

SANTÉ

RÉSEAU PUBLIC

CAHIER THÉMATIQUE I > LE DEVOIR, LES SAMEDI 28 ET DIMANCHE 29 NOVEMBRE 2015



UdeM:
l'approche **patient**
partenaire gagne
le Québec
Page 14



Résidences privées:
du «cheap labour»
pour prendre soin
des aînés
Page 15



CHOJA ISTOCK

Si les frais accessoires sont définis par les ententes, la tarification, elle, peut varier d'un médecin à l'autre. L'avis du Protecteur du citoyen donne quelques exemples de frais accessoires aux services assurés et de leur tarification: application d'un sparadrap de 4 cm² à la suite d'une chirurgie mineure (40\$), pose d'un stérilet (de 125\$ à 200\$), injection de gouttes ophtalmiques (de 20\$ à 300\$), utilisation d'agents anesthésiants (de 10\$ à 100\$).

PRIVATISATION

Des frais de moins en moins accessoires

Le ministre de la Santé, Gaétan Barrette, a indiqué récemment qu'il entend se servir de la loi 20 pour encadrer les frais accessoires que peuvent facturer les médecins en cabinet privé ou en clinique à leurs patients. Un geste aussitôt dénoncé par les associations et les syndicats qui militent pour le maintien du régime public de santé.

PIERRE VALLÉE

« **E**ncadrer les frais accessoires sous prétexte qu'ils existent déjà, souligne Louise Chabot, présidente de la CSQ, c'est au fond les officialiser. C'est une menace majeure aux principes du régime public de santé. » Jean Lacharité, vice-président à la CSN, voit dans le geste du ministre « une manière de rendre légal ce qui est illégal ». Sans compter que le ministre fait cavalier seul. « Il n'a jamais été question de frais accessoires lors de la commission parlementaire sur la loi 20, souligne Jacques Benoit, coordonnateur de la Coalition Solidarité Santé, un regroupement d'organismes voués à la défense du régime public de santé. On n'a donc pas eu l'occasion d'y présenter des mémoires ni de discuter de cet enjeu. »

Selon Jean Lacharité, le geste du ministre pourrait même être illégal, en vertu de la Loi canadienne sur la santé. « La Loi canadienne

sur la santé garantit le caractère universel, accessible et gratuit des soins de santé au Canada. Les frais accessoires sont contraires à cette loi. Le gouvernement canadien pourrait rappeler à l'ordre le gouvernement du Québec et même le pénaliser s'il persiste, comme il l'a fait avec l'Alberta, lorsque cette province s'est éloignée de la loi canadienne. »

Que sont les frais accessoires ?

Dans un avis publié à ce sujet le mois dernier, le Protecteur du citoyen du Québec, qui dénonce les frais accessoires et met en garde le gouvernement à cet égard, en dresse un court historique et en donne la définition. Dans un premier temps, l'avis indique que « la notion de frais accessoires aux services assurés ne fait l'objet d'aucune définition législative ou réglementaire. En effet, ni la Loi sur l'assurance maladie, ni son règlement d'application ne le précisent. »

On notera ici le terme « frais accessoires aux services assurés ». Les frais accessoires ne sont pas des frais pour couvrir des services qui ne sont pas assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), comme la chirurgie esthétique, par exemple, ni des services qui sont désassurés lorsqu'ils sont donnés hors du milieu hospitalier, comme l'est l'imagerie médicale (IRM, échographie, scanner) en cabinet privé ou en clinique.

L'avis poursuit en indiquant que « ce sont en fait les ententes entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, actuellement, établissent ces frais accessoires ». L'avis ajoute que ce sont les médecins

participant au régime public qui déterminent la tarification applicable dans leur cabinet ou leur clinique. Ainsi, si les frais accessoires sont définis par les ententes, la tarification, elle, peut varier d'un médecin à l'autre. L'avis donne aussi quelques exemples de frais accessoires aux services assurés et de leur tarification: application d'un sparadrap de 4 cm² à la suite d'une chirurgie mineure (40\$), pose d'un stérilet (de 125\$ à 200\$), injection de gouttes ophtalmiques (de 20\$ à 300\$), utilisation d'agents anesthésiants (de 10\$ à 100\$).

Un glissement de sens

Les premiers frais accessoires sont apparus au début des années 1970. Au départ, ils devaient servir à rembourser un médecin qui avait dû déboursier de sa poche des frais additionnels et exceptionnels dans la fourniture d'un service assuré en cabinet privé ou en clinique, par exemple des bandages de dimensions irrégulières. Les frais accessoires correspondaient alors au prix coûtant des frais additionnels et exceptionnels. L'avis du Protecteur du citoyen indique qu'au fil des ans, la liste des frais accessoires s'est allongée et la tarification de ces derniers ne correspond plus au prix coûtant.

« La clinique communautaire Pointe-Saint-Charles a mené une enquête auprès de patients qui se plaignaient des frais accessoires, raconte Jacques Benoit. Une patiente va chez son médecin qui lui dit qu'il doit lui mettre des gouttes ophtalmiques pour poursuivre son examen et que cela lui coûtera 40\$. La patiente rechigne, mais

accepte de payer. Au fond, a-t-elle le choix? Une fois sortie du cabinet du médecin, cette femme, frustrée, se rend directement à la pharmacie et demande à la pharmacienne si elle connaît ce médicament et quel est son prix. Elle est complètement étonnée d'apprendre qu'une fiole complète de ces gouttes coûte à peine 20\$. » Toujours selon Jacques Benoit, « les frais accessoires sont devenus pour certains médecins une façon de payer les coûts de fonctionnement de leur cabinet ».

Révision du panier de services

Le ministre Barrette a aussi indiqué qu'il entend revoir le panier de services assurés par la RAMQ. « Le ministre a confié au Commissaire à la santé et au bien-être le mandat de réaliser un sondage sur le panier de services, explique Louise Chabot. Et juste à lire le libellé des questions, on se rend vite compte de l'orientation que cela prend. » Et Jean Lacharité de s'interroger: « Quels services seront jugés non pertinents et lesquels seront jugés pertinents? Et qui décidera? Le ministre? Un malade ne choisit pas sa maladie. » Tous les trois s'entendent pour voir dans la reconnaissance des frais accessoires comme dans la révision du panier de services une tentative du présent gouvernement de privatiser davantage le système de santé québécois. Et Jacques Benoit de conclure: « Pour être soignés au Québec, nous faudra-t-il deux cartes, la carte d'assurance maladie et une carte de crédit? »

Collaborateur
Le Devoir

ftq.qc.ca

Trouvez l'erreur :

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS A AUGMENTÉ DE 67 % EN 5 ANS. PENDANT CE TEMPS, LES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX CONTINUENT DE S'APPAUVRIR !



La FTQ, sur toutes les tribunes contre l'#austérité.

SANTÉ



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

« On a de moins en moins de temps à consacrer aux patients. Ça ne peut pas fonctionner. On n'arrive pas à dispenser des soins sécuritaires. Nous, on veut donner des soins de qualité et sécuritaires », assure la présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Régine Laurent.

La privatisation du secteur de la santé est en marche

La présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Régine Laurent, n'y va pas par quatre chemins: le chaos qui a cours dans le réseau public de la santé est une conséquence directe des compressions budgétaires imposées par Québec. Et dont le but est de pousser la clientèle vers le réseau privé. Une déclaration qu'elle assume pleinement en entrevue au *Devoir*.

