

LÉON
DONTIGNY MD

ZONES FRANCHES

RÉFLEXIONS
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

L'actualité en mémoire

ÉDITION
PROPRIO

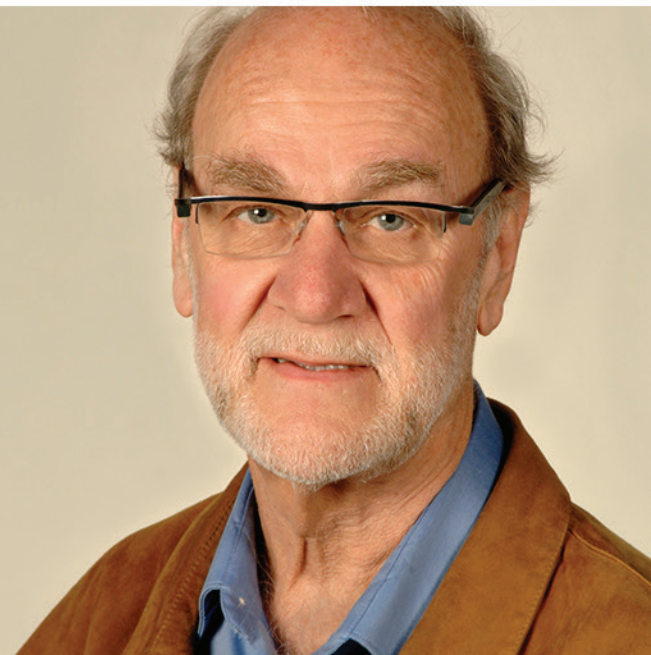


TABLE DES MATIÈRES

ZONES FRANCHES.....	3
---------------------	---

AVANT-PROPOS.....	4
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

UN CHEMINEMENT

- Origine modeste.....	6
- De la psychanalyse à la chirurgie.....	7
- Cleveland.....	9
- San Francisco.....	10
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.....	11
- Agence de Santé et de Services Sociaux de Montréal.....	14
- Institut de Cardiologie de Montréal.....	15

UN PEU D'HUMOUR

1. Le syllogisme.....	16
2. La zone de confort.....	16
3. La mauvaise direction.....	16
4. La méthode Toyota au MSSS.....	17
5. La cigale et la fourmi.....	17
6. La parallaxe.....	18
7. Une patiente alerte.....	18
8. Ne me pique pas.....	19

DEUXIÈME PARTIE

MA PREMIÈRE EXPÉRIENCE.....	21
- Des jeux de l'empire à l'empire des jeux.....	21

LA NOUVELLE DONNE.....	23
------------------------	----

L'ÈRE BARRETTE

1. La loi 10.....	24
2. La loi 20.....	25
3. Financement par activités et CMS.....	26
4. L'appendicite du Dr. Barrette.....	27
5. Le bon remède.....	28
6. L'accès aux soins : les vraies affaires.....	29
7. La médecine uniciste.....	30
8. La santé en mode télécommande.....	31
9. Un demi-siècle de débordement des urgences.....	33
10. Le message de Philippe Couillard.....	34



LE RETOUR AUX SOURCES

1. Du serment d'Hippocrate au serment professionnel..... 35
2. La crise du CHUM..... 35

L'ÉCONOMIE EN SANTÉ..... 37

1. Le capitalisme créatif au secours de la santé..... 37
2. Lettre ouverte à M. Warren Buffet..... 39
3. Le modèle Cleveland..... 40
4. L'iniquité en santé..... 41
5. La médecine à l'ère industrielle..... 42
- 6 Les indignés de la rue..... 45
- 7 Deux poids deux mesures..... 46
- 8 S'investir et investir en santé..... 47

LA SURALIMENTATION

- L'exploit du ministre..... 48

LES SOINS DE FIN DE VIE


1. Soins palliatifs et aide médicale à mourir..... 50
2. La compassion..... 50
3. Le message de Laurent Laplante..... 52
4. L'aide à mourir au menu médical..... 52
5. Soins de fin de vie : un droit constitutionnel au Québec..... 53

MÉDECINE SPORTIVE

1. Une nouvelle entité..... 55
2. Commotion cérébrale : la roulette russe..... 56
3. Le pendule de la commotion cérébrale..... 56
4. Plaidoyer pour Eugénie..... 57

TROISIÈME PARTIE

AU FIL DU TEMPS

1. Soigner et prendre soin..... 59
 2. Il n'y a pas de fumée sans feu..... 60
 3. Manque de pot..... 61
 4. Pitbull – l'autre bout de la laisse..... 62
 5. Les soins médicaux humanisés..... 63
 6. La défibrillation cérébrale..... 64
 7. Témoins de Jéhovah et chirurgie..... 65
 8. Une tempête de neige dans une république de bananes..... 66
 9. Le don de vie..... 67
 10. Une attitude malléable..... 67
 11. Une lame malléable laissée dans l'abdomen..... 68
 12. La maladie et le malade : deux entités distinctes..... 69
- 



REGARD SUR LA SOCIÉTÉ

1- Faits divers

- Les lundis de Monsieur John R. MacArthur..... 71
- Les Anglais séparatistes..... 72
- L'Angleterre société distincte..... 73

2- Le phénomène Trump

- Le déclin de l'empire américain..... 74
- Le fantôme de la liberté..... 75
- Le Berlusconi américain..... 76
- La croisade de Donald Trump..... 77
- Donald Trump n'est pas un idiot..... 77
- Les faits alternatifs..... 79
- Scaramouche à la Maison Blanche..... 79
- La politique américaine au temps de la Renaissance..... 80

POUR LA SUITE DES CHOSES..... 82

REMERCIEMENTS..... 83



L'AVENIR N'EST PLUS CE QU'IL ÉTAIT

- Paul Valéry

ZONES FRANCHES

Les zones franches sont des espaces réservés dans lesquels les marchandises bénéficient d'avantages fiscaux. Historiquement elles remontent à l'antiquité puis elles ont été développées par les commerçants grecs au pourtour de la Méditerranée. Aujourd'hui elles se retrouvent un peu partout à travers le monde sous diverses modalités. Pour nous, les plus connues sont les boutiques hors taxe que l'on retrouve aux douanes ou dans les aéroports.

Que vient donc faire ce concept en médecine?

Depuis plusieurs années déjà, certains hôpitaux étaient en manque d'espace au bloc opératoire pour écouler leurs listes d'attente alors que d'autres hôpitaux avaient des espaces disponibles. Par exemple des patients de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont sont opérés à l'hôpital Santa Cabrini, avec des ententes financières particulières.

Fort heureusement le ministère de la santé a encouragé et supporté ces initiatives et a baptisé les espaces d'accueil : zones franches. Cette terminologie n'est pas encore très répandue mais elle fait bel et bien partie de la sémantique du ministère.

Par ailleurs le projet de l'hôpital du Sacré-cœur de Montréal avec le centre Rockland MD utilise la même formule et devrait bénéficier du même statut, avec des ententes financières particulières qui devraient tenir compte de cette réalité. En effet les patients de Sacré-Cœur opérés à Rockland relèvent du système public et non du système privé.

Enfin pourquoi ai-je choisi ce titre?

Cette expression est très jolie et, je l'espère, deviendra d'usage courant.

Les zones franches sont un bel exemple de collaboration des gens du terrain avec le ministère plutôt que des fusions imposées d'en haut qui bousculent les équipes et consomment beaucoup de temps et d'énergie inutilement.

Livre numérique – format PDF
Ville de Mont-Royal, le 23 avril 2018
Journée anniversaire de l'auteur

AVANT-PROPOS

Mes origines modestes m'ont appris jeune le sens de l'équité, du partage et du don de soi. Soigner est une responsabilité mais aussi un privilège, celui de donner ce qu'on a reçu.

Au moment où je complétais ma formation en chirurgie générale, j'ai eu l'opportunité de remplacer un chirurgien durant deux semaines en région. En fin de consultation, on me payait en argent sonnante, souvent même avec des pièces de cinq ou dix sous, ce qui me rendait mal à l'aise. Fort heureusement lorsque j'ai commencé à pratiquer, les secrétaires réglaient le tout avec la fameuse castonguette et l'argent ne faisait plus partie de la relation privilégiée médecin- patient.

Je suis profondément reconnaissant d'avoir pu exercer ma profession dans un système public, mais avec le temps, il m'est apparu de plus en plus difficile d'accepter sans réagir une structure organisationnelle et un fonctionnement avec lesquels j'étais en désaccord profond. Mon cheminement m'a amené à cette prise de position.

Lorsque j'ai pris ma retraite en 2012 à l'âge de 72 ans, mon intention était de poursuivre mes efforts pour améliorer notre système de santé. Passé de l'action à la réflexion, je disposais d'un outil précieux qui fait cruellement défaut lorsqu'on est dans l'action, le temps. Aussi, j'espérais avoir plus de succès à forcer les portes du temple monolithique du ministère de la Santé où règne une oligarchie qui gère de haut en bas (top down) comme dans l'armée.

Mon problème était entier puisque je n'avais aucune idée comment m'y prendre. Je me suis donc accroché résolument à l'actualité en notant mes réflexions sur les sujets que je considérais controversés. Il s'est avéré que ces textes prenaient spontanément l'aspect d'articles et je me suis mis à en soumettre à quelques quotidiens, avec un taux de publication limité et peu de commentaires à propos de ceux qui étaient choisis. Avec une certaine frustration, je demeurais convaincu qu'ils méritaient davantage d'attention.

De journaliste improvisé à écrivain en herbe, j'ai regroupé tous ces textes dans un ensemble cohérent, qui permettra au lecteur de se familiariser avec les problématiques souvent complexes de notre système de santé. Ce système, je suis prêt à le défendre et je peux en témoigner avec connaissance pour y avoir œuvré durant 40 ans.

S'il existe des liens entre la santé et la société dans laquelle elle évolue, j'ai aussi profité de mon rôle d'observateur pour apporter quelques réflexions sur cette société riche en turbulence et en rebondissement.

Enfin, il fallait trouver une formule qui puisse conférer une certaine pérennité à des sujets sortis du radar de l'actualité. Une fois mises en contexte, ces réflexions demeurent actuelles malgré le passage du temps.

« Il n'est pas de vérité qui ne résiste à l'épreuve du temps. »

- Chateaubriand

PREMIÈRE PARTIE

MON CHEMINEMENT

Origine modeste

Le 3^e d'une famille de sept enfants, je suis né dans un quartier ouvrier du sud-est de Montréal, « le faubourg à m'lasse », du nom de ce sirop des pauvres qui a marqué l'imaginaire de façon indélébile. L'usine de fabrication était située près des quais du fleuve Saint-Laurent et la petite histoire veut que lors de chargements, les débardeurs échappaient un baril. Avisées du subterfuge, les femmes du coin venaient remplir de mélasse leurs casseroles.

Nous demeurions sur la rue De Montigny devenue De Maisonneuve. Derrière chez nous, sur la petite rue Champagne qui faisait le panégyrique en introduction du téléroman *Rue des pignons*, il y avait une boulangerie artisanale. Le vendredi était un jour maigre dans la bonne tradition catholique et il arrivait assez régulièrement qu'on se fasse un festin : des « binnes » avec de la m'lasse. Le jeudi soir, plusieurs familles venaient aligner leur pot en grès que le gentil boulanger mettait au four durant la nuit, lorsqu'il avait fini de cuire son pain. Le vendredi midi, au retour de l'école, les jeunes s'empressaient de récupérer le précieux contenant.

Le quartier était pauvre. Un ami qui faisait partie d'une famille de 14 enfants n'avait pas la force de venir à l'école le mercredi parce que c'était son jour de la semaine où il ne mangeait pas.

Ma mère arrondissait les fins de mois en faisant de la couture, surtout le soir, souvent tard et la fin de semaine. Mon père était opérateur de machinerie lourde sur les chantiers de construction et ne prenait jamais de vacances.

Mon père avait un problème de surdité et les bruits de fond n'étaient pas décelés dans son registre de décibels. Lorsque la chamaille des enfants était à son paroxysme, il restait barricadé derrière son journal, au grand dam de ma mère qui devait le sortir de son isolement privilégié. Durant l'été, lorsque j'ai commencé à travailler sur les chantiers avec lui, nous prenions souvent l'autobus ensemble. Non incommodé par les bruits de fond, mon père parlait à voix basse. Lorsque le moteur s'activait, je ne l'entendais plus et je devais le faire répéter alors que de mon côté j' levais la voix. Pour quelqu'un qui nous aurait observé, c'est moi qui avais l'air du sourd.

Au primaire, j'ai servi la messe à la chapelle de la prison des femmes sur la rue Fullum, tout près de l' cole, en me levant à six heures. Chaque messe rapportait 10 cents et j'ai augmenté mon pécule en montant les échelons en fin de semaine comme

thuriféraire puis cérémoniaire. Une semaine pleine pouvait rapporter la somme rondelette de 1\$.

À 14 ans, alors que j'étais au collège, j'ai fait mes débuts sur les chantiers durant l'été comme porteur d'eau (water boy) à 60 cents l'heure. L'année suivante, j'étais promu au rang de manœuvre à 1.15\$ l'heure. Comme mon père, je ne prenais pas de vacances.

J'ai fait mon cours classique au collège Sainte-Marie et j'étais intéressé davantage par les arts que les sciences. Chaque année, une soirée dite parascolaire se déroulait sur le plateau du théâtre Gesù attenant au collège et permettait aux élèves d'exposer leurs talents en art dramatique. L'idée de faire un documentaire qui serait présenté à cette soirée a été lancée. J'ai soumis un scénario, en concurrence avec Stéphane Venne et Denis Arcand, un peu plus jeunes, mais au talent déjà manifeste. Il va sans dire que mon scénario n'a pas été retenu et en consolation, j'ai eu la chance de présider la cérémonie.

En classe de philo, mon ami Jean-Claude Germain avait choisi de monter une pièce existentialiste *Le bœuf sur le toit* de Jean Cocteau. Surveillé de près par le Préfet des études qui avait exigé d'ailleurs d'éliminer certains passages, nous avons commencé à travailler quelques scènes, dont l'une où je déclame avec emphase, à la Hitler, un texte grec inventé de toutes pièces par Jean-Claude.

Dans le feu de l'action, il imagina une immense toile d'araignée qui couvrirait toute l'arrière-scène du Gesù et qui exigerait de se procurer beaucoup de cordages. Je m'en occupe, lui dis-je avec un brin de fierté. Avec deux autres complices, en auto, à minuit, par un temps morne et pluvieux d'automne, on attaque sournoisement les cordes à linge. Quelques jours plus tard, à notre grande stupéfaction, l'immense boîte remplie de cordes à linge se retrouve dans le bureau du Préfet. C'est la fin d'un beau rêve et Jean-Claude, qui prend tout le blâme, est chassé du collège.

Plus tard, lorsque j'ai informé Jean-Claude que j'avais choisi la chirurgie, faisant référence au chirurgien qui entre en salle d'opération comme on entre en scène, il s'est exclamé : « Mais Léon, la chirurgie, c'est du théâtre! »

De la psychanalyse à la chirurgie

Dans mes lectures, j'ai développé un intérêt pour la psychanalyse. Un confrère connaissait un psychanalyste et je suis allé le rencontrer. J'ai beaucoup apprécié nos échanges et ce fut un moment charnière, d'autant plus que ce psychanalyste non médecin m'a suggéré de devenir d'abord psychiatre, pour ensuite faire de la psychanalyse une sur-spécialité. L'aventure me plaisait, mais exigeait un virage à 180°, puisque je devais d'abord être médecin, ce que je n'avais jamais considéré.

C'est ainsi que je suis entré à l'école de médecine de l'Université de Montréal. Lorsque j'ai fait mon stage de psychiatrie, je me suis vite rendu compte que ce n'était pas pour moi. Ironiquement, le seul examen que j'ai coulé durant mon cours de médecine est celui de psychiatrie, démontrant à quel point mon intérêt pour la psychanalyse était beaucoup plus intellectuel que scientifique.

