous, en vieillissant, voudrait bien vivre chez soi, dans un monde idéal.»

Les réserves émises sont de cet ordre: «Elles ont, pour beaucoup, trait au financement. On doit comprendre que, au moment de notre intervention en commission parlementaire, on ne connaissait pas le cadre financier, on ne savait

pas comment allait être financée cette caisse de l'assurance autonomie. Est-ce qu'il y aura une tarification accrue des personnes en perte d'autonomie? Il importe de le savoir, parce que, parmi ces gens, il n'y en a pas beaucoup qui ont un revenu de 150 000 \$ par année; on craint, pour notre part, les effets pervers d'une surtarification.»

De son côté, le ministre Réjean Hébert semble pencher pour le financement à l'activité, ce sur quoi elle fait valoir ce point de vue: «Ils vont examiner quelles sont les tâches à accomplir et déterminer quels sont les montants d'argent à débours pour les remplir; par la suite, c'est le Centre de santé et de services sociaux qui va assumer les coûts liés aux besoins en recourant, par exemple, à des organismes communautaires à but non lucratif. On n'est pas contre cela, mais on veut que rien en provenance du secteur privé ne soit à but lucratif pour dispenser les services; on a surtout affirmé que les soins doivent demeurer du ressort du financement public.» En parlant de ceux-ci, elle craint le traitement qui leur sera réservé sur le plan financier: «Il faut faire attention aux heures-soins, car, dans ce cas, c'est comme si on voulait mettre un code-barres sur tout; or ces heures-là mesurent la maladie, sans faire partie d'une approche globale.» Elle assure tout de même que, «si le projet est financé correctement, il peut être porteur».

La vraie réalité des CHSLD

Les soins à apporter aux personnes résidant dans des CHSLD font l'objet de controverses depuis quelque temps déjà; les propos sur l'utilisation des différents personnels soulèvent l'indi-

gnation de la présidente. «Les déclarations sur ce plan-là, ça m'a fait mal au cœur sur le coup, mais essayons de regarder les choses froidement: une personne doit avoir besoin de trois heures-soins par jour pour être admise dans ces établissements, mais, une fois franchies les portes des CHSLD, on constate que ça ne compte plus, les heures-soins, parce que vous avez tout juste besoin de préposées aux bénéficiaires; il est certain qu'on en a besoin, mais ce sont d'abord des milieux de soins.»

Elle recourt à cette image pour se faire comprendre: «Les CHSLD, ce sont les soins intensifs pour personnes âgées. On ne peut donc pas dire à la fois que c'est un véritable milieu de soins et qu'on a besoin de moins de professionnels pour les dispenser. Les CHSLD ne sont plus des lieux de résidence mais des lieux de soins; c'est le ministère de la Santé lui-même qui a fixé cette norme obligatoire: si vous n'avez pas besoin de trois heures-soins au minimum par jour, vous ne pouvez pas entrer dans un tel centre.»

Elle prône cette solution: «Dans un monde idéal, il faudrait qu'on prenne le temps d'examiner quels sont les besoins de chaque centre d'activité ou chaque unité de soins; le nombre requis d'infirmières et d'infirmières auxiliaires n'est pas le même dans le cas d'une personne souffrant de problèmes de santé multiples que dans celui d'une personne se trouvant dans l'errance. Il est anormal qu'on puisse affirmer qu'une infirmière pour 140 patients, c'est correct; ça n'a tout simplement pas de bon sens.»

Un sujet traité dans la dignité

La Fédération considère que la ministre Hi-

ron a piloté de façon admirable le dossier des soins à apporter en fin de vie; sa présidente, Régine Laurent, en est convaincue: «Elle a réussi à obtenir l'unanimité à ce propos à l'Assemblée nationale. Le sujet a été traité avec beaucoup d'écoute, d'humanité, de discernement et de respect; si tous les projets de loi étaient menés de la même façon, ça irait mieux.»

Elle reconnaît aujourd'hui qu'il faut savoir prendre le temps de faire les choses: «On a vraiment applaudi à ce projet de loi 52. On a fait certaines recommandations qui visaient davantage à resserrer des choses; par exemple, on veut s'assurer que le consentement soit libre et que, dans le cas des soins palliatifs, il y ait une uniformisation à travers toute la province: peu importe où la personne est en train de mourir, on veut qu'elle puisse obtenir la même qualité de soins et le même accompagnement d'un endroit à l'autre.»

La ministre s'est montrée sensible aux recommandations apportées par de nombreux groupes: «On l'a donc aussi informée du fait qu'il importe que les ordres professionnels établissent et précisent des normes de pratique et des normes déontologiques relatives au rôle de leurs membres dans le continuum des soins en fin de vie.» Elle soulève un autre point: «On sait aussi que les personnes âgées vont également se retrouver en fin de vie là où elles sont dans les CHSLD; il faut prévoir des mesures pour que ces gens aient vraiment une fin digne.»

Collaborateur
Le Devoir

Spécialistes de la santé

Barruel Conseil Inc.
Stérilisation-Santé-Sécurité
Médecine dentaire

CHÈRE MADAME, CHER MONSIEUR, VOUS ÊTES DENTISTES,

et vous aimeriez avoir les renseignements les plus récents sur les modalités optimales de stérilisation de votre matériel.

Nous sommes à votre disposition

VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER
514 229 6680 www.barruel.ca

www.cliniquesantecapillaire.com

Perte de cheveux
Soins capillaires pour hommes et femmes de tous âges

Pour Noël
Mon amour offre moi une consultation
514 289-9762

Tous problèmes de cheveux, de santé, de peau et de stress

Le CSC... un Concept Santé Complet...
Micheline Grimard infirmière, naturopathe 45 ans d'expérience
Au Québec, la seule vraie clinique capillaire professionnelle reconnue avec méthode naturelle à Montréal depuis 1989.

revera
Soins à domicile

Des soins dans le confort de votre foyer

Appelez-nous pour planifier votre évaluation de soins à domicile gratuite!

1-877-979-4419
reveraliving.com

Pour annoncer dans ce regroupement, communiquez avec Elyes Ben M'Rad au 514.985.3457 ou ebenmrad@ledevoir.com