THIERRY HAROUN

La privatisation du réseau de la santé est bel et bien entamée, et ce, depuis quelque temps, selon elle. Et ça n'augure rien de bon pour la qualité des soins dispensés aux patients de même que pour les conditions de travail du personnel soignant. « La privatisation du secteur de la santé est en marche depuis plusieurs années. En fait, le gouvernement du Québec crée le chaos dans le réseau public, ce qui fait qu'il n'est pas en mesure de remplir sa mission et, par conséquent, la population est poussée dans les bras du privé », déduit Régine Laurent. Elle donne en exemple la décision de Québec d'établir le nombre d'heures-soins requis pour répondre aux besoins de patients. « Écoutez, dès lors qu'on est sous trois heures-soins, la clientèle

est poussée dans les bras du secteur privé », ce qui a, selon elle, largement favorisé les résidences privées pour personnes âgées.

Tout cela n'est pas étranger aux compressions du gouvernement du Québec dans le réseau de la santé au cours des dernières années, et des centaines de millions de dollars seront encore demandés l'an prochain. « On parle de 500 millions à 700 millions de dollars. Écoutez, moi, j'ai hâte que les directions d'établissements disent la vérité à la population. Il est très clair qu'il y aura des coupes dans les soins et les services dispensés. » D'autant que les projets de loi 10 et 20 du ministre de la Santé, Gaétan Barrette, viendront privatiser davantage le réseau, dit-elle. « Regardez seulement le projet de loi 10 qui vise à regrouper des centres d'activité. On va, comme le souhaite le ministre, implanter

des supercliniques de spécialistes, etc. Par conséquent, il y aura une diminution de l'accès aux soins, la première ligne de soins sera moins disponible dans le réseau public. Les impacts sont clairs! Une fois le regroupement des activités complété, les gens qui seront dans l'obligation de faire 50km pour obtenir un service, eh bien, ils vont peut-être finalement décider d'être soignés à la clinique [privée] située près de chez eux », estime M^{me} Laurent.

Êtes-vous alors d'avis que le gouvernement Couillard est en train de démanteler ce qui a été construit depuis le gouvernement de Jean Lesage sur le plan de la santé? « Non seulement ça, monsieur, mais le ministre Gaétan Barrette vient de "réglementer" les frais accessoires avec une liste qui n'est pas fermée. Il peut ainsi en ajouter d'autres. Je vous rappellerai que c'est la méthode qu'avait employée Philippe Couillard du temps qu'il était ministre de la Santé, alors qu'il n'y aurait que quelques chirurgies spécialisées, mais ce n'était pas une liste fermée. Ce qui permet d'envoyer d'autres chirurgies dans le secteur privé. »

Une infirmière pour 160 patients

Les coupes de Québec en santé touchent aussi le personnel soignant sur le plan des

conditions de travail au quotidien. « C'est très clair ça. Ça fait des années qu'on le dit et on ne cesse de répéter ceci: "Ça suffit, vos réformes, laissez-nous soigner les gens!" » rappelle la présidente de la FIQ. « On a de moins en moins de temps à consacrer aux patients. Ça ne peut pas fonctionner. On n'arrive pas à dispenser des soins sécuritaires. Nous, on veut donner des soins de qualité et sécuritaires. Je pense, par exemple, qu'on en est rendus à avoir une infirmière pour 160 patients parce que, semble-t-il, les personnes âgées dorment le soir et la nuit... Je suis désolée, mais les personnes âgées qui ont des problèmes cognitifs, eh bien, c'est encore pire le soir quand elles vivent des angoisses. Souvent, les personnes âgées vont se lever seules [la nuit] malgré l'interdiction. Elles peuvent tomber. Tout cela n'est pas pris en compte » lorsque les suppressions de postes sont annoncées, déplore M^{me} Laurent.

Votre message au gouvernement se résume comment? « Le message que je lance au gouvernement, c'est de cesser ce chaos dans le réseau public et d'arrêter la privatisation! »

Collaborateur
Le Devoir

QU'ATTEND LE GOUVERNEMENT
POUR PRENDRE SOIN DES
INDISPENSABLES
DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX?

APTS
en négo

32000indispensables.com
www.aptsq.com



NÉGOCIATIONS DANS LE SECTEUR PUBLIC

Pas encore de dénouement en vue

Ils sont plus de 250 000 syndiqués du secteur de la santé et des services sociaux à attendre impatiemment le dénouement de ce qui est une longue, très longue négociation de leur convention collective. Faut-il croire au père Noël pour espérer un règlement négocié et satisfaisant d'ici la fin de l'année? Tous les représentants syndicaux gardent espoir, mais on ne sait pas encore qui sortira gagnant de cet échange de cadeaux.

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Au moment d'écrire ces lignes, mercredi, tous les yeux se tournaient vers la table centrale de négociation. C'est autour de cette table que s'assoient les représentants des syndicats qui composent le front commun du secteur public et les fonctionnaires du Conseil du trésor. Depuis plus d'un an, on y aborde vaguement les sujets de salaires et de retraites, mais depuis quelques semaines, on assiste à une certaine accélération des pourparlers.

Et il y a toutes les autres tables, celles qu'on appelle sectorielles. Chaque entité syndicale a la sienne et les vis-à-vis sont les ministères concernés. C'est ici qu'on aborde les sujets préoccupants propres à chacun des titres d'emplois et qui ne sont pas reliés directement aux demandes salariales. On pourrait penser que les demandes y sont multiples et distinctes. Mais quand on y regarde de plus près, on constate souvent que les préoccupations se ressemblent d'un syndicat à l'autre: rétention et attraction, précarité et stabilité, charge de travail et reconnaissance sont des mots qui reviennent

constamment dans le discours des représentants syndicaux.

Du mouvement, oui, mais pas trop

Carolle Dubé, la présidente de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), l'admet en se désolant: « Il n'y a pas d'avancées sérieuses à notre table. » Même son de cloche de la part de Claire Montour, la présidente de la Fédération de la santé du Québec (FSQ), affiliée à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ): « À la vitesse à laquelle se déroulent les négos, je n'anticipe pas qu'il y aura de grands changements prochainement. » Elle ajoute qu'on a senti du mouvement de la part de la partie patronale il y a quelques semaines, mais que « ce n'était qu'un feu de paille ». Et pourtant, le syndicat en avait alors profité pour revenir à la table avec des contre-propositions pour tenter d'accélérer le mouvement, mais « on n'a pas de réponse à nos demandes ».

Là où il y a un peu d'espoir, c'est à la table de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS), affiliée à la Centrale des syndicats nationaux

VOIR PAGE I 3 : VUE

SPÉCIALISTES DE LA SANTÉ



Carlos Otero
Massothérapeute Agréé FQM
FQM Certified Massage Therapist

SERVICES OFFERTS

- Massage suédois
- Massage clinique de l'abdomen
- Thérapie sacro-crânienne intégrée

PROBLÈMES RÉCURRENTS

- Migraines
- Tendinites
- Mal de dos
- Stress et tension générale ou spécifique
- Problèmes de sciatique

*** Reçus d'assurances disponibles ***

Carlos Otero | Massothérapeute Agréé FQM
Centre Médical Westmount | Métro Vendôme |
514.503.7726

Pour annoncer, communiquez avec Evelyne De Varennes
au 514.985.3454 ou edevarennes@ledevoir.com

Sondage Léger Marketing: centres et cliniques capillaires
Prix d'excellence Lauréat 2015-2016 attribué à Clinique Santé Capillaire

Perte de cheveux

Problèmes chroniques
de santé et de stress

Le choix a été l'unique vraie clinique
capillaire professionnelle reconnue
avec méthode naturelle à Montréal.