Je me retrouve donc en troisième année de médecine, sans but précis et j'allais abandonner. Le matin du premier examen de fin d'année, je vais rencontrer le Doyen en lui expliquant que j'allais rentrer chez moi et décider si éventuellement j'allais revenir ou me réorienter. Il m'a tout simplement dit que ça ne se faisait pas. « Surtout, ne soyez pas en retard à l'examen et allez jusqu'au bout ; on ne reprendra pas quelqu'un qui a lâché ». Le Doyen a touché la fibre sensible et je suis allé au front.

Fort heureusement, nous avons commencé à faire des stages dans les hôpitaux et je dois dire que le contact avec les malades attirait ma curiosité et ma compassion. La science médicale prenait un nouveau sens, avec un visage, une personne, et la maladie devenait l'ennemi à combattre. Armés d'un stéthoscope qui nous identifiait à la confrérie, nous prenions d'assaut les salles de patients qui se prêtaient généreusement à l'exercice d'un questionnaire et d'un examen approfondis. À la fin du stage, nous passons un examen supervisé par un patron. Lorsque j'ai appris que c'était le Dr. Paul David, mes amis me plaignaient parce qu'il avait la réputation d'être sévère. Mais j'étais plutôt enchanté de connaître cet illustre professeur fondateur du non moins illustre Institut de cardiologie de Montréal. La patiente qui m'a été attribuée était charmante et elle présentait un tableau classique de sténose (rétrécissement) de la valve mitrale. Au moment d'examiner le cœur, j'écarte pudiquement la jaquette et j'entends d'une voix ferme et un peu nasillarde qui m'a fait sursauter : « Docteur, vous examinez comme un curé ». Finalement ça s'est très bien passé.

La cinquième année, qui est l'internat, nous amène à mettre en pratique toutes ces années de formation, avec un premier niveau de responsabilité dans la hiérarchie de prise en charge des patients. Plusieurs disciplines m'intéressaient et c'est alors que mon exposition à la chirurgie a été marquante. J'avais la nette impression que le traitement chirurgical était plus expéditif et que le résultat était plus tangible qu'en médecine.

Durant ma formation en chirurgie générale, un confrère de retour d'un congrès m'a fait entendre l'enregistrement d'une conférence du chef du Département de chirurgie cardiaque à la prestigieuse Cleveland Clinic. Il faisait état de leurs résultats spectaculaires chez les patients porteurs d'une maladie coronarienne sévère. J'ai été littéralement envoûté et j'ai tout de suite amorcé les démarches pour joindre leur programme.

Parenthèse

Lorsque se termine le cours de médecine, la formation postdoctorale en médecine générale ou en spécialité porte le nom de résidence et le jeune médecin devient résident. Si le résident poursuit une formation complémentaire, il passe au fellowship et devient fellow.

Cleveland

Ayant obtenu une entrevue avec le chef du Département, je me dirige vers l'aéroport. Un accident provoque un bouchon et je rate le départ qui devait m'emmener à Cleveland tôt le matin avant que ne se mette en branle le programme de chirurgie. J'arrive à la Clinique dans l'après-midi et on me dirige vers la salle d'opération. Le grand Chef de six pieds trois pouces, affairé à remplacer une valve, m'informe en quelques mots qu'il a étudié mon dossier et mes références et que dans les circonstances, je suis accepté sans entrevue. Je rentre à la maison sur un nuage.

Lili et moi avons décidé de nous marier avant de partir pour les États-Unis. Le chef du département de chirurgie comprenait mal que je demande une semaine de vacance en dehors des périodes prévues, compte tenu que la dernière année du stage est celle où le résident senior prend charge d'un service complet et est constamment occupé, sinon débordé. Mon record cette année-là a été de rentrer à l'hôpital un lundi matin et d'en ressortir le lundi soir suivant.

Nous nous sommes mariés le jour des Rois, après la seule semaine de vacance disponible qui m'a été accordée. Nous avons donc convenu que notre séjour en sol américain serait une longue lune de miel.

Après avoir complété mes quatre années de résidence en chirurgie générale, je pars pour deux ans à Cleveland. C'est là que j'ai rencontré celui qui allait devenir mon mentor, le Dr. Rene Favaloro, chirurgien exceptionnel reconnu mondialement comme pionnier du pontage coronarien. Son attitude, son souci du détail et son engagement indéfectible ont influencé profondément ma pratique, et en particulier mon intérêt pour la chirurgie coronarienne. J'ai eu le privilège de publier un article avec lui dans la revue française *Cœur*.

Les américains accueillent beaucoup d'étrangers et ils ont l'habitude d'accoler le plus rapidement possible une étiquette pour savoir à qui ils ont affaire. Il est donc souhaitable de donner une bonne impression dès le début. Un incident m'a fourni cette opportunité. Au département d'hémodynamie, où se pratiquaient les angiographies des artères coronaires, une biopsie (prélèvement de tissu) cardiaque avec aiguille à travers le thorax se complique d'une perforation, provoquant une tamponnade (le sang accumulé dans l'enveloppe du cœur l'empêche de se remplir et de se vider efficacement). La patiente est amenée en trombe sur civière à la salle

d'opération avec un tableau clinique d'arrêt cardiaque. Je suis disponible et je procède immédiatement à l'ouverture du thorax, à la décompression du cœur et à la suture de la brèche ; la patiente a bien récupéré. Lors d'un arrêt cardiaque, avant l'arrivée récente du massage cardiaque et du défibrillateur externes, il fallait ouvrir le thorax pour procéder au massage et à la défibrillation. Étant familier avec cette manoeuvre, ce n'était pas pour moi un exploit, mais ce geste spectaculaire m'a doté d'une bonne étiquette de la part de mes confrères et du Chef de Département.

Ces mêmes Américains sont des travailleurs infatigables et disciplinés. La cafétéria ouvrait à 6h30 et notre groupe, composé d'une dizaine de lève-tôt, arrivait avant l'ouverture pour être les premiers servis. Durant le déjeuner, nous passions en revue la centaine de patients hospitalisés dans le service et les rôles étaient ensuite distribués dans l'un des trois secteurs d'activités : en salle d'opération, aux soins intensifs ou sur les étages où était assigné le fellow de garde qui couvrait les admissions, les congés et le suivi des patients opérés. Les nuits de garde étaient courtes en sommeil et le mot fatigue ne faisait pas partie du vocabulaire. Ces deux années ont été exigeantes mais exaltantes, pour moi mais aussi pour mon épouse, qui avait une expérience particulière comme infirmière de salle d'opération en neurochirurgie. Lorsqu'on a découvert qu'elle avait travaillé avec le Dr. Jules Hardy, neurochirurgien montréalais reconnu comme une sommité mondiale avec sa chirurgie innovatrice de l'hypophyse, elle est devenue en grande demande. Nos jours de repos ensemble n'étaient pas nombreux mais d'autant appréciés.

San Francisco

Ma formation devait se compléter avec une année de recherche pour répondre aux exigences du Fellowship du Collège Royal du Canada. J'avais choisi comme projet la technologie de support cardio-circulatoire, i.e. des appareils qui supportent le cœur et les poumons lorsque ces organes sont défaillants au point où la vie du patient est menacée. Le Dr Donald Hill, canadien d'origine installé à San Francisco, était un jeune chirurgien déjà considéré comme une autorité dans ce domaine de recherche plus clinique que fondamental. Mon choix s'est avéré très heureux et même si j'ai beaucoup travaillé, n'étant jamais de garde, je disposais de beaucoup de temps et j'étais toujours disponible, parfois même en dehors des heures, la nuit ou les fins de semaine. De plus, à cause de ma formation chirurgicale, j'ai collaboré au laboratoire animal à des projets de plusieurs autres fellows, ce qui m'a permis d'approfondir mes connaissances en recherche fondamentale.

Don Hill disposait d'un équipement de circulation extra corporelle (cœur-poumon, comme en salle d'opération) transportable, avec lequel il avait maintenu en vie six cas in extremis, dont une dame canadienne durant sept jours. Comme il faut éclaircir le sang de façon prolongée pour l'empêcher de coaguler au contact de surfaces étrangères, les patients sont décédés de cause hémorragique.

Don m'a demandé de mettre au point une méthode de suivi continu du niveau de coagulation du sang* pour éviter les saignements. Un jeune homme, happé par une voiture une semaine auparavant, présentait une atteinte sévère de sa fonction respiratoire et les médecins traitants, hautement qualifiés, étaient arrivés à la conclusion qu'il n'allait pas survivre. L'un d'eux connaissait les travaux du Dr. Hill et en désespoir de cause lui a demandé de tenter une autre expérience. Équipe et équipement à bord, nous nous sommes rendus par avion aux soins intensifs d'un Hôpital régional de Santa-Barbara. Le patient a été maintenu durant 75 heures avec circulation extra-corporelle et il a survécu sans séquelles. Ce premier survivant a fait l'objet d'une publication dans le prestigieux New England Journal of Medicine.

** Un hématologiste de Sacramento, à une heure de voiture, venait de mettre au point un test qu'il a appelé ACT (Activated Clotting Time – temps de coagulation activé). Je suis allé le rencontrer et c'est ainsi que j'ai pu mettre au point un protocole de suivi en répétant à chaque heure, jour et nuit, le ACT. Aujourd'hui, ce test est mécanisé et utilisé couramment en chirurgie cardiaque et dans plusieurs autres disciplines, dont la cardiologie et la néphrologie*

Mon ami canadien passait beaucoup de temps aux soins intensifs qui étaient d'ailleurs baptisés Hill's City. Secondé par 4 ingénieurs gracieusement prêtés par la compagnie IBM, il a beaucoup contribué à créer des programmes de suivi électronique continu des paramètres physiologiques comme le pouls, la tension artérielle, la pression dans l'artère pulmonaire, la consommation d'oxygène, le débit cardiaque. J'ai passé beaucoup de temps à collaborer avec lui et j'ai pu intégrer cette expérience unique dans ma carrière clinique et académique.

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

C'est en 1972 que j'ai été recruté à l'hôpital du Sacré-Coeur, où j'ai pratiqué durant 33 ans. Je débutais enfin comme patron après toutes ces années de formation et j'entendais de la part de plusieurs confrères : « C'est là que ça se passe »

Situation non prévisible dans un hôpital autrefois sanatorium à la campagne, les patients polytraumatisés se sont mis à affluer aux confins d'autoroutes et d'une démographie en expansion de part et d'autre de la Rivière Des Prairies. D'un petit groupe d'exaltés, tout l'hôpital a été impliqué dans ce qui allait devenir un Centre de Traumatologie selon le modèle des meilleurs centres américains. Avec mon ami Le Dr. David Mulder de l'Hôpital général j'ai contribué durant 20 ans au Comité de traumatologie du Collège Américain de Chirurgie à titre de Directeur provincial puis Chef régional pour le Québec, l'Ontario et les Maritimes. Nous avons pu ensemble établir les bases de la prise en charge des traumatismes sévères dans nos hôpitaux respectifs, puis au Québec et au Canada, en adoptant et en adaptant le modèle américain de ce côté-ci de la frontière.

La traumatologie a constitué un champ d'activité considérable dans ma carrière. Pendant mon stage aux États-Unis, les Américains avaient déjà publié un livre blanc intitulé *Trauma, the neglected disease of our modern times* (les traumatismes, maladie négligée de nos temps modernes). À titre d'exemple, pendant la guerre du Vietnam qu'on a pourtant qualifiée d'apocalypse, chaque année sur les routes américaines il mourait plus d'Américains que durant tout le conflit. C'est à cette époque que j'ai établi mes premiers contacts.

Arrivé à Sacré-Cœur, l'occasion était rêvée d'en faire un secteur d'excellence. Il fallait convaincre entre autres le ministère de la Santé de cette approche nouvelle. Fort heureusement, sous l'impulsion du ministre Marc-Yvan Côté, la Régie devenue plus tard la Société de l'assurance automobile du Québec a pris un leadership qui nous a permis d'aller de l'avant. Une étape marquante qui a démontré de façon spectaculaire ce que nous voulions accomplir a été la couverture médicale de la course automobile Grand Prix du Canada avec la collaboration du Directeur médical le Dr. Jacques Bouchard.

Durant la guerre de Corée, les Américains ont introduit les fameux *MASH (Mobile Army Surgical Hospital* -- hôpital militaire chirurgical mobile) situés près des zones de combat et qui permettaient le traitement des traumatismes avec peu de délai. Toutefois au Vietnam, les Américains ont dû faire face à une guerre de brousse, et l'évacuation difficile retardait beaucoup trop le traitement. C'est alors qu'ils ont introduit l'évacuation par hélicoptère pour se rendre compte que, une fois en vol, il était plus logique de passer outre le MASH et de se diriger directement à l'hôpital où l'on disposait de toutes les facilités nécessaires. Cette expérience a amené un nouveau concept fondamental en traumatologie. Lors d'un accident, le patient n'est pas amené à l'hôpital le plus près, mais à l'hôpital qui est le mieux équipé pour répondre à son besoin particulier. Sacré-Cœur est l'hôpital le plus éloigné de l'île Notre-Dame mais il agissait déjà comme un centre dédié, et l'évacuation par hélicoptère ne prenait que sept minutes. L'aménagement d'un hélicoptère à Sacré-Cœur a non seulement frappé l'imagination, mais il a surtout démontré la logistique de la prise en charge des polytraumatisés à l'échelle locale, régionale et provinciale. L'hélicoptère était affublé comme il se doit d'une manche triangulaire qui signale la direction et la force du vent. Certains l'ont baptisée la tuque à Dontigny.

Les Américains avaient conçu un cours de formation appelé ATLS (Advance Trauma Life Support- Cours avancé de réanimation en traumatologie) qui s'étalait sur trois jours. Il comprenait de l'enseignement théorique, des ateliers pratiques en salle de cours et au laboratoire animal, de même que des séances de simulations de patients accidentés, maquillés de façon professionnelle et que des étudiants en médecine jouaient avec brio. Le cours comprenait aussi un manuel que l'équipe de Sacré-Cœur a traduit et le cours a été offert à plus de 2000 médecins à travers le Québec avec la contribution des quatre universités : Montréal, McGill, Laval et Sherbrooke.

Par la suite, le programme de traumatologie a été pris en charge par le service de chirurgie générale sous la direction du Dr. Ronald Denis qui a été le premier chirurgien au Québec à compléter une formation post-doctorale en traumatologie à Détroit, l'un des « Trauma Centers » les plus en vue aux États-Unis.

La création d'un comité provincial sous l'égide des Drs. Pierre Fréchette et Pierre Lapointe (les deux pierres d'assises du programme québécois) a permis de couvrir l'ensemble du territoire avec un protocole de prise en charge des accidentés et leur orientation prédéterminée vers des centres de traumatologie désignés.

Mon séjour de trois ans aux Etats-Unis avait été très enrichissant et je considérais que je leur devais beaucoup. C'est donc avec enthousiasme que j'ai collaboré avec eux. Toutefois, après l'attentat terroriste du 11 septembre (*nine eleven*) lorsque le Président Georges W. Bush a déclaré dans son discours de l'Union « vous êtes avec nous ou avec les terroristes », j'étais révolté et j'ai coupé les ponts avec eux, d'autant plus que les collègues chirurgiens avec qui j'en discutais étaient tous derrière leur président. J'étais impressionné par leur patriotisme indéfectible, mais je ne pouvais croire que des gens sérieux et responsables puissent souscrire à une telle croisade.

Le programme de chirurgie cardiaque a été introduit à Sacré-Cœur peu de temps avant mon arrivée. Notre service couvrait la chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique avec des gardes jumelées pour couvrir les cas d'urgence. Nous avions tous une pratique académique, soit en enseignement, soit en recherche clinique ou fondamentale. Pour ma part, j'ai choisi l'enseignement dans les secteurs qui correspondaient à ma formation : la chirurgie, les soins intensifs et la traumatologie. Comme professeur « de clinique » de l'université de Montréal, d'adjoint jusqu'au titulariat, j'ai pu ainsi côtoyer plusieurs générations de résidents en formation que j'ai toujours du plaisir à croiser au hasard de mes déplacements (incluant Philippe Couillard et Gaétan Barrette).

La chirurgie cardiaque était un domaine relativement récent. La circulation extra corporelle a été introduite dans les années 50 et a permis de corriger les lésions congénitales. Les années 60 ont connu l'essor du remplacement des valves et la décennie 70, le pontage coronarien qui permettait de rétablir le flot sanguin au-delà des blocages sur les artères du coeur. Côtoyer la mort au quotidien ajoute au défi d'améliorer la qualité de vie, celui d'assurer la survie. Comme dans les autres disciplines, cette chirurgie repousse constamment ses frontières, mais le travail d'équipe, la technologie et le raffinement des techniques ont fait que, dans la majorité des cas, tout se passe bien. Au cours d'une carrière, soumettre quelques milliers de patients à une intervention qui met leur vie en danger est une expérience exigeante mais des plus gratifiantes. Un jour d'automne frisquet, un patient opéré disparaît des soins intensifs, à l'insu du personnel. Une heure plus tard, le patient en robe de chambre rentre au bercail en s'excusant d'être allé marcher dehors: « il y a tellement d'années que je n'ai pas aussi bien respiré ». À la chirurgie planifiée s'ajoutent les

appels et les interventions d'urgence et je suis fier d'avoir participé, dans notre système public, à ce contingent de travailleurs de la santé prêts à se mobiliser beau temps mauvais temps, le soir, la nuit, les fins de semaines et durant tous les congés de l'année.

Un ami urbaniste s'est vu confier la tâche de proposer la création d'un musée des sciences et de la technologie. La première réunion est dirigée par M. Louis Balthazar, ancien élève bien connu du Collège Sainte-Marie. Autour d'une table qui réunit une trentaine de personnes, chacune est invitée à faire une première proposition succincte en lien avec son champ d'expertise. Lorsque mon tour arrive, ne sachant pas trop comment aborder le sujet, je raconte tout simplement ce qui se passe dans une salle d'opération, devant un auditoire ébahi « Chaque jour, lors d'une chirurgie cardiaque, le cœur d'une personne s'arrête. Un cœur-poumon artificiel prend la relève, et lorsque la réparation est terminée, le cœur se remet à battre....La démonstration de cette intervention permettrait au visiteur de réaliser les progrès de la science et de la technologie mais aussi la fragilité de la vie ». Malheureusement, le projet n'a pas eu de suite mais j'ai toujours pensé qu'il mériterait d'être relancé.

La vie académique a aussi ses exigences. J'étais de l'école « Teaching is entertaining » (Enseigner est divertissant). Que ce soit de façon informelle en salle d'opération, aux soins intensifs, au chevet des malades ou de façon plus structurée comme un cours ou une conférence, la transmission du savoir doit être un plaisir partagé.

J'ai agi comme président de notre association provinciale CCVT (Chirurgie cardiovasculaire et thoracique) durant trois ans, ce qui m'a permis de participer aux activités de la FMSQ (fédération des médecins spécialistes de la province de Québec) et de rencontrer les représentants des quelques 30 autres associations. Ce regroupement de travailleurs autonomes est un véritable défi à la démocratie. Par exemple la FMSQ négocie la rémunération de ses membres avec le ministère pour un montant global qu'elle distribue aux associations selon un ensemble de critères, dont la durée de formation, la lourdeur de la tâche, la longévité de la pratique et d'autres. Ces données sont pondérées par le RMA (revenu moyen ajusté), modèle actuariel qui permet d'éviter qu'il y ait trop d'écarts entre les spécialités. L'approche, qui se veut équitable, est un casse-tête qui n'a jamais été résolu à ma satisfaction puisque je considérais que notre spécialité n'était pas bien desservie. Évidemment les augmentations substantielles, que je n'ai pas connues, ont aplani ces disparités.

Agence de Santé et de Services Sociaux de Montréal

À l'âge de 65 ans, ayant toujours entretenu l'idée d'une deuxième carrière, j'ai quitté le travail clinique et académique pour me familiariser avec l'aspect administratif que je connaissais peu. J'ai passé deux années à l'Agence comme médecin conseil. Ayant prévu six mois, j'ai prolongé mon séjour, alors que je disposais d'une lorgnette privilégiée qui me permettait d'observer à la fois le ministère et l'ensemble du

territoire et de constater l'ampleur du problème : un dysfonctionnement érigé en système où l'on parle constamment d'un réseau alors qu'on y travaille en silo. Comme médecin, j'étais frustré de voir le peu d'influence que je pouvais exercer. Les administrateurs avaient inventé une notion que je ne connaissais pas : le clinico-administratif, par opposition au médico-administratif avec lequel j'étais familier. Ainsi, tout ce qui touchait le domaine clinique mais qui n'était pas spécifiquement médical, pouvait être pris en charge par l'administration. Pour moi, encore ingénu et peu exposé, c'était une véritable arnaque et les médecins, en petit nombre d'ailleurs, avaient une contribution marginale à l'ensemble des activités. C'est aussi à l'Agence que j'ai expérimenté la loi de Parkinson qui « explique l'incessante croissance de la pyramide bureaucratique et l'accroissement inéluctable des fonctionnaires à raison de 6% par année ».

Institut de Cardiologie de Montréal

Lorsqu'on m'a offert le poste de Directeur des Services Professionnels à l'Institut de Cardiologie de Montréal, j'ai accepté avec un empressement mitigé par mon manque d'expérience et par le défi majeur de participer à la gestion de cette institution prestigieuse. J'étais toutefois excité de retourner sur le terrain et j'ai passé cinq années intenses et enrichissantes. Ce centre hospitalier au rouage bien huilé et efficace, qui fonctionne au rythme d'un TGV, pourrait inspirer beaucoup d'institutions qui ont trop tendance à considérer que le modèle d'institut spécialisé leur rend la tâche facile.

Lorsque cet Institut a été construit de façon isolée plutôt qu'un pavillon adjacent à un centre hospitalier, comme chirurgien cardiaque, j'étais contre le concept. En effet, il m'apparaissait essentiel qu'un programme de chirurgie majeure dispose sur place de spécialités complémentaires comme la neurologie, la néphrologie et la pneumologie. Avec le temps, l'Institut s'est doté de spécialités à l'interne et en complémentarité à l'externe, lui permettant de sortir de son isolement. Étant familier avec le modèle d'un hôpital général devenu de plus en plus difficile à gérer, je considérais alors que le modèle institut avait sa place et l'ICM est devenu, sur le plan clinique et académique, un fleuron de la cardiologie ultra spécialisée.

Ayant complété un tour d'horizon qui m'apparaissait assez complet, je me sentais bien préparé à la mission que j'avais choisie pour combler mes années de retraite que j'espérais nombreuses et productives.

JE PANSE, DONC JE SUIS

L. D.

UN PEU D'HUMOUR

1- Le syllogisme

Le mur est jaune.
Or le citron est jaune.
Donc le citron est mûr.

Certaines solutions proposées semblent parfois résulter directement de cette logique.

Le fonctionnement doit être amélioré.
Or la structure doit être améliorée.
Donc la structure améliore le fonctionnement.

2- la zone de confort

Le rideau s'ouvre et Olivier Guimond, notre comique national, apparaît près d'un lampadaire alors qu'il cherche quelque chose. Paul Desmarteaux fait son entrée. « Qu'est-ce que tu cherches »? « J'ai perdu un trente sous » « Tu es sûr de l'avoir perdu ici »? Non. Je l'ai perdu de l'autre côté de la rue, mais il fait trop noir là-bas ».

Parfois, lorsqu'on soumet un problème, les répondants s'empressent de l'apporter dans leur zone de confort. On a demandé de simplifier un formulaire sur une feuille et on se retrouve avec un formulaire plus élaboré sur trois feuilles et après beaucoup de délai. Le produit est impeccable mais inutilisable puisqu'il ne répond pas à la demande.

3- La mauvaise direction

Au cours des années 90, au plus fort des compressions budgétaires, alors que j'agissais comme Président sortant de notre association, il y avait à Québec un fonctionnaire du nom de Paul Lamarche. À la FMSQ, les confrères de l'exécutif avaient peur de lui parce qu'il était impliqué dans les négociations, avec la réputation d'être dur et inflexible. Un jour, j'assiste à un colloque et il est parmi les conférenciers invités. Enfin je vais savoir qui est ce phénomène qui sème la terreur chez les médecins. Le type s'amène, posé, articulé, et ...drôle. Il explique que le principal problème de notre système de santé vient du fait qu'il ne va pas dans la bonne direction. Et il poursuit : « Imaginez que vous êtes en chaloupe. Lorsque vous ramez, vous regardez devant vous mais la chaloupe se dirige vers l'arrière, dans votre dos, et vous ne regardez pas où vous allez. La solution est simple : changer la chaloupe pour un kayak! Lorsque vous pagayez, vous regardez devant vous et vous regardez dans la direction où vous allez ». Cette

anecdote m'est toujours restée et elle explique certaines décisions d'en haut difficiles à justifier.

Yogi Berra*, ce fameux joueur de baseball qui a cumulé plein de lapalissades à l'américaine aurait dit, dans la même veine : « If you don't know where you're going, you'll never get there » (si vous ne savez pas où vous allez, vous ne vous rendrez jamais).

* *The Yogi Book, 1998*

4- La méthode Toyota au MSSS

Le journaliste humoriste de La Presse Stéphane Laporte a rapporté que le Dr. Yves Bolduc voulait s'inspirer de la méthode Toyota pour améliorer notre système de santé. Lorsque la compagnie a fait l'objet d'un rappel pour bris mécanique, il a ajouté : « malheureusement, le contraire s'est produit. C'est la compagnie Toyota qui s'est inspirée de notre système de santé ».

5- La cigale et la fourmi

Lorsque le Dr Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'est entendu avec le Dr Gaétan Barrette pour faciliter l'accès aux médecins de famille, je n'ai pu m'empêcher de penser à la fable de LaFontaine.

La cigale et la fourmi

La Cigale, ayant chanté
Tout l'été,
Se trouva fort dépourvue
Quand la bise fut venue :
pas un seul petit morceau
De mouche ou de vermisseau.
Elle alla crier famine
Chez la fourmi sa voisine,
La priant de lui prêter
Quelque grain pour subsister
Jusqu'à la saison nouvelle.
« Je vous paierai, lui dit-elle,
Avant l'août, foi d'animal,
Intérêt et principal ».
La fourmi n'est pas prêteuse;
C'est là son moindre défaut.
« Que faisiez-vous au temps chaud ?
Dit-elle à cette emprunteuse.
-Nuit et jour à tout venant
Je chantais, ne vous déplaise.

Dr. Godin et Dr. Barrette

Le Dr. Godin ayant songé
Tout l'été,
Se trouva fort dépourvu
Quand l'automne fut venu :
peu de patients recrutés
Et des médecins irrités.
Avec un bilan aussi triste
Il alla implorer son ministre
Le priant de venir l'aider
À pouvoir mieux recruter
Jusqu'à l'échéance.
« Je vous promets diligence
Et vous serai reconnaissant
D'être plus performant ».
Le ministre n'est pas sensible
C'est là son moindre défaut.
« Que faisiez-vous au temps chaud
Dit-il à ce confrère indocile.
Profitant du bon temps
Je songeais, ne vous déplaise.

-Vous chantiez? J'en suis fort aise;
Eh bien! Dansez maintenant ».

Vous songiez? J'en suis fort aise;
Eh bien! Rêvez maintenant ».

6- La parallaxe

Avant l'arrivée de la caméra reflex inventée par les japonais et qui permettait par un jeu de miroir de photographier directement dans l'objectif, la camera compact des américains était munie d'une mire au-dessus de l'objectif pour ne pas exposer le capteur. Ainsi, l'œil du photographe voyait l'image dans sa mire, alors qu'au déclic, la caméra photographiait l'image réelle dans l'objectif. La différence de perception de ces deux images est ce qu'il a été convenu d'appeler la parallaxe.

On verra par exemple comment avec la loi 20 on confond l'accès aux médecins et l'accès aux soins, ce qui n'est pas la même réalité.

7- Une patiente alerte

« Bonjour, puis-je parler à la personne qui donne des informations sur les patients »?

La préposée :

« Quel est le nom et le numéro de chambre »?

« Madeleine Chamberland, chambre 302 ».

« Je vous communique à la personne ».

Service 3-A. Bonjour! Comment puis-je vous aider?

« J'aimerais avoir des nouvelles de Madeleine Chamberland dans la chambre 302 ».

« Un moment, laissez-moi regarder son dossier.

Madame Chamberland se porte très bien. De fait, elle a déjà pris deux repas, sa pression sanguine est très bonne, nous allons débrancher son moniteur cardiaque dans quelques heures, et si tout continue aussi bien, le docteur Beaudoin devrait lui donner son congé dans un jour ou deux ».

La femme s'exclame : « Quel soulagement! Oh, c'est fantastique. Quelle bonne nouvelle ».

L'infirmière répond : « À votre enthousiasme, vous devez être de la famille ou une relation très proche ».

« Ni l'un ni l'autre! Je suis Madeleine Chamberland dans la 302! Personne ne me dit rien ici ».

8- Ne me pique pas

Vous trouverez plus loin un article « La maladie et le malade : deux entités distinctes ».

J'y rapporte mon expérience d'une complication à la suite d'une intervention chirurgicale. Ce qui me revient le plus souvent à la mémoire est l'intrusion quotidienne de mes veines à travers la peau qui est un organe de protection fragile et très sensible.

Pour me consoler j'ai écrit une parodie de la chanson de Jacques Brel

« Ne me quitte pas ».

Ne me pique pas
il faut arrêter
de piquer comme ça
et de transpercer
une peau fragile
un cœur fébrile
je serai docile
Mais ne me pique pas....

Moi je ferai
de tes hôpitaux
de véritables châteaux
et j'interviendrai
auprès du ministre
pour qu'il soit complice
et que tu deviennes
une fée des veines
Ne me pique pas....

Je sais qu'il existe
Plein de vieux pays
Où on ne pique plus
Là où les vampires
ont disparu
Et les Dracula
N'ont plus de droit
Ne me pique pas....

Je consulterai
tous les grands médecins
pour inventer
de meilleurs moyens
de faire le diagnostic

sans que tu me piques
et aspiras mon sang
Ne me pique pas....

Je ne vais plus pleurer
et je serai là
à te regarder
à te contempler
à te remercier
Ne me pique pas....

DEUXIÈME PARTIE

MA PREMIÈRE EXPÉRIENCE

Lorsque j'étais encore en pratique, j'ai écrit plusieurs articles ou commentaires touchant les déficiences de notre système de santé et comment on devrait améliorer le fonctionnement en collaborant davantage, en favorisant le travail d'équipe et en assurant une meilleure utilisation des ressources disponibles.

J'en ai écrit également sur un sujet qui m'a passionné durant 20 ans : la traumatologie ou la prise en charge des traumatismes majeurs. J'insistais beaucoup sur les répercussions individuelles mais aussi sur l'aspect social comme l'épidémiologie des traumatismes, l'accidentologie routière, la prévention et la mort évitable.

Le premier article que j'ai écrit en lien direct avec l'actualité était un geste irrépressible. C'est alors j'ai compris que je devais mettre à contribution mon expertise et ma crédibilité pour dénoncer ce qui m'apparaissait inacceptable.

Des jeux de l'empire à l'empire des jeux

Lorsque le joueur du Canadien Max Pacioretty a été assailli sauvagement par le géant défenseur Zdeno Chara, j'ai été scandalisé et je n'ai pu m'empêcher de réagir. Je ne pouvais concevoir que le hockey ait atteint un tel niveau de violence. Peut-être que les spectateurs assidus se sont habitués progressivement, mais j'y voyais un niveau de décadence qui nous ramenait à l'époque où on avait peu de respect pour les vies humaines.