514 289-9762

Micheline Grimard infirmière, naturopathe
En formation continue, 50 ans d'expérience en santé en 2015.



Le CSC: Clinique Santé Capillaire
C'est un Concept Santé Complet... pour vous

www.cliniquesantecapillaire.com



SANTÉ

VUE

SUIITE DE LA PAGE 1 2

(CSN). Josée Marcotte, vice-présidente, explique que « depuis plusieurs semaines et même avant la contre-proposition du front commun, des discussions intensives ont eu lieu aux tables sectorielles. Au cours de ces discussions, la partie patronale a reculé sur toutes les demandes. C'est majeur. La mobilisation des gens et les journées de grève ont résonné aux tables de négociation ». Toutefois, ce ne sont pas des gains et on revient au statu quo de la convention collective.

Les enjeux

Le projet de loi 10 sur la réforme du réseau de la santé et des services sociaux s'est tout naturellement invité aux tables de négociation. On peut difficilement négocier des conditions de travail sans tenir compte des impacts de cette loi du ministre Barrette qui prévoit la création de 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Sur le terrain, des 182 établissements, il n'en restera que 34 à l'adoption de la loi.

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ne fait pas partie du front commun. « On a une table commune avec la Fédération autonome de l'enseignement (FAE) pour ce qui est des sujets discutés avec le Conseil du trésor, qui sont les paramètres salariaux, la retraite, les disparités régionales et les droits parentaux. Nous sommes seuls à la table sectorielle », explique Daniel Gilbert, vice-président de la FIQ. Le syndicat se prépare à revenir vers le Conseil du trésor avec une contre-proposition, « mais essentiellement nos énergies sont concentrées sur la table sectorielle où les sujets qui nous préoccupent passent par des équipes stables pour contrer la précarité d'emploi ». Et Daniel Gilbert en est convaincu, « c'est comme ça que la population va être gagnante avec l'amélioration de nos conditions de travail ».

Pour la FIQ, l'important c'est de faire en sorte que « nos professionnels en soins aient les conditions de travail et d'exercice pour pouvoir garantir des soins sécuritaires à la population ». Il reste aussi toute la question des problèmes liés à l'attraction et à la rétention ainsi que tout ce qui touche à la reconnaissance des rôles et des tâches dans les fonctions des professionnels en soins dans le réseau de la santé. « À la dernière négociation, il y a eu des pas qui ont été faits pour reconnaître le travail de nos membres dans les unités de soins critiques. Par contre, on a encore des centres d'activité qui ne sont pas reconnus à leur juste valeur en matière de responsabilité auprès de nos professionnels en soins. On veut régler tout ça », lance le vice-président, qui ajoute quelques mots au sujet de la loi 10 qui fait qu'« antérieurement, quand on parlait d'un établissement, on pouvait identifier très facilement ce dont on parlait. Maintenant, avec l'arrivée des CISSS et des CIUSSS, l'établissement c'est une région complète. Il faut adapter nos textes de convention collective et ne pas laisser dans un vide des dispositions qui pourraient permettre à un employeur de demander à une infirmière de faire plus de 100 km pour aller

travailler le matin ».

Ginette Langlois, présidente et responsable des négos pour la Fédération des professionnelles (FP), affiliée à la CSN, le martèle, l'enjeu majeur c'est la rétention : « C'est à partir des résultats d'un questionnaire envoyé à tous les membres qu'on a bâti la négociation sectorielle. » Et ce qui ressort de cette consultation, ce sont les problèmes de pénurie dans le réseau, surtout chez les professionnels. Tous les titres d'emploi ne sont pas en pénurie, mais ils peuvent être vulnérables ou en voie de le devenir. Elle ajoute que « le secteur privé se développe et il est attirant pour les professionnels. Si on veut maintenir des services publics de qualité, il faut qu'on s'attarde de façon sérieuse à la rétention et à l'attraction ».

« On a des demandes qui visent à une meilleure reconnaissance de l'expertise du travail de nos gens, ce sont des demandes très importantes », dit Carolle Dubé, pour qui la reconnaissance passe par la consultation des membres sur des projets d'organisation qui viennent toucher le cœur même de la pratique professionnelle. Autre irritant chez les professionnels : les coûts reliés à leur ordre professionnel. « On voit parfois dans le privé qu'ils payent les frais d'adhésion à l'ordre et la formation... On est loin, loin de ça dans le système public. »

De son côté, Claire Montour, qui représente des infirmières, des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes, avance à la table les mêmes propositions pour tous : « On fait face aux mêmes situations : le fardeau de la tâche, l'épuisement et la précarité. On demande un ratio personnel-patient qui aura des répercussions sur plein de domaines... On est loin, loin de ça dans le système public. »

De son côté, Claire Montour, qui représente des infirmières, des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes, avance à la table les mêmes propositions pour tous : « On fait face aux mêmes situations : le fardeau de la tâche, l'épuisement et la précarité. On demande un ratio personnel-patient qui aura des répercussions sur plein de domaines... On est loin, loin de ça dans le système public. »

Un vaste pourcentage des membres de la FSQ travaille à temps partiel alors qu'on fait appel à de la main-d'œuvre indépendante : « Chez les infirmières auxiliaires, on atteint 60% de postes à temps partiel. Dans les régions comme Laval, ce sont 7 millions de dollars payés en une seule année en main-d'œuvre indépendante. » Il y a aussi l'épuisement du personnel qui, selon M^{me} Montour, fait dépenser des millions de dollars en assurance-salaire. Le sort des jeunes préoccupe aussi la présidente de la FSQ : « Les jeunes à l'école qui choisissent nos professions, il ne faut pas les perdre au profit du privé. Ce qui se cache derrière tout ça, c'est qu'on est en train de démembrer nos services publics en disant que ça coûte cher. »

Vers un règlement négocié ?

Plusieurs aimeraient voir cette négociation aboutir d'ici les fêtes, et Martin Coiteux, du Conseil du trésor, le premier. Il a même évoqué la possibilité d'une loi spéciale. Même s'ils sont très, très loin d'une conclusion, les syndicats ne perdent pas espoir de voir un règlement négocié et satisfaisant, que ce soit avant ou après les fêtes. D'ailleurs, s'ils continuent tous à mettre beaucoup d'énergie dans cette négociation, c'est bien parce qu'ils y croient : la mobilisation de leurs membres est à son maximum et une partie de la population est derrière eux.

Collaboratrice
Le Devoir

« On est en train de démanteler le système »

STÉPHANE GAGNÉ

Récemment, le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), section Québec, a produit un clip publicitaire de 30 secondes visant à sensibiliser la population aux dangers d'une privatisation accrue de notre système de santé public. On y voit la médecin de famille Marie-Claude Goulet vanter le travail des périsoignants (infirmières, préposés aux bénéficiaires, préposés à l'entretien ménager, etc.), ces gens qui soutiennent le travail des médecins, offrent une qualité de vie aux patients et gardent les établissements de santé dans un état salubre. Un clip qui fait réfléchir aux dangers qui guettent notre système de santé.