Le hockey est devenu un sport de contact et la vitesse de déplacement le rapproche maintenant de la classe des sports extrêmes. Sur le plan du spectacle, il est devenu un modèle hautement prisé de télé-réalité, où l'on n'hésite pas à jeter les gants ou à recourir à une force brutale pour le plus grand plaisir de spectateurs avides d'émotions fortes.

Le chroniqueur sportif Réjean Tremblay écrivait à la une de *La Presse* du jeudi 10 mars 2011 : « Le hockey est devenu un sport brutal... Il n'y a rien de plus dangereux au hockey que cette notion absurde... compléter la mise en échec veut dire en réalité frapper un joueur qui n'est pas en possession de la rondelle. Ce qui est interdit ».

Le beau jeu, la belle passe ou le beau but ont fait place à une compétition féroce où la couronne de laurier est remplacée par une liasse de millions tandis que les gladiateurs des jeux de l'empire sont devenus des fiers-à-bras chargés de neutraliser l'opposant. L'empire des jeux a imposé sa loi.

Qui va avoir le courage d'agir? Jusqu'ici, on se passe la balle, ou plutôt la rondelle, et il n'existe toujours pas d'action concertée et structurée pour contrôler la violence qu'on en est à considérer maintenant comme une infraction légale. J'aimerais proposer une autre approche qui, à mon sens, s'attaque au véritable problème : les conséquences des traumatismes qui relèvent de la responsabilité médicale.

Lorsque nous avons implanté au Québec un programme intégré de prise en charge des accidentés, notre première responsabilité a été de nous occuper des patients et de leur offrir des traitements qui répondaient aux normes les plus élevées de l'heure. Mais aussi, à titre de « témoins privilégiés » de ce drame de société, nous avons pris l'engagement de participer à la prévention. L'adage « mieux vaut prévenir que guérir » s'applique à merveille aux traumatismes puisque, dans la majorité des cas, il est possible de les éviter. L'argument le plus fort pour contrôler la violence est donc de nature médicale.

Aujourd'hui, tous les joueurs portent le casque et pourtant la commotion cérébrale est devenue une menace constante que nous ne connaissions pas à l'époque du hockey sans casque. Le rythme du jeu qui limite l'espace de déplacement, l'attirail de protection qui est devenu une arme offensive et l'intention d'arrêter à tout prix l'adversaire réunissent les conditions d'une collision à haut risque de traumatisme, *a fortiori* si l'on y ajoute la volonté avouée ou non de blesser. La solution est simple : introduire une réglementation sévère et la qualité du jeu n'en sera que rehaussée. Notre rôle en tant que médecins est de faire pression sur les instances décisionnelles et surtout de ne pas rester muets devant ces traumatismes évitables. Il y va de la santé d'athlètes d'élite en excellente condition physique qui n'ont aucune raison de se blesser sinon de façon vraiment accidentelle, donc exceptionnelle. Il y va aussi de la fierté de notre sport national.

On pouvait lire en entrefilet dans la section Sports du *Devoir* en date du jeudi 17 mars 2011 : « Le nouveau protocole concernant les commotions cérébrales est en vigueur ». C'est déjà un premier pas, mais qui se situe dans le domaine de la prévention secondaire (après coup). Là où il faut agir, c'est en prévention primaire : éviter la commotion. La suspension de Matt Cooke est un autre pas dans la bonne direction mais le plus difficile reste à faire.

LA NOUVELLE DONNE

C'est vraiment avec l'arrivée du gouvernement actuel que mes activités ont pris un tournant systématique. Un premier ministre très préoccupé par le retour à l'équilibre budgétaire et un Ministre de la santé qui introduit des réformes alors qu'on coupe dans les ressources donnaient une nette impression de déjà vu. Il y a une vingtaine d'années, le tandem était constitué de M. Lucien Bouchard et du Dr Jean Rochon et avait la même vision. Les reculs qu'ils ont causés n'ont jamais été récupérés en totalité et beaucoup de gens qui comme moi ont vécu ces années difficiles se sont dit : plus jamais!

Pourtant, ça recommence et le tandem actuel est constitué de deux médecins que je connais et que je respecte, le Dr Philippe Couillard et le Dr Gaétan Barrette qui s'attaquent à un système devenu un véritable monstre par sa dimension et sa complexité. Ils se font rassurants et semblent dire que cette fois-ci sera la bonne. Je me dois toutefois d'être sceptique, en rappelant que les systèmes de santé publics ont souvent de la difficulté à survivre aux multiples réformes qui leur sont imposées et ils en ressortent affaiblis plutôt que raffermis.

L'entrée en scène remarquée du nouveau ministre de la Santé a donné le ton de sa façon de faire qui rappelle celle où Le Dr. Couillard, alors ministre de la Santé, s'imposait devant son chef M. Charest.

Lorsque le Dr Barrette insistait pour introduire sa loi 20, incitant les omnipraticiens à voir plus de patients, le Dr. Couillard se disait très confiant que la loi ne serait pas nécessaire. Malgré qu'il y ait eu entente avec le Président de la FMOQ, le ministre a quand même passé sa loi, sans tenir compte de la position de son premier ministre.

D'ailleurs, on peut présumer que l'arrogance du Dr. Barrette ne sera pas facile à contenir lorsqu'on lit cette déclaration à propos de la loi 10 : « Je viens d'écrire la première lettre de mon nom. En 2018, les gens verront la signature au complet et ils jugeront. Le jugement porté par les trois partis d'opposition ne m'importe pas. »

L'ÈRE BARRETTE

1- Loi 10

Lorsque le Dr. Gaétan Barrette était président de la FMSQ, son équipe avait cumulé des données du ministère sur une période de 10 ans, de 2000 à 2009. L'étude démontrait que le personnel administratif avait augmenté de 52% et les cadres de 30%, alors que le personnel médical n'avait augmenté que de 6%. Ce constat a permis au Dr. Barrette, avec le sarcasme dont il est capable, de conclure qu'il était rassurant d'avoir un système de santé si bien encadré. Ainsi la table était mise pour le futur ministre de la Santé qui allait s'empresse de dégraisser cette bureaucratie excessive et non productive.

Lorsqu'il était Ministre de la Santé, le Premier Ministre actuel Philippe Couillard a créé un réseau intermédiaire de structures communément appelées CSSS (centres de santé et de services sociaux) et il a modifié la structure des Régies régionales en Agences. Dès son arrivée, le nouveau ministre de la Santé Gaétan Barrette les a démantelés et condensés en centres intégrés (CISSS ou CIUSSS avec vocation universitaire), comme s'ils avaient été une erreur de parcours. Cette réforme a été concoctée à la hâte et presque en catimini pour aboutir à la loi 10, adoptée sous bâillon.

Malheureusement, on vient de jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous disposions d'un véritable réseau qu'il fallait alléger, mais surtout pas le détruire. Comme je l'ai déjà mentionné, notre système de santé fonctionne en silo. Le Ministre a opté pour la concentration des effectifs et plus de pouvoir central, ce qui est tout à fait dans l'esprit et la philosophie de la gestion autocratique qui caractérise ce système depuis qu'il a été institué. Voilà l'exemple d'un ministère qui ne va pas dans la bonne direction.

Par ailleurs, cette concentration, imposée plutôt que sollicitée, ne garantit en rien que dans ces super structures, les gens vont apprendre à travailler ensemble et être plus productifs. Et sous prétexte d'économiser, il y a aussi fort à parier que en bout de piste, un tel borbier administratif ne pourra pas vraiment diminuer les coûts de façon significative.

Il est pour le moins ironique d'imaginer le Dr Barrette se retrouver dans une séance de CIUSSS, où tout le monde a droit de parole. Il serait aussi acrimonieux qu'à l'Assemblée nationale ou en Commission parlementaire.

Logiquement, le but visé est de s'assurer que le système soit plus efficace, ce que ne garantit en rien le chambardement des structures.

C'est aussi un bel exemple de l'utilisation de la parallaxe. Le but premier est d'améliorer le fonctionnement (ce qu'il voit dans la mire). Comme le ministère est impuissant à le faire, il s'attaque aux structures (ce que capte l'objectif), en espérant

obtenir un effet positif sur le fonctionnement. Les ministres changent mais se ressemblent, qu'ils soient familiers ou non avec la santé, et pour utiliser une expression chère à notre ministre actuel, nous sommes ici « à des années lumières » de la caméra numérique.

2- Loi 20

La population est très satisfaite de la qualité des soins qui lui sont offerts, mais le manque d'accès est devenu alarmant et demeure un problème épineux pour les ministres de la Santé qui échouent les uns après les autres.

Les médecins, liés par leur code de déontologie émis et surveillé par le Collège des médecins, ont des devoirs et des responsabilités face aux patients et à leur profession. À titre de travailleurs autonomes, les médecins sont rémunérés par l'État mais ne sont pas des employés de l'État. Il en résulte un système de gestion complexe où il est parfois difficile de savoir qui tient le gouvernail et quelle est la direction du navire. Devant sa responsabilité première d'assurer des soins à la population, le ministère actuel assure son autorité par une gestion autocratique peu favorable à la collaboration.

Il considère que la main-d'œuvre a pu faire défaut et que la rémunération n'était pas suffisante, mais ces arguments ne tiennent plus la route pour excuser les médecins de ne pas contribuer davantage à l'accès aux services auxquels la population a droit. Le Dr. Barrette a opté pour une approche coercitive avec une loi qui oblige les médecins généralistes à augmenter leurs disponibilités sous peine de sanctions financières.

Si le but visé est louable, les moyens sont discutables. Tout d'abord, avec un médecin comme premier ministre et un médecin comme ministre de la Santé, nous aurions pu assister à un plan d'action concerté entre les Ministres, les Fédérations, le Collège des médecins et les médecins eux-mêmes. Il aurait été souhaitable de retourner à l'esprit de la Grèce antique et du serment d'Hippocrate pour calmer les esprits et favoriser le dialogue.

Quant à la loi, elle semble improvisée. Mme. Véronique Hivon avait sûrement une opinion favorable envers le ministre Barrette qui a parrainé son projet de loi sur les soins de fin de vie. Toutefois, lorsqu'elle a étudié le projet de loi sur l'accès aux médecins de famille, connaissant sa minutie et son intégrité, elle a dû conclure que ce n'était qu'une coquille vide. Par ailleurs, l'entente survenue sous menace de cette loi avec le Président de la FMOQ, semble aussi être une coquille vide. Et puisqu'il y a eu entente, le projet de loi aurait dû être reporté comme l'avait souhaité le premier ministre.

Voilà un autre exemple de la fameuse parallaxe qui confond l'accès au médecin et l'accès aux soins. Nous voulons bien espérer que cette initiative fasse partie de la

solution, mais elle pourrait tout aussi bien faire partie du problème si, en l'absence d'ajustements, l'affluence des nouveaux patients crée un goulot d'étranglement à l'accès aux soins.

Enfin, nous ne disposons pas de plan d'action de la part de la FMSQ. S'il n'y a pas agencement entre les généralistes et les spécialistes, il risque d'y avoir un deuxième goulot d'étranglement.

3- Financement par activités et CMS

Le Ministre de la santé veut introduire le financement par activités dans les hôpitaux du Québec, espérant créer plus d'efficacité dans un système dont les ressources ne suffisent plus, alors qu'il est de plus en plus difficile de contrôler les dépenses.

Le financement par activités qui pourrait remplacer le budget global historique des hôpitaux serait la troisième réforme du Ministre de la Santé, après celles des structures et de l'accès aux médecins de famille.

Espérant qu'elle aura les effets bénéfiques escomptés en économie et en productivité, elle aura au moins le mérite de donner l'heure juste, alors que le Dr. Gaétan Barrette déplore des variations de coûts pouvant aller parfois du simple au double.

L'ajout de Centres Médicaux Spécialisés (CMS) dans cette étude permettra d'obtenir leurs coûts réels, se rappelant que les rapports financiers du projet pilote Hôpital du Sacré-Cœur et Rockland MD étaient inconstants et parfois contradictoires.

Dès lors que nous disposons d'un suivi comptable rigoureux et transparent, la table est mise pour établir un plan de financement adapté à cette intégration public-privé.

La chirurgie ambulatoire a pris beaucoup d'expansion et les hôpitaux doivent gérer des volumes considérables et de longues listes d'attente, alors que certains CMS sont conçus pour ce genre d'intervention.

Ce secteur d'activité des CMS en lien avec les hôpitaux pourrait s'inspirer de modèles américains comme ceux de la Clinique Cleveland ou Kaiser Permanente que le Dr. Barrette a déjà cité en exemple. Ce sont des organismes sans but lucratif très performants que l'on aurait avantage à développer au Québec. L'alternative serait le mode privé conventionné qui relève du domaine public en santé et en éducation, mieux connu dans nos milieux.

Quoi qu'il en soit, un modèle d'intégration et de financement s'impose puisque ce projet doit s'identifier clairement comme une extension du système public et non un glissement vers le privé et la création d'un système à deux vitesses.

ADDENDUM

Historiquement, le financement des hôpitaux au Québec est assuré par un budget global renouvelé chaque année et indexé selon les ressources disponibles du ministère. Lorsque le Dr. Philippe Couillard était Ministre de la santé, il a confié à un groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay de procéder à une étude sur le financement du système de santé dont le rapport a été publié en 2008. Le groupe a mandaté M. Pierre Ouellette, professeur en sciences économiques, d'étudier plus spécifiquement le financement des hôpitaux.

M. Ouellette a constaté entre autre que pour certaines activités, le coût unitaire pouvait varier grosso modo du simple au double. De plus, les variations du coût unitaire d'une année à l'autre ont de quoi étonner. Il ajoute « Le taux de croissance des dépenses de santé est le double de celui des revenus de l'État. Ce différentiel de taux implique qu'il sera de plus en plus difficile de financer le système de santé. Cette situation est similaire à ce que vivent les autres pays industrialisés. Par ailleurs, les travaux portant sur la mesure de l'efficacité des hôpitaux et autres établissements de santé indiquent une forte inefficience qui se traduit par des coûts inutiles. Cette situation a incité la plupart des pays développés à modifier leur mode de financement des hôpitaux afin de le rendre plus incitatif ».

M. Ouellette a passé en revue divers modes de financement pour en retenir deux, dont le financement par activité, choisi par le Dr. Gaétan Barrette. Cette modalité est plus incitative et plus efficiente, mais elle requiert une main de fer pour assurer le maintien de la qualité et éviter que les centres hospitaliers ne choisissent des clientèles plus favorables à leur budget plutôt qu'à leur mission.

4- L'appendicite du Dr Barrette

Le projet de financement des hôpitaux par activités qu'entrevoit le ministre de la Santé Gaétan Barrette, après l'introduction de la Loi 10 et la Loi 20, se situe dans le même esprit : un plan d'action et non de l'action avec un plan. Depuis le temps qu'on entend parler d'un mode de financement qui aurait des vertus d'économie et de performance, personne ne s'objectera à la démarche. Mais que vient faire dans le tableau l'ajout de CMS (Centre Médical Spécialisé) qui relève du privé.

En début de mandat, le Dr. Barrette avait décidé comme ses deux prédécesseurs médecins d'interrompre le projet pilote qui permettait d'opérer au centre médical Rockland MD des patients de l'Hôpital du Sacré-Cœur. C'était sans compter que le projet avait été conçu lorsque le Premier ministre Couillard était lui-même ministre de la santé et qu'il s'était depuis engagé à le maintenir. Après deux annonces de fermeture et en apparence contre nature, le Dr. Barrette semblait avoir cédé. Qu'à cela ne tienne; il vient d'en ajouter deux autres, la clinique Chirurgie Dix30 inc. et le Groupe Opmedic.inc.

Nous devrions nous en réjouir puisque les blocs opératoires des hôpitaux seront davantage allégés et leurs listes d'attente seront réduites d'autant. D'ailleurs, l'exemple de coopération entre Sacré-Coeur et Rockland MD est probant : les normes de qualité et de sécurité ont été respectées avec plus de productivité.