« Le danger de privatisation est réel, affirme Pierre Soucy, président du Conseil provincial des affaires sociales au Syndicat canadien de la fonction publique. Avec les actions répétées du gouvernement en faveur du privé, on est en train de démanteler le système. C'est le temps de se réveiller. »

Frais accessoires

La dernière action en date porte sur les frais accessoires. Une mesure législative, incluse à la fin de l'étude sur le projet de loi 20, normalise une pratique qui était jugée jusqu'ici illégale, soit la facturation de frais accessoires en clinique.

Grâce à cet amendement, il est maintenant permis de facturer aux patients les services offerts en clinique, comme la prise d'un tranquillisant lors d'une colonoscopie, l'administration de gouttes ophtalmologiques, etc. Le prix demandé sera réglementé afin d'éviter les exagérations, mais « le problème, c'est qu'on légalise une situation qui existait depuis des années, mais qui est illégale au sens de la Loi canadienne sur la santé », dit M. Soucy.

Cette dernière mesure a suscité une levée de boucliers du côté de plusieurs chercheurs en santé, de professeurs, d'avocats et de regroupements qui viennent à la défense des patients. Dans une lettre publiée dans les médias à la mi-novembre, ces gens déplorant le fait que « le Québec pourrait être la première province à abandonner le principe d'un système de santé universel, intégral et accessible, et à sortir ainsi du modèle canadien ».



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

L'obsession pour le déficit zéro menace aussi les services auxiliaires, comme les cafétérias, les buanderies et l'entretien ménager.

Pour éviter un dérapage accru vers le privé, les auteurs de la lettre demandent au gouvernement Trudeau d'intervenir pour faire appliquer la Loi canadienne sur la santé.

Un hôpital montréalais se désengage

L'exemple le plus récent de ce désengagement est le cas de l'Hôpital de Montréal pour enfants, un des deux hôpitaux universitaires pédiatriques pour enfants de Montréal. « En déménagement vers le site du nouveau Centre universitaire de santé de McGill [CUSM], cet établissement a cessé d'offrir certains services médicaux et dirige ses patients vers une [consultation] externe privée qui exige des frais pour des interventions auparavant couvertes par l'assurance maladie », affirme Astrid Brousseau, professeure au Département de sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke (campus de Longueuil) et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en évaluation et amélioration du système de santé.

M^{me} Brousseau souligne le fait que les médecins qui œuvrent au sein de cette clinique privée sont ceux qui dispensaient ces mêmes services à l'hôpital. « On subventionne ainsi par des fonds publics des médecins qui font une pratique privée inéquitable, dit-elle. C'est le fondement même de notre système de santé qui est remis en cause, car des services médicalement requis ne sont aujourd'hui plus assurés. »

La chercheuse insiste sur le fait que le caractère public de notre système de santé doit être maintenu. « Je suis d'accord avec les gens qui soulignent qu'il y a des choses qui ne fonctionnent pas dans notre système de santé, mais au lieu de les régler, nos décideurs politiques optent pour une privatisation accrue et la création de mégastructures comme les centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS] et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux [CIUSSS]. Plusieurs études scientifiques ont pourtant démontré que ces mégastructures [qui ont réduit le nombre d'établissements publics de 182 à 33] sont des modèles de gestion surdimensionnés et inefficaces. Et pendant la mise en place de ces structures, on oriente les efforts sur leur fonctionnement et non vers l'amélioration des services aux patients. » Pour elle, les solutions choisies ne sont pas les bonnes.

Pierre Soucy abonde dans le même sens et ajoute que le ministre se réserve des pouvoirs discrétionnaires beaucoup trop importants dans la loi 10, ce qui représente une menace pour la démocratie. Il déplore aussi le fait que les gens ne se préoccupent pas davantage des changements qui sont en cours. « Les gens ne voient pas la facture des services auxquels ils ont accès. Une opération à cœur ouvert, par exemple, coûte au-dessus de 100 000 \$. Qui a les moyens de se payer cela ? »

Des services auxiliaires menacés

L'obsession pour le déficit zéro menace aussi les services auxiliaires (cafétéria, buanderie, entretien ménager, etc.). « On fusionne des services, on en réduit d'autres, on en abolit parfois et on privatise, dit M. Soucy. Et les décisions prises ne sont pas toujours les bonnes. Ainsi, il y a quelques années, le gouvernement a coupé dans l'entretien ménager des hôpitaux. Les infections nosocomiales [ex. : C. difficile] sont alors apparues. Le gouvernement a dû faire marche arrière et réinstaurer le même niveau de service. »

Le gouvernement remet aussi en cause le système de buanderie publique dans le secteur de la santé. Le 24 août dernier prenait fin le processus d'appel d'offres lancé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le remplacement de deux buanderies publiques. Alors que des projets de constructions neuves autofinancés avaient été autorisés par le gouvernement précédent, le gouvernement Couillard a fait volte-face et a procédé à des appels d'offres mettant le privé en concurrence avec le public. Depuis plusieurs mois, 200 employés de ces deux buanderies, Partagec à Québec et Lavendrière à Joliette, vivent dans l'incertitude quant à leur avenir.

Collaborateur
Le Devoir

ANNIK MH DE CARUFEL LE DEVOIR

Le 11 novembre dernier, les syndicats du secteur de la santé et des services sociaux sont descendus dans la rue.

REFUSONS
L'AUSTÉRITÉ

À QUI PROFITE
L'AUSTÉRITÉ
DANS LA SANTÉ
ET LES SERVICES
SOCIAUX ?

f 🐦 v refusons.org

SANTÉ

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'approche patient partenaire gagne le Québec

L'arrivée de l'approche du patient partenaire il y a cinq ans à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM) a permis de réaliser une véritable révolution dans les salles de classe alors que plus de 200 patients ont été embauchés et formés afin d'enrichir l'enseignement. Ce changement se propage maintenant dans plusieurs établissements de santé de la province.

MARTINE LETARTE

Un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) décide d'intégrer ses patients à ses efforts d'amélioration continue. L'équipe clinique choisit des patients pour travailler avec eux et une première rencontre a lieu. Autour de la table se trouve entre autres une patiente de 40 ans en fauteuil roulant. Elle est arrivée au CHSLD à 19 ans, elle y travaille et y est complètement intégrée socialement. Personne ne connaît mieux qu'elle le CHSLD et elle a une foule d'idées concrètes de changements. L'équipe clinique saisit alors à quel point l'expérience de cette dame est précieuse dans le processus d'amélioration des soins.

« Une fois que les professionnels réalisent la valeur ajoutée du savoir du patient qui expérimente le réseau de la santé tous les jours, ils ne reviennent plus en arrière », constate Vincent Dumez, codirecteur, Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Faculté de médecine, UdeM. « Nous avons aidé une trentaine d'établissements de soins au Québec à réaliser un partenariat avec les patients dans leur processus d'amélioration continue », affirme André Néron, directeur associé, DCPP. Au total, depuis 2011, nous avons rencontré plus de 30 000 professionnels de la santé à travers le Québec et à l'étranger. »

De nombreux changements demandés par les patients entourent l'annonce des diagnostics. « Plusieurs patients veulent plus d'informations concernant la maladie et le processus de soins, explique Vincent Dumez. Ils veulent être plus impliqués dans les décisions, dans l'élaboration du plan de soins. Ils veulent développer de meilleures compétences afin de devenir autonomes pour assumer une partie des soins une fois rendus à la maison. On assiste à un changement de culture majeur. Historiquement, le patient était pris en charge; on ne lui demandait pas vraiment son avis. »

Pour de meilleurs résultats

C'est avec Vincent Dumez que le virage du patient partenaire a été entrepris en 2010 à la

Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Hémophile et victime du scandale du sang contaminé, qui lui a valu de contracter le VIH et les hépatites, Vincent Dumez n'a eu d'autre choix que de développer une très bonne connaissance du milieu de la santé avec ses visites régulières à l'hôpital.

Même s'il est devenu assez autonome — il s'autoperfuse tous les deux jours et prend quotidiennement un cocktail de médicaments —, il doit tout de même encore se retrouver à l'hôpital environ une fois par mois pour différents suivis.

La gestion des soins demeure un enjeu quotidien pour lui, mais il voit des résultats. Son état a progressé et il a même réussi à se débarrasser de sa récalcitrante hépatite C. Toutefois, bien des plans de traitement n'ont pas un tel succès.

« Nous les amenons à développer la capacité de prendre du recul sur leurs expériences »

« La moitié de la population canadienne est atteinte d'au moins une maladie chronique et le taux d'inobservance du traitement se situe entre 50 et 80 %, indique Vincent Dumez. Ces gens ne suivent pas le traitement prescrit par le médecin, ou le suivent mal, ou peu. Très souvent, c'est parce que le médecin n'a pas construit le processus de soins avec le patient en tenant compte de sa vie et d'où il est rendu dans son cheminement. »

Cela augmente bien sûr les risques de complications et de progression de la maladie.

La DCPP, codirigée par Paule Lebel, médecin spécialiste en santé communautaire et professeure à la Faculté de médecine de l'UdeM, a donc comme mission de revoir l'enseignement pour les futurs professionnels de la santé afin de mieux intégrer la réalité des patients.

Signe du sérieux de la démarche: Vincent Dumez, ancien consultant en management, a même obtenu, comme patient, un poste de professeur associé au département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Une première.

Les quelque 200 patients formés et embauchés par l'UdeM ont été choisis d'abord pour la richesse de leur expérience. Ils viennent de



SOURCE ISTOCK

Les patients participent aux activités d'enseignement à la Faculté de médecine de l'UdeM avec la collaboration du Bureau de l'éthique clinique et du Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle.

tous les milieux, de toutes les classes sociales. « Nous les amenons à développer la capacité de prendre du recul sur leurs expériences et à être en mesure d'arriver avec des propositions concrètes », explique André Néron.

Enseignement et recherche

Les patients participent aux activités d'enseignement à la Faculté de médecine de l'UdeM avec la collaboration du Bureau de l'éthique clinique et du Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle. Ils sont impliqués dans les cours magistraux.

« Ils ont participé à l'élaboration du contenu et ils enseignent en duo avec un professeur, explique Vincent Dumez. C'est vraiment une nouvelle approche pédagogique. »

Du mentorat et des ateliers réflexifs ont éga-

lement été développés avec des patients expérimentés afin de permettre aux étudiants de discuter des situations humaines complexes auxquelles ils sont confrontés lors de leurs stages.

La révolution commence aussi à se manifester dans la recherche, avec environ 90 patients impliqués. « Plusieurs réseaux de recherche canadiens, comme celui sur la transplantation, ont décidé d'engager davantage de patients, notamment pour leur gouvernance et pour définir leurs orientations de recherche », explique Vincent Dumez. Finalement, les patients pourront aussi être impliqués dans la réalisation des recherches. Le patient n'est donc plus qu'un sujet de recherche, il est aussi maintenant un partenaire. »

Collaboratrice
Le Devoir

SANTÉ MENTALE

Faire mieux avec moins

CLAUDE LAFLEUR

Le 9 octobre dernier, Gaétan Barrette a procédé au lancement du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, intitulé « Faire ensemble et autrement ». Ce plan vise à aider les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches à obtenir des soins et des services, ainsi qu'à favoriser la prévention de la maladie mentale et du suicide. Ce plan, qui fait suite à celui énoncé en 2005, est, comme le déclarait le ministre de la Santé et des Services sociaux, « en continuité avec ce qui a été fait jusqu'à maintenant, dans un esprit de concertation qui rallie tous les partenaires du milieu. »

Mais est-ce bien le cas ?

Ce plan était attendu depuis longtemps par le milieu communautaire puisqu'il détermine l'organisation des soins en santé mentale à travers le réseau de la santé.

« On constate qu'il est en grande continuité avec l'autre plan », confirme Yves Blanchette, directeur du ROBMSM 04-17, et donc qu'il y a beaucoup de choses qui n'ont pas encore été réalisées. »

Le premier plan remonte à dix ans et devait s'étendre sur cinq ans, rappelle pour sa part Daniel Latulippe, directeur par intérim du RACOR. « Ce plan a eu beaucoup de difficulté à s'implanter et a eu toutes sortes de ratés puisqu'il proposait un important chan-



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

« L'un des problèmes qu'on a actuellement, c'est que, tant que les jeunes sont suivis par la pédopsychiatrie, ça va. Mais arrivés à 18 ans, ils passent à la psychiatrie adulte et c'est souvent là qu'on les échappe... Et finalement, ce sont eux qu'on retrouve dans la rue quelques années plus tard », explique M. Latulippe.

gement de culture. »

Yves Blanchette dirige le Regroupement des organismes de base en santé mentale des régions administratives de la Mauricie (04) et du Centre-du-Québec (17). Ce ROBMSM 04-17 regroupe 35 organismes communautaires œuvrant notamment en prévention du suicide, en hébergements de toutes sortes, en entraide et centres de jour, des regroupements de parents et de proches, ou pour l'accès au logement et au travail, etc. Pour sa part, Daniel Latulippe dirige par intérim le Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR),

donc le regroupement des organismes communautaires en santé mentale de Montréal.

« Nous disons que c'est un beau plan, qui exprime de belles intentions », pose M. Blanchette. Mais est-ce que ce sera comme le précédent, où on aboutira finalement à certaines choses mais pas à ce qu'on aurait voulu ? »

Objectif: accéder aux soins en santé mentale

Ces plans en santé mentale sont l'œuvre d'une équipe dirigée par le Dr André Delorme, explique Daniel Latulippe. « Le premier plan devait s'étendre sur cinq ans, mais, comme il proposait un grand change-

ment de culture, ça a été ardu, compliqué et long. »

Il visait à donner accès aux soins de santé mentale en créant une « première ligne », c'est-à-dire la possibilité d'obtenir des premiers soins et d'entrer dans le réseau — ce qui est aujourd'hui encore problématique. « C'est une bonne idée de créer un véritable service de première ligne, déclare Daniel Latulippe. Au terme des cinq premières années, ça commençait à s'établir, mais il y a eu ensuite cinq années de flottement, de sorte que dix ans plus tard, on est loin d'avoir atteint l'objectif. »

« Dans le fond, ce que le ministre Barrette nous dit, c'est: "Ce que nous faisons depuis dix ans, on continue de le faire et on va essayer de le faire mieux", poursuit-il. Il n'y a donc pas de changements d'orientation ni rien de spectaculaire sur le plan de l'organisation; tout ce qu'on fera, ce sera de chercher à installer correctement une première ligne en santé mentale. » Ce changement touche toutefois le personnel de la « deuxième ligne », c'est-à-dire les services de psychiatrie des hôpitaux, « qui ont offert une certaine résistance », observe M. Latulippe.