Il ne faut pas croire pour autant que nous sommes dupes de ce glissement en douce vers le privé. La gestion de zones franches* extrahospitalières dans des CMS ne doit pas être noyée dans le projet de financement des hôpitaux. Que les coûts soient calculés par activité ne pose pas de problème, mais ce jumelage du public avec le privé doit faire l'objet d'un financement particulier. Que l'on opte pour un modèle à but non lucratif ou privé conventionné avec lequel nous sommes plus familiers, le débat doit avoir lieu maintenant et séparément, compte tenu de l'expérience accumulée de dix ans du projet pilote Rockland Md.

Lors du projet de loi 20, le ministre a ajouté en appendice la procréation assistée puis les frais accessoires et avec son nouveau projet d'étude sur le financement par activités, il ajoute des CMS. Décidément, le Dr. Barrette souffre d'appendicite et cette façon de noyer le poisson manque de transparence. Dans l'étude du financement par activité, il faut séparer et comparer les deux projets; ils n'en seront que rehaussés.

**Zone franche : terme créé par le ministère pour désigner un espace au bloc opératoire d'un centre hospitalier mis à la disposition d'un autre centre hospitalier; pourrait s'appliquer à un CMS.*

5- Le bon remède

«Si les omnipraticiens et les spécialistes croient se gagner la sympathie de la population à l'aide de leur campagne de pub, c'est raté.»

Ainsi s'exprimait André Pratte dans son éditorial de La Presse du 1^{er} mars 2015 *Pas des nonos*. « Les Québécois qui ont fréquemment recours aux services de santé savent que le mal est déjà fait. Si la bureaucratie porte certainement une part de responsabilité pour ce gâchis, les médecins perdent toute crédibilité en prétendant qu'ils n'y sont pour rien ».

De fait, le problème d'accessibilité et du suivi des patients est multifactoriel et plutôt que de chercher des coupables, il faut accepter que la responsabilité soit partagée. Les médecins sont des salariés de l'État, mais ils ne sont pas ses employés. L'État gère le système de santé, mais les médecins sont responsables de la dispensation des soins à titre de travailleurs autonomes.

Cette situation comporte un double défi : comment intégrer de façon harmonieuse ces deux niveaux de responsabilité, et comment les médecins doivent gérer leurs activités.

Les associations professionnelles sont des regroupements qui rallient les médecins autour de certains objectifs communs, mais ne les engagent pas à travailler ensemble en collaboration et en complémentarité. Qui plus est, les généralistes sont à couteaux tirés avec les spécialistes depuis que le Dr. Barrette, alors qu'il était président de la FMSQ, les a accusés d'être responsables des déficiences de la première ligne. Le Dr. Barrette devenu ministre de la santé, plus habile à manipuler le bâton que la carotte, veut maintenant leur imposer des normes de productivité non assorties de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Avec un Ministre de la santé et un Premier Ministre eux-mêmes médecins, à compter du moment où le patient est au cœur de leurs préoccupations, les médecins ont une opportunité historique d'en arriver à des solutions structurantes pour améliorer notre système de santé si nous voulons en assurer la pérennité et en être fiers.

6- L'accès aux soins : les vraies affaires

L'accès aux médecins généralistes et spécialistes est éminemment souhaitable, mais il faut assurer sur le terrain une approche intégrée de l'accès à l'investigation, aux soins, aux programmes de dépistage et à la prévention.

Le slogan électoral des libéraux : « Ensemble, occupons-nous des vraies affaires » n'était pas très élégant, mais il avait le mérite d'être clair. Toutefois, l'entente du ministre de la Santé et du président de la fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est tout aussi nébuleuse que le projet de loi 20, et nous sommes loin des vraies affaires.

Cette entente est sortie d'on ne sait où et nous ne connaissons pas le niveau de participation et d'adhésion des membres de la fédération. Avec ce que l'on observe, il en ressort encore une fois une impression de déjà vu : une approche gérée d'en haut, sans mobilisation de la base : qui fait quoi, quand, où, comment et pourquoi? On l'ignore.

Comme il a déjà été mentionné, l'accès au médecin de famille n'est pas synonyme d'accès aux soins, au plateau technique ou à la consultation. Alors que le patient aurait parfois besoin d'un GPS pour franchir les étapes d'un système érigé en réseau et devenu un véritable labyrinthe, il faut rendre plus fluide ce parcours accidenté, prolongé par d'interminables attentes. Un bon nombre de patients alertes et autonomes pourraient également s'impliquer dans leur prise en charge, ce qui soulagerait ou faciliterait d'autant le travail de l'équipe traitante. Dans cet esprit, les médecins devraient encourager le projet de patient partenaire* et le ministère devrait le supporter.

Une meilleure intégration entre médecins généralistes et spécialistes dans un climat d'échange et de collaboration contribuerait à diminuer les temps d'attente et à maintenir la continuité dans le suivi des patients.

On devra donc valoriser davantage le travail d'équipe entre médecins mais aussi avec tous les intervenants, et être ouvert à l'amélioration continue. C'est la seule façon d'implanter une véritable culture de performance pour être plus productif et maintenir la qualité des soins.

On semble vouloir abolir les visites de routine. Ce premier pas en gestion de la pertinence (justification des actes) devra se poursuivre en s'attaquant entre autres aux examens complémentaires jugés non nécessaires. Une telle mesure entraînerait des économies en temps et en argent et rendrait le système plus efficace.

La population est en droit de connaître les assises de cette entente au sommet entre la FMOQ et le MSSS, qui ressemble drôlement à une promesse électorale. C'est sur le terrain que sont les problèmes et c'est là qu'il faut s'occuper des vraies affaires.

* Patient partenaire : programme de participation du patient à la prise en charge et au suivi de sa condition médicale. Introduit par M. Vincent Dumez à titre de patient lui-même porteur de multiples pathologies, ce programme a été créé à l'Université de Montréal et s'implante progressivement dans les institutions.

Codirecteurs : vincent.dumez@umontreal.ca; paule.lebel@umontreal.ca

7- La médecine uniciste

Le gouvernement du Québec est à couteaux tirés avec le Gouvernement fédéral dans sa négociation d'une péréquation juste et équitable en santé.

Lorsqu'un patient présente une symptomatologie complexe et des signes cliniques difficiles à raccorder, le médecin établit ce qu'il a été convenu d'appeler un diagnostic différentiel, i.e. qu'il considère plusieurs diagnostics plausibles qui pourraient correspondre à la maladie sous-jacente.

Toutefois, aussi disparate que puisse paraître le tableau clinique, il est parfois possible de se concentrer sur le fil conducteur qui oriente le clinicien vers une seule pathologie : c'est l'approche uniciste.

Le tableau clinique.

Présentement, sur la condition fragile de notre système de santé qui prend de l'âge, se greffe une série de symptômes qui méritent d'être regroupés. Le gouvernement fédéral veut maintenir la péréquation de 3% des Conservateurs plutôt que revenir au 6% des Libéraux de Paul Martin. Le gouvernement québécois, sous prétexte de rigueur, a fait des coupures, et il en remet maintenant \$ 300 M. Les médecins ont bénéficié des talents de négociateur du Dr. Barrette pour obtenir des augmentations substantielles et même un dépassement en facturation de \$ 800 millions qui n'a pas été récupéré. Par ailleurs, selon le Dr. Barrette, le but visé qui était la parité avec le ROC sera atteint avec la rémunération actuelle, de sorte que les augmentations supplémentaires consenties, incluant la fameuse clause remorque, ne sont plus justifiées.

Le diagnostic.

Sommes-nous en présence d'un mauvais rhume, une grippe d'homme, une bronchite de fumeur ou une véritable pneumonie? Le degré de Température du climat social et politique suggère une pneumonie et exige un traitement efficace.

Le traitement.

Il faut d'abord baisser la température et refroidir les esprits échauffés.

Le repos va calmer le jeu et permettre des discussions saines et sereines.

L'oxygène permettra de mieux respirer et d'alléger l'atmosphère dans les échanges.

Un antibiotique à large spectre sera nécessaire pour couvrir l'ensemble de la problématique. Lorsque Bill Gates a introduit son concept de capitalisme créatif (cf. article plus loin), son ami Warren Buffet a proposé : « Et si on prenait 3% de l'impôt corporatif pour constituer un fond dédié, on pourrait s'attaquer à la santé... ». Le Fédéral pourrait négocier ce 3% avec les entreprises et nous pourrions y ajouter les dépassements de \$ 800 millions de la rémunération des médecins de même que le \$300M qui doit être réinjecté et une partie de la close remorque.

Le temple de l'économie libérale a été sérieusement ébranlé lors de la crise financière de 2008 et nous en sommes encore à colmater les fissures. C'est l'occasion rêvée de constituer un fond dédié à l'économie sociale, administré par la Caisse de dépôt, et d'offrir à notre système de santé une cure de jouvence. Les projets vont redynamiser les troupes, apporter du nouveau savoir-faire et soulager les gouvernements qui s'entêtent à vouloir tout gérer et d'en haut. Les initiatives doivent venir du terrain, là où sont les vrais problèmes et là où sont les vraies solutions.

8- La santé en mode télécommande

Le projet de loi 130 introduit par le ministre Gaétan Barrette a déjà créé des remous en menaçant encore une fois l'autonomie professionnelle des médecins et plus particulièrement ceux qui pratiquent en milieu hospitalier. S'il n'y a pas de mobilisation du milieu, cette loi comme les précédentes se retrouvera sous le contrôle à distance des manettes ministérielles.*

La *Cleveland Clinic*, mon alma mater en chirurgie cardiaque, est une institution à but non lucratif de renommée mondiale que le président Obama a reconnue comme le centre de santé américain le plus performant et à moindre coût. Le Dr. Delos Cosgrove, éminent chirurgien cardiaque et chef du département est devenu le *Chief Operating Officer* (CEO), équivalent chez nous du Président Directeur Général (PDG). Lorsqu'on lui a demandé de décrire son mode de gestion, il était fier de dire que l'administration et les médecins ne font qu'un, contrairement au modèle traditionnel où ils se comportent comme deux groupes différents. Les médecins sont des employés salariés de la clinique. Il n'y a pas de mesures incitatives pour augmenter la productivité, et la quantité des soins prodigués est déterminée par les besoins des

patients dans un souci constant de la qualité. Le Dr. Cosgrove ajoute que celui qui est à la barre doit être un médecin, considérant qu'il est plus facile pour un médecin de se familiariser avec la gestion que pour un gestionnaire de se familiariser avec la médecine.

Dans les hôpitaux québécois, les médecins ne sont pas des salariés mais des travailleurs autonomes. Toutefois, il n'y a aucune raison pour qu'ils ne soient pas aussi productifs puisqu'ils sont rémunérés en fonction des actes produits et ils ont tout avantage à travailler en collaboration étroite avec l'administration. S'il doit y avoir amélioration, c'est la culture organisationnelle qu'il faudrait ajuster et non pas imposer de l'extérieur des règles de pratique concoctées au ministère et télécommandées.

La mission hospitalière est d'abord médicale. Les médecins sont au sommet de l'équipe de soins, mais ils sont avant tout au service des patients. Par ailleurs, la complexité de la structure et de l'organisation exige un support administratif qui sera d'autant plus efficace si les deux groupes travaillent ensemble, en synergie et en complémentarité. Dans la structure actuelle, à l'intérieur d'un CISSS, d'un CIUSSS ou une institution non intégrée, le PDG devrait agir comme gestionnaire et, avec le support des médecins et des administrateurs, exercer son leadership en favorisant le travail d'équipe et en inculquant une vision institutionnelle dans le long terme. Qu'en est-il au niveau du ministère? Le Dr. Barrette impose son pouvoir sans s'assurer de la participation et de la collaboration du milieu, ce qui ne répond pas à la définition d'un bon leader. Selon Henry Mintzberg**, reconnu comme une sommité dans le domaine de la gestion « Le leader montre la marche à suivre, il motive, il inspire et commande le respect. Le leadership est indissociable de la gestion. Le leadership n'est en somme qu'une saine gestion ».

Déjà le passage du « je » au « nous » du ministre reconnaîtrait qu'il est dépendant des autres pour l'exécution des tâches. De l'autre côté, il serait impératif de connaître la position des gens du milieu sur le projet du ministre, comment eux voient le problème et quelles sont les meilleures chances d'améliorer la productivité. Gestionnaires, médecins et administrateurs pourraient faire front commun et donner le ton à une gestion ministérielle démocratique, mobilisatrice et sûrement plus efficace.

* Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

** Gérer (tout simplement). Henry Mintzberg Les Éditions Transcontinental 2010.

9- Un demi-siècle de débordement des urgences

Dans un amendement au projet de loi 130 le Dr. Barrette utilise la voie légale pour réduire le temps d'attente à la salle d'urgence.

Lorsque je complétais ma formation en chirurgie à l'hôpital Notre-Dame vers la fin des années soixante, il arrivait régulièrement que l'urgence déborde et l'équipe traitante faisait du slalom entre les civières pour accéder aux patients.

Le médecin Coordonnateur de l'urgence, appelé en catastrophe et parfois même au milieu de la nuit appliquait la seule mesure de désengorgement alors disponible. Il demandait au directeur médical d'annuler les admissions du jour pour « vider l'urgence » au grand dam des équipes de médecine et de chirurgie à l'intérieur de l'hôpital qui voyaient leurs activités cliniques et académiques chambardées.

L'attrait de la salle d'urgence est facile à comprendre.

Le patient, puisqu'il faut l'appeler par son nom, moyennant un temps d'attente qui peut s'améliorer, dispose en un temps record d'un accès au médecin, à l'investigation et au traitement.

Pendant plusieurs décennies cette situation a perduré. Malgré des efforts d'intégration des activités de l'urgence avec celles de l'hôpital et certaines mesures plus structurées venant du ministère*, l'amélioration n'a pas été substantielle et on a enfin réalisé qu'il fallait attaquer le problème en amont.

C'est là que nous en sommes : l'organisation de la première ligne, impliquant généralistes et spécialistes, pour prendre en charge les patients qui ne doivent pas passer par l'urgence qui pourra alors se concentrer et se limiter à sa mission première.

Cette réorganisation doit venir d'abord des médecins, en collaboration étroite avec les divers intervenants et l'administration et non de façon coercitive du ministère.

Pour avoir œuvré durant 40 ans dans le système public auquel je crois et auquel je tiens, je peux affirmer qu'il y a beaucoup de gens qui ont à cœur de l'améliorer, qui sont des travailleurs assidus, déterminés, créatifs et qui sont prêts à serrer les coudes pour y arriver.

Le leadership viendra d'eux et le ministre en soutien devra se faire rassembleur et créer un climat de détente, de bonne entente et de coopération, plutôt que de favoriser encore et toujours les ordres qui viennent d'en haut et par surcroît la voie légale.

* Durant quelques années, le ministère a créé le GTI – Groupe Tactique d'Intervention- qui sillonnait les urgences du Québec pour inciter les gestionnaires à être plus

efficaces. Ça ne leur faisait pas plaisir mais je les appelais à la blague les tontons macoutes.

10- Le message de Philippe Couillard

Plusieurs journalistes ont dénoncé le comportement agressif du Ministre de la santé, son manque de respect et son langage abusif. On a même pu l'entendre dans une véritable engueulade envers un collègue radiologiste qui l'a enregistré à son insu alors qu'il égrène un chapelet de jurons indignes de sa fonction.

Le comportement fougueux du Ministre de la santé est bien connu et son approche autocratique n'a surpris personne qui l'a côtoyé. Lors de ce qu'il a été convenu d'appeler la crise du CHUM, il a été à la hauteur de sa réputation et il a démontré au grand public qu'il entend gérer son ministère d'une main de fer sans gant de velours. Ce qui était inquiétant était le cautionnement d'un Premier ministre à la réputation d'un sage et modéré qui semblait incapable de le contrôler. Je n'ai jamais cru qu'ils puissent cheminer ensemble et je persistais à croire que ça ne pouvait pas durer. De toute évidence le Dr. Barrette considère que les médecins sont d'éternels indisciplinés et que leur statut de travailleur autonome leur donne trop de liberté. Il est normal pour lui d'en conclure que seule une approche autoritaire, qui est d'ailleurs la seule qu'il connaît, va pouvoir gérer le système.