Les bons côtés du plan

À cette fin, le plan crée un programme de suivi dans la communauté. « Envoyer du personnel sur le terrain pour qu'il aille dans le milieu de vie des patients est une excellente chose », pose Daniel Latulippe.

lippe, puisque ça permet de comprendre la réalité de ce qu'ils vivent. »

Il s'agit en fait d'aider la personne atteinte d'une maladie mentale à développer des habiletés de vie. « Voilà qui est très intéressant pour la qualité de vie de la personne et pour diminuer les risques qu'elle retourne à l'hôpital », observe-t-il.

Mais le plan ratisse aussi plus large, puisqu'il englobe l'itinérance et fusionne les programmes de santé mentale et de dépendance. Il rappelle également la primauté de la personne, la reconnaissance des membres de l'entourage, la promotion et la défense des droits. « Tout ça devrait avoir un bon impact à long terme », commente le directeur par intérim du RACOR.

Le ministère souhaite en outre la création de centres intégrés pour les 12-25 ans. « L'un des problèmes qu'on a actuellement, c'est que, tant que les jeunes sont suivis par la pédopsychiatrie, ça va », explique M. Latulippe. Mais arrivés à 18 ans, ils passent à la psychiatrie adulte et c'est souvent là qu'on les échappe... Et finalement, ce sont eux qu'on retrouve dans la rue quelques années plus tard. C'est dire que d'étendre le suivi jusqu'à 25 ans est une excellente chose! »

Le financement au rendez-vous ?

Par contre, tant Daniel Latulippe qu'Yves Blanchette

s'inquiètent du financement des « belles mesures » énoncées dans le plan. « Ça requiert du financement », indique ce dernier. Or, malheureusement, le ministre nous annonce 70 millions de dollars de plus dans trois, quatre ou cinq ans, et en lien avec la réorganisation du réseau et des économies qu'il pourrait faire... »

En outre, la reconnaissance des groupes communautaires est un peu timide, estime Yves Blanchette. « Elle est là, on nous reconnaît, mais on nous reconnaît, mais on nous reconnaît, mais on nous reconnaît, mais on nous reconnaît », dit-il. Aussi, le type de financement pourrait remettre en question notre autonomie... »

Néanmoins, le directeur du ROBMSM 04-17 rapporte que, pour avoir rencontré récemment le Dr Delorme, « les volontés sont là et celui-ci veut travailler en collaboration avec nous. Le Dr Delorme ne nous dit pas que ce sera facile, mais je pense qu'il a la volonté... bien que l'application de tout ce que renferme le plan soit complexe et tributaire de la façon dont le système de santé réussira à se refinancer. »

« Si le plan était appliqué, ce serait une avancée remarquable », de conclure Daniel Latulippe.

Collaborateur
Le DevoirFÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Ça suffit.

LAISSEZ-NOUS SOIGNER.

À la FIQ, nous voulons prodiguer des soins sécuritaires et de qualité. C'est notre lutte et votre droit. Appuyez-nous.

fiqsante.qc.ca



SANTÉ

RÉSIDENCES PRIVÉES

Du « cheap labour » pour prendre soin des aînés

RÉGINALD HARVEY

Il y a eu recrudescence des résidences privées destinées aux aînés au cours des dernières années au Québec; un phénomène qui s'accroît dans le cadre du vieillissement de la population. Le personnel qui s'active en ces lieux gagne le plus souvent des salaires de misère, ce à quoi le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES-218/FTQ) tente de remédier.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux évaluait déjà, en 2006, que le Québec comptait 86 000 unités d'habitation avec services pour les personnes âgées; de ce nombre, la plupart appartiennent à des résidences privées à but lucratif. De son côté, le Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) rassemble actuellement dans ses rangs 700 membres qui se partagent 75 000 unités locatives.

Vice-présidente aux communications du SQEES, Danielle Legault brosse ce tableau du personnel des résidences qui dispensent des services: « On représente majoritairement dans ces endroits les préposées aux bénéficiaires, les gens qui travaillent dans les cuisines, à l'entretien ménager ou ailleurs, selon les services offerts. » Le syndicat regroupe plus de 6000 membres dans une centaine de résidences: « Ces personnes-là se voient confier de grandes responsabilités, des tâches de plus en plus lourdes et reçoivent une rémunération qui frôle le sa-

laire minimum. »

Les préposées remplissent des tâches qui passent notamment par la prise de bain, par toute une panoplie de soins personnels et par le transport d'un lieu à un autre: « On est aussi les confidentes de ces gens parce que, très souvent, pendant qu'on fait leur toilette, il y a des échanges avec eux; on les console, on les sécurise et on est également là pour tout cet aspect psychologique du travail. » Elle rapporte que ce personnel doit de plus faire le ménage des chambres, changer les lits et nettoyer les salles de bain.

Au bas de l'échelle...

Les préposées ne reçoivent pas la même formation que celles qui font partie des équipes de soins dans le réseau public; plutôt que de préparer un diplôme d'études professionnelles (DEP), elles sont astreintes à une formation moindre d'une durée d'environ 150 heures d'assistance à la personne âgée. Malgré cela, il leur revient, en cas de problèmes médicaux, « de s'occuper des traitements à l'insuline, de vérifier la tension artérielle, d'appliquer des crèmes et de faire prendre les gouttes; la préposée suit le bénéficiaire dans ses soins cliniques. »

Bien que les fonctions à remplir soient multiples et complexes, les conditions de travail ne correspondent pas à de telles exigences, comme le rapporte M^{me} Legault: « En moyenne, on a évalué qu'elles gagnent 12,50 \$ de l'heure; quelques-unes gagnent un peu plus et beaucoup d'autres, un



La campagne « Prendre soin de nous... c'est aussi pour vous » se déroule présentement dans le but de trouver les moyens d'améliorer le sort des personnels œuvrant dans les résidences privées.

JACQUES NADEAU LE DEVOIR

peu moins. C'est dommage parce que nos membres, en contrepartie, assurent aimer le travail qu'ils font malgré ce salaire. » Il y a plus: « Ce sont les chanceuses qui peuvent obtenir 40 heures de travail par semaine; habituellement, on tourne davantage autour de 25 à 30 heures. Finalement, c'est très exigeant comme travail et il y a très peu de reconnaissance en retour pour ce que ces préposées accomplissent. »

Elle souligne en outre qu'un problème de recrutement se pose dans les cuisines pour les résidences privées: « On a beaucoup de difficulté à obtenir des cuisiniers parce qu'on ne veut pas payer des gens formés dans ce domaine. Sans compter qu'on leur demande souvent de remplir des quarts de travail fractionnés. »

Vers de meilleures conditions

La campagne « Prendre soin de nous... c'est aussi pour vous » se déroule présentement dans le but de trouver les moyens d'améliorer le sort des personnels œuvrant dans les résidences privées. Danielle Legault en dégage les éléments porteurs: « On est affiliés à l'Union internationale des employés de service, qui a lancé un mouvement l'an dernier pour que les travailleurs dans le secteur du "fast food" obtiennent un salaire d'au moins 15 \$ de l'heure. On s'est inspirés d'eux et on s'est dit: si ces gens-là méritent un tel salaire, on pense que les personnes qui prennent soin chez nous de nos aînés, de nos fa-

milles et de nos parents méritent amplement d'obtenir eux aussi 15 \$ de l'heure. »

Ces travailleurs sont en majorité des femmes et elle lance ce message à ce propos: « Quand on embauche quelqu'un, le diplôme doit avoir une valeur. Dans ce cas, on reconnaît leur grand cœur et leur chaleur humaine, mais pas les compétences spécifiques qu'on exige d'elles et les salaires qui vont avec. On les considère comme des femmes et des mères qui prennent soin des autres et on pense qu'il est normal qu'il en soit ainsi. »

Uniformisation et rapport de force

Entre-temps, le Syndicat québécois des employées et employés de service a recours

à d'autres moyens d'action susceptibles de réserver un meilleur sort professionnel à ces travailleuses: il s'est efforcé de faire en sorte que les conventions collectives dans le secteur des résidences privées viennent à échéance en même temps à l'automne 2015: « Les gens sont très mobilisés et solidaires au moment où on s'apprête à tomber dans la période de négociation; on a hâte de voir comment l'employeur va réagir à nos demandes », signale M^{me} Legault.