Je connais bien les médecins et ils ont la personnalité des travailleurs autonomes qu'ils sont, mais je sais aussi qu'il est possible de les approcher, de discuter avec eux et d'arriver à s'entendre, dans le respect et la collégialité.

Sachant qu'une telle démarche ne sera pas facile mais qu'elle est la seule voie de succès pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé, il restait à espérer que le Dr. Couillard exerce son leadership et rappelle à l'ordre son ministre récalcitrant.

En fin de session le Premier ministre a décidé de prendre les choses en main. Il retire désormais son ministre de la négociation avec les médecins spécialistes sur la rémunération et le soustrait également de l'application des lois 20 et 130.

Ce retournement de situation pourrait bien être le début de la fin d'un règne qui a chamboulé notre système de santé si des correctifs ne sont pas apportés. Ce sera bientôt la population qui en jugera.

LE RETOUR AUX SOURCES

1- Du serment d'Hippocrate au serment professionnel

« Je jure par Apollon, médecin, par Esculape et ses filles Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants...»

Ce texte magnifique du serment d'Hippocrate est depuis longtemps remplacé. La version adoptée par le Bureau du Collège des médecins le 15 décembre 1999, met l'accent non seulement sur le respect des règlements et des dispositions du Code des professions, mais aussi sur des valeurs humanistes.

Serment Professionnel

« J'affirme solennellement que :

« Je remplirai mes devoirs de médecin envers tous les patients avec conscience, loyauté et intégrité;

« Je donnerai au patient les informations pertinentes et je respecterai ses droits et son autonomie;

« Je respecterai le secret professionnel et ne révélerai à personne ce qui est venu à ma connaissance dans l'exercice de la profession à moins que le patient ou la loi ne m'y autorise;

« J'exercerai la médecine selon les règles de la science et de l'art et je maintiendrai ma compétence;

« Je conformerai ma conduite professionnelle aux principes du Code de déontologie;

« Je serai loyal à ma profession et je porterai respect à mes collègues;

« Je me comporterai toujours selon l'honneur et la dignité de la profession »

2- La crise du CHUM

L'idée de réunir les trois hôpitaux universitaires du centre-ville sous un même toit pour en faire une super structure hospitalière remonte à 1995. Je me rappelle mon premier commentaire : ce projet est utopique à moins que vous acceptiez qu'il prendra au moins une génération et peut-être deux. Pour avoir connu les trois pavillons lors de ma formation, il m'est apparu évident que la culture d'entreprise et

en particulier l'attitude et le comportement des médecins étaient difficilement conciliables. Seule l'attrition pouvait créer un milieu de travail où la mission institutionnelle deviendrait compatible avec l'unité identitaire des nouveaux arrivants.

Ainsi le vivre ensemble et le partage des tâches et des responsabilités peuvent être une source de conflit et de mésentente, comme c'est arrivé dans plusieurs fusions d'institutions hospitalières au Québec.

Quelques mois avant d'amorcer le transfert vers le nouveau CHUM un litige est survenu au département de chirurgie. Comme la situation prenait de l'ampleur, le Ministre de la Santé qui a déjà donné le ton à son règne ministériel, est intervenu personnellement, provoquant la démission du Directeur Général et un état de crise qui n'aurait jamais dû se produire. Par ailleurs, la situation s'est envenimée entre le chef du département hospitalier et le chef du département universitaire qui ont étalé leurs différents sur la place publique.

Devant un tel imbroglio, il faut avoir la sagesse de calmer le jeu et retourner aux valeurs qui nous animent. Le serment d'Hippocrate, qui date de la Grèce Antique a depuis longtemps été remplacé par des codes de déontologie qui veillent sur la pratique médicale. Mais il demeure à travers les âges un symbole de la conduite médicale exemplaire et devrait rappeler aux médecins qu'il est important de bien soigner, mais il est important aussi de bien se comporter. Le Ministre aurait dû amener les intervenants à se réconcilier, dans le respect et la bonne entente. La création du CHUM a déjà connu plusieurs soubresauts qui ont retardé le projet et même mis en doute sa réalisation. Il faut éviter ce genre de crise par un retour aux valeurs fondamentales qui régissent l'attitude et le comportement des médecins. Hippocrate serait alors fier de ses disciples.

L'ÉCONOMIE EN SANTÉ

L'iniquité sociale est devenue criante et les gouvernements ont de plus en plus de difficulté à respecter leur engagement social. Il faut aller chercher l'argent où il est et non dans les fonds de tiroir de l'État.

Esculape, dieu grec de la médecine que l'on voit représenté avec son bâton entouré d'un serpent, a apprivoisé le serpent qui a démontré des vertus médicinales. Ne pourrait-on pas aujourd'hui apprivoiser le dollar, dont le signe s'apparente beaucoup au bâton d'Esculape, et lui découvrir des vertus sociales.

Si le modèle PPPP (le public paye et le privé profite) n'est pas souhaitable, ce n'est pas une raison pour exclure d'emblée les ressources et l'expertise de l'entreprise privée. Ce que je propose pour notre système de santé est la contribution du privé dans un cadre d'économie sociale.

Occupy wall street, occupons Montréal, les revendications des étudiants ou le printemps érable, le mouvement des casseroles, la révolte des Grecs et des Espagnols qui refusent un régime d'austérité alors que leur taux de chômage est de 20 % et près de 50 % chez les jeunes, font partie d'une mouvance globale des indignés de la rue souvent improvisée et non soutenue, mais qui ressurgira de façon inéluctable jusqu'à ce qu'apparaissent des signes encourageants de correction de l'iniquité sociale.

Entre temps les décideurs publics s'efforcent de trouver des solutions qui continuent de s'inspirer de cette même économie qui a failli basculer lors de la crise financière de 2008. Pourquoi ne pourraient-ils pas demander aux investisseurs de supporter une partie du social qui revient historiquement à l'État. De cette façon, les argents investis bénéficieraient de la compétence des entreprises à gérer les projets, créer de l'emploi et stimuler la relance économique.

1- Le capitalisme créatif au secours de la santé.

Le système public est débordé en termes de service et de financement. Il faut rehausser le système public avec le support des entreprises et intégrer le système privé pour éviter de créer un système à deux vitesses.

Dans le cadre du forum économique de Davos, tenu tout juste avant la crise financière de 2008, Bill Gates, qui y a introduit le concept de capitalisme créatif*, conclut : « Il faut améliorer le système économique et lui donner deux missions : faire des profits et en faire profiter les autres. Le génie du capitalisme s'est très bien occupé de la première. La seconde a été assurée par les gouvernements et la philanthropie, mais ce n'est plus suffisant ».

Et son ami Warren Buffet, frappé lui aussi par la grâce d'une vocation altruiste tardive, de renchérir : « Si par exemple vous aviez 3 % de l'impôt corporatif qui serait consacré à un fonds dédié et administré par des gens du milieu d'affaires, ils pourraient s'attaquer à l'éducation, à la santé ou d'autres activités où les gouvernements jouent un rôle important ».

Au Canada il a été établi que les entreprises disposent dans leurs coffres plus de 500 milliards de dollars. Le gouvernement et la Banque du Canada les exhortent à mettre ces argents à contribution pour soutenir l'activité économique. Le ministre des Finances Jim Flaherty a créé un remous dans le milieu de la finance lorsqu'il a déclaré : « À un certain moment, il ne revient pas au gouvernement de stimuler l'économie; il en revient plutôt au secteur privé qui dispose de grandes liquidités ».

Au Québec, certains considèrent que nous sommes plutôt pauvres en riches mais l'iniquité sociale existe ici comme ailleurs et l'écart entre les riches et les pauvres s'accroît quoiqu'il serait moindre, vraisemblablement à cause de nos mesures sociales. Nous avons convenu comme société de partager les coûts des services de santé mais cette charge est devenue trop lourde pour laisser le gouvernement à supporter seul ce système complexe et onéreux.

Il ne faut pas surtaxer les riches, mais plutôt les amener à contribuer à l'économie sociale. L'implication et l'investissement du secteur privé pourraient constituer un véritable enrichissement par la création d'organismes sans but lucratif (OSBL) qui viendraient supporter une partie de l'engagement social qui revient historiquement à l'État, tout en agissant comme levier de la relance dans une économie encore fragile.

Le projet pilote de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le Centre médical spécialisé Rockland MD (CMS) avait pour but de développer un modèle de collaboration public privé en dirigeant des cas de chirurgies d'un jour sur la liste d'attente de l'hôpital vers le CMS, diminuant ainsi les longues listes d'attente. Le modèle s'est avéré coûteux, ce qui était prévisible au départ, quoique des données récentes de l'hôpital du Sacré-Cœur suggèrent que les coûts seraient comparables ou inférieurs. Force est de constater que ce programme est efficace et méritait d'être évalué. En effet il a permis d'opérer plusieurs milliers de patients en respectant les normes de sécurité et de qualité des soins, tout en libérant du temps opératoire à l'hôpital.

Le ministère a décidé d'y mettre fin, ce que nous comprenons dans le contexte économique actuel. Mais nous ne sommes pas au bout de nos peines, alors que nous avons de la difficulté à corriger ce qui va mal, si nous devons rejeter ce qui va bien. Pourquoi ne pas expérimenter un nouveau modèle de financement qui deviendrait un prolongement du projet pilote et permettrait au ministère et aux institutions respectives d'évaluer cette modalité?

Le CMS Rockland pourrait convertir son secteur hospitalier en OSBL dont les profits permettraient de maintenir le projet et même de le bonifier. Le Dr. Fernand Taras, directeur du centre avait déjà démontré une ouverture à revoir le modèle financier. Si une telle entente devait se concrétiser, et nous avons raison d'y croire puisqu'elle est de l'intérêt de tous- au premier chef les patients- elle pourra servir de modèle pour d'autres projets, ce dont nous avons douloureusement besoin.

* Creative capitalism. Michael Kingsley 2008

2- Lettre ouverte à M.Warren Buffett

Qui peut se vanter d'avoir \$55 milliards à investir? L'occasion était belle de rappeler à M. Buffett un devoir de mémoire.

Cher Monsieur,

On nous apprend que votre entreprise dispose de la somme rondelette de 55 milliards de dollars et que vos talents d'oracle jumelés à votre prudence proverbiale vous gardent frileux face à la conjoncture économique actuelle.

Il a été établi au Canada que les entreprises disposent de 500 milliards de dollars et aux États-Unis de 2000 milliards de dollars en liquidités. Voilà des montants considérables qui pourraient réchauffer le climat économique si des gens comme vous, avec la notoriété et les moyens dont vous disposez, provoquaient la première étincelle.

Avec tout votre respect, je me permets de vous rappeler un devoir de mémoire. Lors du forum économique de Davos en 2008, suite à la conférence de votre ami Bill Gates où il a introduit le concept de "capitalisme créatif", vous lui faisiez part d'une idée qui vous est venue tout bonnement: " Et si on prenait par exemple 3 % de l'impôt corporatif pour constituer un fond dédié au bénéfice de la société. Ce fonds serait administré par des représentants du milieu des affaires qui pourraient s'attaquer à la santé, à l'éducation et à d'autres activités où le gouvernement joue un rôle important."

Une bouteille à la mer ne se rendrait pas au Nebraska, mais cette lettre pourrait très bien être adressée chez nous au Québec.

Comme l'a démontré Thomas Piketty dans son bouquin monumental *Le Capital au 21^{ème} siècle*, les détenteurs de capital s'enrichissent plus rapidement que le reste de la population. Selon sa propre expression *si la tendance se maintient* et que la population vit au-dessus de ses moyens et s'endette alors que les entreprises investissent en dessous de leurs moyens et s'enrichissent, l'iniquité ne fera que s'accroître. Dès lors, il sera impossible d'entrevoir une sortie de crise qui n'en finit plus d'être terminée.

Si l'état de santé de nos finances publiques est aussi précaire qu'on nous le décrit, il sera rassurant de voir jaillir quelques étincelles du côté privé.

3- Le modèle Cleveland

Le Dr. Barrette a mentionné qu'il avait l'intention de s'inspirer de modèles à succès, comme la Cleveland Clinic et Kaiser Permanente, pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé.

Un modèle adapté

Le docteur Gaétan Barrette a quitté la présidence de la Fédération des médecins spécialistes du Québec avec un parachute doré de \$1.2 Millions, du jamais vu. Durant son terme, c'est à même les fonds publics qu'il a pu assurer une augmentation substantielle de la rémunération des médecins. Devenu ministre de la Santé, il s'est converti à l'austérité avec le recours au duo classique de la compression dans les structures et des coupures dans ce qui reste de la cagnotte ministérielle. Ainsi le ministre va se retrouver sur le terrain avec des troupes décimées et démotivées lorsqu'il voudra entreprendre d'améliorer le fonctionnement en s'inspirant des succès de la Cleveland Clinic.

Pour y avoir passé deux années de fellowship, j'ai pu observer comment cette institution a toujours su mobiliser et inspirer tout son monde à la recherche constante de l'excellence. Cleveland Clinic est une institution privée sans but lucratif avec un revenu annuel de plus de six milliards de dollars. Le réseau comprend un campus principal à Cleveland en Ohio, huit hôpitaux régionaux et dix-huit centres de soins familiaux au nord de l'état, un complexe en Floride, à Las Vegas, à Toronto et plus récemment à Abu Dhabi, dans les Émirats Arabes. Voici quelques réflexions de la part du Dr Delos Cosgrove, éminent chirurgien devenu le deuxième chirurgien cardiaque à agir comme président et chef des opérations : « Les soins de santé sont en train de changer. Pour beaucoup, c'est une période d'anxiété. Pour Cleveland Clinic, c'est le temps de l'action.... Nous allons favoriser l'accès, assurer la meilleure qualité et nous rendrons les soins de santé plus abordables ».

Si l'on croit aux bienfaits de ce modèle, qu'est-ce qui empêche nos éminents économistes au trésor et aux finances, de pair avec nos éminents médecins au sommet de la pyramide gouvernementale, de promouvoir la création de centres médicaux spécialisés (CMS) privés sans but lucratif. On établirait ainsi les bases d'une mixité souhaitable et incontournable qui soulagera d'autant notre système public surchargé et amènera l'entreprise privée à contribuer comme partenaire par son apport financier et son savoir entrepreneurial.

La création de zones franches

Notre système de santé pourrait bénéficier de la créativité et des initiatives qui se déploient sur le terrain. L'hôpital Sacré-Cœur a été parmi les premiers à développer la chirurgie d'un jour et réclamer un centre ambulatoire, ce qui ne s'est jamais concrétisé. D'où l'initiative de la collaboration entre l'hôpital du Sacré-Cœur et la clinique Rockland MD. L'évolution de la science et de la technologie amène les centres hospitaliers à gérer des volumes d'activité considérables. C'est le cas de la chirurgie d'un jour qui surcharge le bloc opératoire alors qu'un CMS comme Rockland MD est parfaitement adapté à ce genre d'activité. Il suffirait de convertir le modèle en zone franche sans but lucratif, pour maintenir le projet pilote qui a permis de procéder à des milliers d'interventions en maintenant la qualité des soins et la sécurité des patients.

Il faut aussi préciser que les patients opérés à Rockland MD sont des patients de l'hôpital et non de la clinique.

L'intégration à la mission hospitalière de telles zones franches pourraient même ajouter des secteurs d'activités interventionnelles autres que la chirurgie et permettrait d'écouler leurs listes d'attente tout en libérant des espaces en milieu hospitalier.

Passer à l'action

Il est vrai que notre système de santé est doté d'une structure organisationnelle complexe et difficile à gérer, mais et il est tout à fait illusoire de penser en faire une structure simple et fonctionnelle en un tour de main (cf. la loi 10) avec en prime un ministre d'office à la micro gestion. Les sommes d'argent récupérées sont dérisoires en regard des montants requis, sachant que stimuler l'économie et l'emploi est une approche plus efficace que l'austérité.

Il y a tant à faire qu'il faut d'abord se mettre à la tâche et se concentrer sur le patient comme le fait *Cleveland Clinic* qui se préoccupe d'offrir plus de services en maintenant la meilleure qualité. Le pôle d'attraction devient le fonctionnement et non la structure et explique pourquoi par exemple cet organisme a recours à la méthode Toyota ou Lean, dont la priorité est la création d'un milieu de travail qui favorise la qualité et la productivité.

4- L'iniquité en santé

Les négociations du Conseil du Trésor avec les employés du secteur public et parapublic s'avéraient difficiles, dans un contexte de restriction et après que des augmentations généreuses aient été consenties aux médecins.

On ne peut blâmer les médecins d'avoir négocié des augmentations substantielles, mais les dépassements d'honoraires de 800 millions de dollars en période de

restriction budgétaire constituait une véritable injustice envers les autres travailleurs de la santé.

De son côté, le président du Conseil du trésor a consenti un montant supplémentaire de \$150 millions dans sa négociation avec les employés du système public et parapublic. Ce montant n'était pas disponible, mais offrait au Dr. Barrette l'occasion de corriger une partie du dépassement injustifié. Par ailleurs les médecins, déjà bien servis, auraient pu intercéder auprès du ministre pour accorder ce montant, geste qui aurait été fort apprécié des travailleurs de la santé servis en dernier à la table de négociation. Après le refus magistral du Dr. Barrette : « Il n'est pas question de revenir sur ma signature » le premier ministre a concédé que les 800 millions \$ n'étaient pas récupérables, sans plus d'explication.

Il est facile de croire qu'au Conseil du Trésor, les 150 millions \$ n'étaient pas disponibles et il est tout aussi facile de croire qu'on savait où et comment les récupérer. Il semble bien que c'était un vœu pieux. On se rappellera que le ministre de la santé, après s'être servi généreusement, mentionnait sur un ton presque condescendant qu'il avait bon espoir que son collègue au trésor en arriverait à une bonne entente. On voit bien que la solidarité ministérielle est un mythe et confirme qu'au Conseil des ministres, on fonctionne en vase clos. Du côté médical, le mode de rémunération à l'acte ne devrait-il pas encourager un rapprochement entre les médecins et les autres travailleurs de la santé qui ont un rôle essentiel. Resserrer les rangs en ces temps difficiles devrait les motiver à convaincre le ministre de revenir sur sa position et saisir l'occasion d'être un rassembleur plutôt que s'en tenir à son approche autocratique malheureusement trop représentative de la gouvernance de notre système de santé.

5- La médecine à l'ère industrielle

L'évolution de la science médicale et de la technologie repousse constamment les frontières des gestes diagnostiques et thérapeutiques. La médecine ne sera jamais une industrie, mais nous devons recourir au savoir-faire de l'entreprise pour arriver à produire plus et à moindre coût, passant d'une productivité de mode artisanal à une productivité de mode industriel.

La méthode Toyota

L'image de l'ouvrier affairé à une chaîne de montage immortalisée par Charly Chaplin dans son film *Modern Times* refait surface dans l'imaginaire lorsqu'il est question d'emprunter à l'industrie des façons de faire pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé. La révolution industrielle a provoqué des changements majeurs dans l'organisation du travail. Dans le sillon des travaux de Adam Smith (1723-1790), Frederick W. Taylor (1856-1915) a popularisé ses théories scientifiques qui ont donné lieu au taylorisme, fondé sur la fragmentation des tâches et faisant du

travailleur un simple exécutant. Henry Ford, inspiré du taylorisme, l'a amené à son paroxysme lorsqu'il a été impressionné par l'efficacité du roulement en chaîne des animaux aux abattoirs de Chicago. L'application du travail à la chaîne a révolutionné l'industrie automobile de façon permanente.

Après la deuxième guerre mondiale, les États-Unis n'ont pas déployé de plan Marshall pour le Japon, mais ils ont définitivement contribué à la reconstruction du pays. C'est ainsi que W. Edwards Deming (1900-1993) a été délégué au Japon, à titre d'ingénieur statisticien consultant. Comme il était opposé au taylorisme, alors que l'industrie automobile était florissante, l'histoire ne dit pas si le gouvernement américain a fait d'une pierre deux coups : aider les japonais et se débarrasser d'un scientifique influent dont les idées allaient à l'encontre de l'économie américaine.

Deming a conseillé entre autres Kiichiro Toyoda, fondateur de la compagnie Toyota, qui s'était lancé dans la construction automobile dans un pays en ruines et appauvri, et qui n'avait d'espace que pour des petites autos. Son influence a amené cette compagnie japonaise à concentrer ses efforts sur la qualité et la contribution des travailleurs à l'amélioration du produit. Pour Deming, mettre l'accent sur les coûts est une erreur, parce que cette approche n'est pas productive et finit par diminuer la qualité. La philosophie de Toyota appelée *TPS Toyota production system* a été étudiée de façon extensive, entre autres par les théoriciens de Harvard, qui ont proposé le slogan « lean », en référence au fait qu'on ne retient que ce qui est nécessaire au fonctionnement, le reste n'étant que du gaspillage. Adoptée par de nombreuses organisations, la méthode obtient toutefois des succès et une pérennité variables. Dans cet esprit, il apparaît opportun de rappeler les 14 points de Deming* :

1. Gardez le cap sur votre mission en améliorant constamment les produits et les services. Le but d'une entreprise est d'être compétitive, d'attirer des clients et de donner du travail.
2. Adoptez la nouvelle philosophie. Nous sommes dans un nouvel âge économique. Les dirigeants occidentaux doivent s'informer de leurs nouvelles responsabilités et conduire le changement.
3. Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles et de vérifications. Intégrez la qualité au produit dès la conception.
4. Abandonnez la règle des achats au plus bas prix. Cherchez plutôt à réduire le coût total. Réduisez au minimum le nombre de fournisseurs par article, en établissant avec eux des relations à long terme de loyauté et de confiance.
5. Améliorez constamment tous les processus de planification, de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.
6. Instituez une formation professionnelle permanente.
7. Instituez le leadership, nouvelle manière pour chacun d'exercer son autorité. Le but du leadership est d'aider les hommes et les machines à mieux travailler. Révisez la façon de commander.

8. Chassez la crainte, afin que tout le monde puisse contribuer au succès de l'entreprise.
9. Détruisez les barrières entre les services. Le travail dans un esprit d'équipe évitera que des problèmes apparaissent au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.
10. Supprimez les exhortations et les formules qui demandent aux employés d'atteindre le zéro défaut pour augmenter la productivité. Elles ne font que créer des situations conflictuelles.
11. Supprimez les quotas de production, ainsi que toutes les formes de management par objectifs. Ces méthodes seront remplacées par le leadership.
12. Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail, ce qui implique l'abolition du salaire au mérite et du management par objectifs.
13. Instituez un programme énergique d'éducation et d'amélioration personnelle.
14. Mobilisez tout le personnel de l'entreprise pour accomplir la transformation.

* Source : Association française Edward Deming

L'orientation actuelle du ministre de la Santé, avec l'introduction du financement des hôpitaux par activité risque de mettre la priorité sur les coûts, ce qu'il faudra éviter. Si pour une activité donnée qui coûte moins cher dans un hôpital que dans un autre, quelle sera la solution proposée : demander à tout le monde de se conformer au coût minimal ou concentrer les activités où ça coûte moins cher. Et en bout de piste, comment s'assurer de maintenir la qualité des soins et la sécurité des patients en se concentrant sur les coûts?

L'économie du bonheur

Une nouvelle dimension fait tranquillement sa place dans le monde des produits et services : l'économie du bonheur. Fleur bleue ou lunette rose, elle devrait faire partie de l'équation dans l'évaluation des coûts. La rémunération de ceux qui participent à la confection d'un produit ou à une offre de service est constituée de leur salaire bonifié du bonheur que leur procure le travail en milieu favorable. Pour les consommateurs ou les bénéficiaires, le bonheur de recevoir s'ajoute à la valeur du produit ou du service. La méthode Toyota, qui priorise la qualité dans l'amélioration de notre système de santé, se prête bien à une telle démarche.

L'argent ne rend pas nécessairement les gens heureux, mais le bonheur enrichit les relations humaines et devrait faire partie de l'équation dans l'évaluation des coûts en santé.

6- Les indignés de la rue

Le projet du gouvernement du Québec d'augmenter les frais de scolarité en 2012 a provoqué la grève étudiante la plus longue et la plus mouvementée de l'histoire du Québec et du Canada.

Le conflit entre le gouvernement et les étudiants contestataires fait du sur place sémantique, mais le mouvement révèle une réalité sociale plus profonde et se situe dans la continuité du « *Occupy wall street* » et « *Occupons Montréal* ». De fait, l'enjeu n'est plus la gratuité scolaire mais la justice sociale qui pourrait toucher la santé au même titre que l'éducation. Le temple de l'économie libérale a subi un véritable séisme lors de la crise financière de 2008 et la situation demeure difficile. Il a été établi qu'au Canada, les entreprises disposent de 500 cents milliards en liquidités, et le ministre fédéral, Jim Flaherty, exhortait les investisseurs à contribuer à la relance. L'argent existe en quantité considérable, mais la relance est frileuse et elle le restera à moins de voir et faire les choses autrement. Les entreprises renoueront avec la prospérité si elles acceptent d'investir dans l'économie sociale, ce qui n'est pas la responsabilité exclusive de l'État, et particulièrement en santé et en éducation.

Dans un passage émouvant de la biographie autorisée de Steve Jobs, ayant comme toile de fond sa maladie avancée et sa réconciliation avec Bill Gates, ce dernier a abordé le sujet de l'enseignement. Il dépeignait avec enthousiasme sa vision des écoles du futur avec des élèves qui visionneraient par eux-mêmes des cours et des vidéos, tandis que le temps de classe serait consacré aux débats et aux résolutions de problèmes. Voilà une belle ouverture à l'économie sociale qui prendrait l'initiative d'amener le monde de l'éducation à l'ère numérique et permettrait aux écoles, collèges et universités d'améliorer leur performance et à moindre coût, soulageant d'autant le poids assuré par l'État.

Pour les rêveurs, et il est permis de l'être, citons Gilles Ferry, considéré comme le père de l'école obligatoire et gratuite : « Les années qui viennent doivent être celles d'une nouvelle hiérarchie des valeurs au sommet de laquelle la science, l'intelligence, la volonté d'apprendre et de transmettre seront les vertus les mieux reconnues et les mieux respectées, bien davantage que l'argent. »

Malheureusement, notre crise étudiante nous a enfermés dans une approche manichéiste. Si quelqu'un a raison, l'autre a tort nécessairement. Pourquoi faut-il un gagnant et un perdant? Pourquoi n'y a-t-il pas deux gagnants? Soyons sages et optons pour la troisième voie, celle de la paix sociale, la détente, la discussion en vue d'une solution réfléchie et à l'avantage de tous. Sortons de la crise qui nous éloigne d'un climat favorable à l'échange et au respect mutuel. Faisons la paix, un pacte d'honneur que chaque partie s'engagera à respecter sur la foi et la confiance de la population qui se réjouira de ce beau geste, montrant au monde que le Québec a atteint un niveau de conscience sociale et de maturité qui pourrait servir d'exemple. Nous avons une

belle occasion d'avancer tous ensemble, dans la rue si l'on veut, mais dans la réjouissance et la paix retrouvée.

7- Deux poids deux mesures

Le gouvernement libéral fédéral a décidé de ne pas maintenir les transferts provinciaux à 6% mais plutôt à 3%, au grand dam des provinces qui souffrent d'un sous financement permanent.

Considérant que les finances du Québec étaient dans un mauvais état, dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement actuel s'est lancé dans un régime d'austérité et a dégagé des surplus considérables. De son côté le gouvernement fédéral a choisi une approche keynésienne pour relancer l'économie. Le dépassement budgétaire prévu est passé de 10\$ à 30\$ milliards et cette manne est alléchante pour les provinces.

Le gouvernement Couillard qui se targue d'avoir sauvé le Québec est mal placé pour exiger plus de transferts fédéraux avec ses surplus accumulés, alors qu'il a lui-même diminué le budget de la santé. Il est maintenant contraint de goûter à sa propre sauce que le fédéral ne manque pas d'épaissir en y ajoutant des conditions préalables. Là encore, le Dr Barrette qui a orchestré des augmentations généreuses aux médecins, aurait dû négocier avec eux des solutions structurantes et durables plutôt que leur imposer après coup d'être plus productifs sans plan d'action. Il n'a pas de leçon à donner à sa collègue au ministère fédéral de la Santé, qui gère avec rigueur les deniers publics.

Le Dr. Barrette n'abandonnera pas pour autant et il continuera de mettre à profit son talent exceptionnel de négociateur en brandissant le fanion du fédéralisme asymétrique. Il devra toutefois faire des concessions sur l'utilisation ciblée de ces argents qui pourraient apporter un baume sur certaines plaies comme la prise en charge des aînés et les soins à domicile.

L'austérité que nous avons vécue n'était pas nécessaire et s'avère une stratégie qui a compromis les chances d'ajuster à la hausse les transferts en santé. Nous n'avons pas appris de ce l'on a vécu dans les années '90 et il est à espérer qu'on ne répètera plus cette gestion de budget en dents de scie qui chamberde à chaque fois un système de santé de plus en plus sollicité. Cette stabilité exigera des deux paliers de gouvernement d'assurer une meilleure planification à long terme en arrimant de façon plus durable et plus équitable la répartition des ressources disponibles. Ainsi le souhait du ministre Fournier, responsable des Relations canadiennes, d'un retour à une péréquation augmentée et non diminuée en santé serait tout à fait conciliable en fonction de cibles qui répondent à leurs objectifs communs.

8- S'investir et investir en santé

Tout a été dit sur le déficit d'engagement des médecins québécois considérés parmi les mieux rémunérés au pays. L'accès aux soins demeure difficile, les médecins auraient trop de privilèges et l'appât du gain serait en conflit d'intérêt avec leur mission de soigner.

Les spécialistes sont les grands gagnants des largesses du gouvernement qui néglige d'autant les autres travailleurs de la santé. En retour, les médecins se font de plus en plus dominer par les administrations et le ministère qui ont maintenant le gros bout du bâton pour les mettre au pas une fois pour toutes.

Ils ont toutefois une occasion en or de reprendre la place qui leur est due en s'impliquant davantage et en investissant eux-mêmes pour assainir le milieu de travail et améliorer la productivité axée sur la qualité des soins.

Avec les argents généreusement consentis, la Fédération des médecins spécialistes du Québec pourrait constituer un fonds dédié qui obtiendrait le support de la majorité des membres et elle pourrait aussi encourager des contributions sur une base volontaire négociables en allègement fiscal. Ainsi les 35 Associations qui la composent devraient sortir de l'ombre et optimiser le fonctionnement de leurs spécialités. Elles devraient aussi aller au-devant des médecins de famille pour s'arrimer avec eux.

Il faudrait aussi valoriser et faciliter le travail des infirmières. Lorsque j'étais fellow au programme de chirurgie cardiaque de la Cleveland Clinic, une altercation est survenue entre une infirmière et un fellow. Cet incident a provoqué une rencontre d'urgence des fellows avec le chef du département. Son discours a été bref, incisif et sans appel. « La présence des infirmières est indispensable au maintien des activités de la clinique et une pénurie serait catastrophique pour nos plans d'avenir, Dans un conflit entre fellow et infirmière, nous allons toujours avoir un avis favorable envers les infirmières et la raison est très simple : nous avons beaucoup de difficulté à recruter un nombre suffisant d'infirmières et nous devons aussi faire beaucoup d'effort pour assurer la rétention de celles que nous avons recrutées, alors que nous avons une grande demande de fellows que nous pouvons remplacer à volonté ». Une telle réaction peut nous paraître exagérée, mais elle témoigne d'une confiance et d'une solidarité indéfectibles envers de précieuses alliées.