La vice-présidente dévoile son plan de match: « On veut présenter quelque chose qui va se ressembler pas mal partout à partir du mois de mars prochain. On aimerait obtenir des conditions de travail qui seraient pas mal égales dans toutes les résidences: ce serait profitable pour les employeurs qui se plaignent d'un fort roulement de personnel; si le salaire offert est le même d'un endroit à l'autre, il devient moins intéressant de changer d'emploi. »

Il va de soi que le rapport de force prendra de la vigueur de la sorte: « Il est plus difficile d'en avoir un résident par résidence. L'idéal serait même d'avoir une seule convention pour l'ensemble de celles-ci s'il existe une volonté de la part des employeurs dans ce sens. C'est possible, mais il est certain qu'on comprend que les besoins peuvent différer localement, ce qu'on est disposés à considérer. Il n'en demeure pas moins que tout le monde aurait avantage à avoir les mêmes conditions de travail. »

Collaborateur
Le Devoir

Pour un Hôtel-Dieu public

Le caractère institutionnel de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) va être préservé, selon le gouvernement du Québec. Celui-ci prévoit y installer une superclinique, ainsi que des directions du ministère, des organismes sous son autorité et l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Une annonce qui ne satisfait pas pleinement le Conseil central du Montréal métropolitain (CCMM-CSN), qui rejette l'idée d'une privatisation des services.

ALICE MARIETTE

« Le projet de superclinique, de ce que l'on en sait, ne répond pas à nos besoins », lance Dominique Daigneault, présidente du CCMM-CSN. D'abord considéré comme excédentaire, le plus vieil hôpital de Montréal risquait d'être vendu à un promoteur privé et, de fait, d'être délesté de sa vocation hospitalière. Si la nouvelle annonce du gouvernement québécois de le transformer en un « pôle santé » permet de maintenir sa vocation hospitalière, elle n'est pas en complet accord avec les revendications du CCMM-CSN, avec la Coalition Sauvons l'Hôtel-Dieu. « Si une superclinique signifie de fermer des lits et de privatiser le service, il est clair que cela ne va pas dans le sens de ce que nous défendons », déclare M^{me} Daigneault.

Selon elle, avec près de 50 millions de dollars d'argent public investis dans la rénovation de l'urgence et l'amélioration de la cardiologie, du département des grands brûlés, de l'angioplastie, de l'hémodynamie, des soins intensifs et des salles d'opération, le caractère public des services de l'Hôtel-Dieu est incontournable. « Nous ne voulons pas de privatisation, tranche M^{me} Daigneault. L'Hôtel-Dieu est un hôpital modernisé, totalement fonctionnel, qui a bénéficié de nombreux travaux d'entretien et de modernisation avec des fonds publics, il doit donc rester dans le domaine public. »

La perte des 34 places en urgence de l'Hôtel-Dieu, alors que le taux d'occupation actuel avoisine les 100 %, est une problématique importante. « L'urgence de l'Hôtel-Dieu est moderne et efficace, qui sait répondre aux besoins de la population », précise la présidente du CCMM-CSN. Elle constate aussi que le manque de lits et de places grandissant à Montréal marque le déficit en matière d'accès à l'urgence, notamment pour les services de première et deuxième ligne. Quant à l'hôpital Royal Victoria, l'Université McGill a confirmé qu'elle voulait l'acquérir pour le convertir à des fins de recherche et d'enseignement. L'appel d'offres vient d'être lancé. « De nombreuses [consultations] externes sont aussi concernées à l'hôpital Royal Victoria et il y a des gens qui nous affirment qu'une partie de la population, notamment anglophone, qui se rend habituellement au Royal Victoria, se présente maintenant à l'Hôtel-Dieu », ajoute M^{me} Daigneault.

« L'autre élément qui nous inquiète, c'est la question de l'accès au service de proximité », précise la présidente. La population est très attachée à l'Hôtel-Dieu, le seul hôpital francophone pour adultes situé près du Mont-Royal. Pour le CCMM-CSN, le « pôle santé » que prévoit le gouvernement ne permet pas de répondre aux besoins de la population locale. « Sachant que le

secteur du Plateau Mont-Royal est un point de la ville densément peuplé, la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu, du Royal Victoria, combinée à l'augmentation de la population projetée par l'Institut de la statistique du Québec, fait craindre un véritable désastre pour les soins de santé », estime M^{me} Daigneault.

Pour le CCMM-CSN, l'avenir de cet établissement emblématique de la ville doit être pensé à long terme. « Les choix qu'on va faire aujourd'hui vont déterminer l'ensemble des pratiques du développement du quartier pour les 50 à 100 prochaines années, il faut donc faire des choix dans une perspective de développement durable en matière de réponses aux besoins des populations locales », considère M^{me} Daigneault.

Depuis 2013, outre le maintien des services de soins et de l'urgence, le CCMM-CSN, avec la Coalition Sauvons l'Hôtel-Dieu, propose l'installation d'un CHSLD public sur le site de l'hôpital, ainsi que l'aménagement de logements sociaux et d'espaces pour les besoins communautaires et culturels. « Actuellement, il y a des personnes âgées dans les hôpitaux qui mériteraient de bénéficier d'un environnement bien plus propice à leurs besoins. Un nouveau CHSLD public permettrait de libérer des lits, mais aussi d'offrir aux aînés des services qui répondent davantage à leurs besoins dans un milieu de vie et non dans un hôpital. » Elle rappelle par ailleurs que l'installation de logements sociaux permettrait aux personnes les plus défavorisées, mais aussi à celles de la classe moyenne, de rester dans le quartier, dont le prix des loyers est en constante évolution.

Puisque le projet annoncé par le gouvernement ne satisfait pas pleinement le CCMM-CSN, la mobilisation se poursuit avec la Coalition Sauvons l'Hôtel-Dieu. « On continue à rencontrer différents acteurs de la société civile, à sensibiliser les gens, nous avons aussi des rencontres politiques », précise Dominique Daigneault. « On continue à sensibiliser tout ce qui est sensibilisable et qui peut intervenir dans le dossier. La population locale est derrière nous et nous travaillons étroitement avec les comités de citoyens et les groupes communautaires qui sont dans le quartier. »

L'annonce faite le 25 septembre dernier par le gouvernement sur l'avenir des immeubles hospitaliers excédentaires de la Ville ne contenait aucun échéancier. Par ailleurs, si le projet actuel n'inclut pas la création de logements sociaux, d'autres pourraient tout de même voir le jour dans les pavillons toujours en vente de l'hôpital Notre-Dame, dans Ville-Marie.

Collaboratrice
Le Devoir

DES SYNDICATS QUI ONT DE L'IMPACT!

Fédération de la Santé du Québec

Centrale des syndicats du Québec

Une force régionale, une puissance nationale

lacsq.org

1316-993

SANTÉ

DOSSIERS MÉDICAUX

Des cliniques expérimentent de nouvelles plateformes numériques

Tout le potentiel des nouvelles technologies en matière de partage de l'information laisse entrevoir une optimisation de la première ligne dans le système de la santé. Entre ses projets-pilotes et l'informatisation de son réseau de la santé, où en est le Québec dans ce virage numérique?

ÉTIENNE PLAMONDON
ÉMOND

Les technologies numériques sont utilisées depuis décembre 2014 par le groupe de médecine familiale (GMF) de La Nouvelle-Beauce pour suivre à distance des patients souffrant de maladies chroniques. Ce projet-pilote du CEFRIO, un organisme qui accompagne les organisations dans leur utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC), implique une douzaine de médecins et infirmières, près de 200 patients, ainsi que leurs tiers aidants.

Une plateforme, nommée Espace santé personnel, regroupe un ensemble d'applications à l'aide desquelles tant le personnel médical que les patients peuvent ajouter des informations pour mettre à jour le dossier. Par exemple, une personne diabétique peut y noter de manière régulière les résultats de ses tests de glycémie. Ces données peuvent générer «des courbes» permettant de mieux visualiser l'évolution des tendances et les changements. «Pour le médecin, c'est un tableau de bord avec des rapports et des courriels. Il peut suivre le progrès de chacun de ses patients et intervenir en conséquence», explique Josée Beaudoin, vice-présidente Innovation et Transfert au CEFRIO. Chaque patient choisit d'inscrire ce qu'il souhaite et ce qui, selon lui, est important pour son suivi.

Ce profil numérique inciterait la personne à être davantage en interaction avec sa clinique, une dynamique qui favoriserait la prise en charge de la maladie par le patient lui-même. «Pour que le patient sente davantage le besoin de faire un suivi systématique, c'est intéressant de savoir que le médecin le regarde», souligne-t-elle.

Un Espace santé personnel est aussi expérimenté en milieu urbain, à la clinique médicale Angus de Montréal, celui-ci étant plutôt orienté vers le suivi en pédiatrie. Ces deux initiatives sont issues du projet Ma première ligne numérique en santé, mené par le CEFRIO en collaboration avec le CIRANO et TELUS Santé. Le CEFRIO documente l'implantation de ce projet, notamment l'appropriation des outils et son intégration dans la routine. Il devrait publier des rapports au sujet du cas du GMF de La Nouvelle-Beauce dans la prochaine année. «En 2016, on pourrait très bien tirer profit des leçons de ces deux cas de GMF pour en arriver à soutenir davantage de cliniques dans l'implantation d'approches comme celle-ci. On vise un déploiement, peu importe la technologie. C'est le processus et cette interaction par le numérique entre un patient et sa clinique qui sont à la base.» M^{me} Beaudoin précise que l'enjeu consiste aussi à permettre au médecin d'avoir un accès à des informations préalables avant de faire venir un patient en clinique. «Notre vision, c'est d'optimiser le temps de tout le monde.»

Sur l'ensemble
du territoire

Si l'Espace santé personnel constitue un projet-pilote autonome, l'utilisation du numérique tend à se répandre à travers le Québec pour améliorer la première ligne. La médecine à distance au moyen de TIC a d'abord été l'objet d'un certain flou, notamment en ce qui concerne le responsable de l'acte médical, alors que plusieurs intervenants pouvaient être impliqués. Mais la pratique de la télé-médecine a été encadrée en 2015 par le Collège des médecins avec la diffusion, en février dernier, d'un guide d'exercice en la matière. «Le frein qui reste, c'est que ce n'est pas implanté de manière uniforme à travers les régions», observe à ce sujet Marie-Pierre Gagnon, professeure à la Faculté des

sciences infirmières de l'Université Laval et experte dans l'évaluation des TIC en santé. Jusqu'à maintenant, on n'a pas d'orientation ministérielle très claire pour son déploiement, pour savoir quels services de télésanté vont être offerts, dans quelles régions et dans combien de temps.»

Quant à l'informatisation de la première ligne, elle croit que le Québec a pris un peu de retard par rapport aux provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. En date du 20 novembre, 5364 médecins et infirmières en clinique ou dans un groupe de médecine familiale adhéraient au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME), selon les chiffres fournis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. «Notre défi [au Québec], c'est d'arriver tous ces différents dossiers, notamment les dossiers des cliniques de première ligne, avec ce qui est disponible dans le Dossier santé du Québec (DSQ)», juge



MARKHATFIELD ISTOCK

L'Espace santé personnel permet aux patients d'ajouter des informations pour mettre à jour leur dossier. Par exemple, une personne diabétique peut y noter de manière régulière les résultats de ses tests de glycémie.

M^{me} Gagnon.

Six cent quatre sites de groupes de médecine familiale, 516 cliniques médicales, 399 cliniques médicales spécialisées et 39 unités de médecine familiale sont actuellement branchés au DSQ, en plus de 919 établissements publics. De plus, 98% des pharmacies, 90% des laboratoires de biologie médicale et 58% des laboratoires d'imagerie médicale alimentent le DSQ.

M^{me} Gagnon a par contre constaté, dans les dernières années, une interopérabilité difficile entre les différents systèmes, notamment en ce qui concerne la prescription des médicaments. Neuf solutions technologiques différentes provenant de sept fournisseurs sont actuellement homologuées par Québec pour être compatibles avec le DSQ. «Il y avait parfois certaines erreurs dans la façon

dont les données transigeaient entre le dossier médical et le système d'information en pharmacie», affirme-t-elle. Parfois, des données se perdaient dans la communication entre deux systèmes informatiques différents et ces problèmes auraient suscité une méfiance chez certains médecins, raconte-t-elle.

«La première ligne, c'est vraiment là où le partage de toute l'information concernant un pa-

tient entre les intervenants est capital. On n'en est pas encore tout à fait là, considère M^{me} Gagnon. Malgré le fait que l'imagerie médicale, les tests de laboratoire et les prescriptions — les trois gros morceaux du DSQ — sont techniquement là, lorsque les cliniciens veulent aller chercher ces informations, ce n'est pas toujours dans les bons formats et ce n'est pas toujours convivial. Donc ils vont utiliser d'autres moyens.»

Selon M^{me} Gagnon, un autre défi à relever dans les prochaines années sera de revoir le cadre légal du partage de l'information pour le faciliter tout en préservant la confidentialité et l'intégrité des données. Actuellement, un dossier ne peut quitter l'établissement, le médecin en étant le gardien. Le patient est propriétaire des informations qu'il contient, mais non du dossier physiquement, qu'il ne peut rapporter chez lui, à moins d'en faire une photocopie. La dématérialisation des données bouscule ce principe. «Il y a des projets-pilotes de dossiers dans lesquels c'est le patient qui devient le gardien de tout. Mais ce n'est pas encore tout à fait au point et tout à fait implanté», souligne M^{me} Gagnon.

Collaborateur
Le Devoir

AVOIR SON MOT À DIRE C'EST BON POUR LA SANTÉ

Dès la formation de ses étudiants, l'UdeM mise sur une approche novatrice qui lie le patient et ses intervenants de la santé. Au cœur même des décisions prises sur ses soins, le patient devient un partenaire essentiel de l'équipe soignante en plus de contribuer au développement des connaissances.

Université 
de Montréal