Pour la Cleveland Clinic, dont le Dr. Barrette s'inspire à l'occasion, le travail d'équipe est élevé au niveau d'une véritable culture dans un climat de travail où prime la qualité et la productivité. Il serait souhaitable de rétablir un rapport de force avec le ministre qui devrait se faire rassembleur et supporter les initiatives qui émergent du terrain.

LA SURALIMENTATION

L'exploit du Ministre

Un jour, alors que j'étais médecin conseil à l'Agence de Montréal, j'ai fait partie d'un comité consultatif en imagerie sur lequel siégeait le Dr. Barrette, alors qu'il avait entrepris de perdre du poids. Le résultat était très visible puisqu'il avait perdu 30 kilos, mais personne n'osait en parler en sa présence. Un jour que tout le groupe attendait qu'on ouvre la porte pour entrer dans la salle de réunion, le Dr, Barrette apparaît à la sortie de l'ascenseur et spontanément tous les regards se retournent vers lui. Je m'empresse de souligner comment il est mince devant l'approbation admirative du groupe. C'est lors de cette rencontre que je lui ai demandé la permission de le citer en exemple, ce à quoi il a acquiescé volontiers.

Notre ministre de la santé est très présent sous les feux de la rampe et nous sommes tous à même de constater que depuis qu'il est en poste, il a fondu comme neige au soleil.

Je connais le Dr. Gaétan Barrette et lorsque je l'ai croisé de façon fortuite, je n'ai pu m'empêcher de lui demander son secret. La réponse a été laconique : « **je mange moins** », ce qui est un véritable exploit lorsqu'on a un emploi du temps qui se prête très mal à une telle discipline alimentaire. Les personnes qui sont aux prises avec un problème de surpoids savent combien il est difficile de perdre du poids et encore plus difficile de maintenir les acquis.

Dans le rapport d'une étude commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux* et à laquelle j'ai contribué, nous retrouvons en introduction : « Les statistiques démontrent que dans l'ensemble des pays développés, le Canada fait piètre figure en ce qui concerne la proportion de la population souffrant d'obésité. Même si le Québec s'en tire plutôt bien comparativement à d'autres provinces canadiennes, son classement mondial est équivalent à celui du Canada. Au Québec, plus de 1.3 millions de personnes sont aux prises avec un problème d'obésité. »

Jusqu'à maintenant, le seul traitement reconnu efficace pour obtenir une perte de poids significative et durable a été la chirurgie bariatrique (du grec baros: poids; iatros: médecin ; le traitement du poids)). Le Dr Barrette n'a pas été opéré et il a dû consulter pour s'assurer de ne pas créer de déficiences et être en meilleure condition physique pour gérer un ministère des plus exigeants.

S'il est vrai que la chirurgie bariatrique donne de bons résultats, elle ne devrait pas être la seule option thérapeutique. Voici dans le même rapport du MSSS : « Selon les informations recueillies par les experts, il est juste de dire que la médecine bariatrique n'existe pas au Québec. Les approches médicales sont plutôt centrées sur des troubles

particuliers comme le diabète, l'hypertension artérielle ou l'apnée du sommeil en lien avec l'obésité. Mais rarement on traite l'ensemble des troubles touchant à l'obésité à l'intérieur d'un continuum de services hiérarchisés. À cet égard, la médecine bariatrique est un secteur à développer et un réseau à bâtir. »

Le Dr. Yoni Freedhoff, certifié en médecine bariatrique et Directeur Médical du « Bariatric Medical Institute » à Ottawa, est de ceux qui, sans nier les bienfaits de la chirurgie, propose une approche médicale en dénonçant au départ plusieurs mythes tenaces. Entre autres, si l'exercice est probablement le meilleur médicament qui existe pour un meilleur état de santé, il n'est tout simplement pas réaliste de prescrire de l'exercice en vue d'empêcher les gens de prendre du poids, et encore moins d'en perdre. Il est très convaincant lorsqu'il mentionne que pour perdre une livre, il faut brûler 3500 calories, ce qui correspond à un marathon de 42 kilomètres. Selon lui, il n'y a qu'une seule façon réaliste de ne pas gagner du poids ou d'en perdre : manger moins et manger mieux.

L'idéal serait de disposer d'une approche intégrée, par la création d'une spécialité en médecine bariatrique, avec un programme de prise en charge globale et un suivi à long terme. Ce programme inclurait la prévention, le changement des habitudes de vie, la perte de poids et le maintien d'un poids raisonnable, de même que le contrôle des complications liées à l'obésité telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil et l'atteinte des articulations de support, hanches et genoux.

Sur le plan social, il est devenu évident que l'industrie alimentaire utilise les mêmes stratégies de marketing que l'industrie du tabac pour créer des produits alléchants et induire un besoin artificiel, voire une véritable addiction chez les consommateurs. S'attaquer aux géants de ce domaine très lucratif n'est pas une mince tâche et le message doit venir d'en haut.

Le Dr. Barrette est l'ambassadeur tout désigné pour lancer ces deux projets et la population le suivra avec enthousiasme. D'une part, il pourra s'adresser au Collège des Médecins du Québec pour le convaincre de créer la spécialité de médecine bariatrique. Nous disposons déjà d'équipes très impliquées dans la prise en charge de cette problématique et il sera possible aussi de s'inspirer de modèles comme celui du Dr. Yoni Freedhoff, dont la contribution est de plus en plus reconnue au Canada et au-delà. D'autre part, le Dr. Barrette pourra à l'instar des campagnes anti-tabac, convaincre son gouvernement et en particulier le Premier Ministre Couillard, déjà bien impliqué dans la lutte anti-tabac, de lancer un programme de lutte contre les méthodes insidieuses des industries qui exploitent sans vergogne le marché de l'alimentation.

* L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec. Plan d'action, 2009.

LES SOINS DE FIN DE VIE

1- Soins palliatifs et aide médicale à mourir

À l'occasion de l'introduction de la loi concernant les soins de fin de vie, il est pertinent de faire le point et de préciser les aspects qui pourraient comporter une certaine confusion.

Mourir dans la dignité réfère à une mort sans souffrance, dans le calme et la sérénité, en paix avec soi-même et ses proches.

Les soins palliatifs ont pour but de soulager la souffrance sans provoquer la mort, même si le traitement peut dans certains cas accélérer le décès. L'aide aux mourants remonte jusqu'au Moyen Âge, mais les soins palliatifs tels qu'on les connaît chez nous aujourd'hui datent seulement des années '70. Ils ont progressé beaucoup dans leur capacité à soulager la souffrance et assurer le confort des patients en fin de vie, incluant la sédation palliative terminale ou continue, et ils sont maintenant bien intégrés dans le continuum de soins.

Par ailleurs, l'aide médicale à mourir a pour but de provoquer la mort pour mettre fin à la souffrance. On demande à un médecin de procéder à une injection létale et la mort est très rapide et sans souffrance. Sous le vocable d'aide médicale à mourir, l'euthanasie (eu : belle; thanatos : mort) a été introduite dans la pratique médicale par une loi (la loi 52) résultant d'un consensus social. Elle fait désormais partie du code de déontologie, mais elle doit respecter l'éthique personnelle et professionnelle des médecins qui pourraient s'objecter à poser un tel geste.

Pour illustrer cette distinction, le célèbre patient des « *Invasions barbares* » de Denis Arcand est un bon exemple. Ce patient considéré en fin de vie et souffrant pouvait refuser ses traitements et opter pour des soins palliatifs de confort. Le cinéaste visionnaire propose plutôt au spectateur une euthanasie qui se passe dans un décor bucolique et présente une mort qu'il considère plus digne et plus humaine. Au Québec, cette mort programmée est maintenant légale sous contrôle médical et est devenue une option en fin de vie pour des patients dont la souffrance ou la détresse ne seraient pas soulagées par les soins palliatifs et la sédation palliative terminale.

2- La compassion

La loi québécoise est très restrictive et ne s'adresse qu'aux personnes en fin de vie et qui peuvent bénéficier de soins palliatifs. La loi fédérale est moins restrictive mais exige que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible.

Au-delà des considérations médicales, juridiques, législatives, politiques et religieuses c'est la compassion qui doit guider les divers intervenants dans une démarche qui est avant tout profondément humaine : défendre le droit de vivre et de mourir dans la dignité en s'assurant d'offrir les soins appropriés.

La « Loi concernant les soins de fin de vie », introduite par le gouvernement provincial, doit être considérée dans son entièreté, avec ses quatre composantes : les soins palliatifs, la sédation palliative terminale, l'aide médicale à mourir et les directives médicales anticipées.

L'intérêt justifié pour l'aide médicale à mourir ne doit pas occulter le fait que les soins palliatifs et la sédation palliative terminale demeurent la voie privilégiée. Malheureusement, l'accès aux soins palliatifs est insuffisant et le ministère doit s'assurer de corriger la situation.

L'aide médicale à mourir est le recours ultime lorsque la souffrance ou la détresse demeurent intolérables.

Enfin, les directives médicales anticipées devraient être une démarche encouragée et facilitée par le ministère.

En février 2015, renversant son jugement à l'égard de Sue Rodriguez* rendu en 1993 par cinq juges contre quatre, la Cour suprême s'est prononcée de façon unanime dans son arrêt Carter en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté. Ce jugement très inclusif comprend « des personnes qui présentent une condition médicale grave et irrémédiable, causant une souffrance intolérable ». Toutefois, et la loi fédérale qui a ajouté la clause « pour des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible », et la loi provinciale qui ne concerne que les patients en fin de vie, excluent les Sue Rodriguez de ce monde, dont les deux plaignantes auxquelles réfère l'arrêt Carter, soit Kay Carter et Gloria Taylor **. Il incombe maintenant aux deux paliers de gouvernement de proposer, en collaboration de préférence, une loi qui se rallie au jugement de la Cour suprême. Une telle loi provoquera probablement un débat constitutionnel, mais il doit avoir lieu par compassion pour ces personnes dont la vie a perdu son sens et sa dignité.

* Sue Rodriguez était atteinte de la maladie de Lou Gehrig, une forme de maladie dégénérative débilante et incurable. Elle a demandé le droit au suicide assisté, ce qui lui a été refusé jusqu'en Cour suprême. Mme. Rodriguez s'est suicidée avec l'aide d'un médecin le 23 février 1994, dans l'illégalité.

** Kay Carter souffrait de sténose spinale en phase terminale. Pendant que sa famille poursuivait sa demande jusqu'en Cour suprême, elle s'est rendue en Suisse pour obtenir l'aide médicale au suicide, survenu le 15 janvier 2010.

** Gloria Taylor, atteinte de la maladie de Lou Gehrig, avait obtenu en 2012 une exemption de la Cour suprême pour avoir recours au suicide assisté qui n'a pas eu lieu. Elle est décédée entre temps d'une cause non reliée à sa maladie.

3- Le message de Laurent Laplante

Laurent Laplante s'est présenté avec un cancer du pancréas incurable. Il a été pris en charge par une équipe de soins palliatifs. Comme la délivrance tardait à venir, il a demandé l'aide médicale à mourir qui lui a été accordée. Une lettre posthume a été publiée et son message mérite d'être retenu.

Le sympathique journaliste et éditorialiste du Devoir est décédé d'un cancer du pancréas. En réalité, ce n'est pas le cancer qui l'a emporté, mais une dose létale administrée dans le cadre de l'aide médicale à mourir.

La loi québécoise est très restrictive et ne s'adresse qu'à des patients en fin de vie. Les soins palliatifs, incluant la sédation palliative terminale, répondent à la majorité des cas et leur permet de mourir dans la dignité.

M. Laplante a conservé sa plume de sagesse et de compréhension pour livrer un message profondément humain : un troc civilisé « vous me libérez de la douleur et j'accepte de devancer ma mort ». Et il ajoute : « ce troc fait partie de nos droits ».

L'euthanasie, puisqu'il faut l'appeler par son nom, fait maintenant partie de l'arsenal des soins de fin de vie au Québec. Elle est inscrite dans le code de déontologie, mais elle doit respecter l'éthique personnelle et professionnelle des médecins qui sont en désaccord ou qui refusent de poser un tel geste.

Provoquer la mort n'est pas facile pour celui qui a été formé pour protéger la vie. Mais lorsque la fin est inéluctable et que la souffrance ou la détresse intolérables font que cette vie a perdu son sens et sa dignité, selon les mots de M. Laplante « s'ajoute un droit à l'impatience si la nature tarde à rendre le verdict ».

4- L'aide à mourir au menu médical

Dans un article du Devoir le mardi 16 mai 2017 « Acte médical ou mort à la carte » la journaliste Isabelle Paré exprime les réticences du Dr. Yves Robert, secrétaire du Collège des Médecins du Québec, alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux a amorcé une réflexion pour évaluer l'opportunité d'élargir la portée de l'aide médicale à mourir.

Selon l'expression du Dr. Robert : « alors que l'aide médicale à mourir était réservée au patient souffrant, on observe l'émergence d'un discours réclamant une forme de mort à la carte ». Il faisait référence à des patients inaptes souffrant de la maladie d'Alzheimer et qui auraient exprimé leur volonté par directives médicales anticipées. Faut-il préciser que la demande d'aide médicale à mourir n'est pas incluse dans les directives médicales anticipées.

La Cour Suprême a décriminalisé l'euthanasie pour des personnes qui présentent une condition médicale grave et irrémédiable, causant une souffrance intolérable. Dans les faits, nous sommes en présence de trois situations bien distinctes :

I. Patients souffrants et en fin de vie.

Au Québec la loi concernant les soins de fin de vie est très restrictive et ne s'adresse qu'aux patients en fin de vie dont la souffrance ou la détresse sont devenues intolérables. Dans la démarche québécoise, il n'a jamais été question d'euthanasie puisque le gouvernement a considéré que l'aide médicale à mourir, dont le but premier est de soulager et non de provoquer la mort, est considérée comme un soin.

II. Patients souffrants et non en fin de vie.

Sue Rodriguez malgré sa souffrance et sa détresse avait été déboutée dans sa demande de suicide assisté. Lorsque la Cour Suprême a modifié son jugement dans l'arrêt Carter et décriminalisé l'euthanasie et le suicide assisté, les Sue Rodriguez de ce monde venaient de gagner une grande bataille.

Toutefois le gouvernement fédéral a ajouté la clause « pour des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible » ce qui annulait l'ouverture de la plus haute cour du pays. Pour que ces personnes puissent être éligibles, il faut que le Québec reprenne le bâton du pèlerin et négocie un amendement avec le fédéral. Ainsi la loi québécoise pourrait s'appliquer, considérant que l'aide médicale à mourir encore ici a comme but premier de soulager.

La souffrance est humaine et tolérable de façon transitoire, mais elle devient inhumaine et intolérable lorsqu'elle s'installe en permanence et que la vie a perdu son sens et sa dignité même si la durée de vie est imprévisible.

III. Patients non souffrants et non en fin de vie

Les patients qui présentent une détérioration sévère de leur état mental comme dans la maladie d'Alzheimer mais qui ne présentent pas de souffrance et qui ne sont pas en fin de vie ne répondent ni à la loi provinciale ni à la loi fédérale. Comme le but visé n'est pas de mettre fin à la souffrance mais de provoquer la mort, l'aide médicale à mourir ne peut être considérée comme un soin. C'est de l'euthanasie au sens le plus strict du terme, ce qui n'a jamais été considéré jusqu'à maintenant au Québec.

5- Soins de fin de vie : un droit constitutionnel au Québec

La médecine n'est pas une science exacte et il n'est pas rare de se retrouver avec des opinions diverses et des médecins qui maintiennent leur position. Il existe toutefois des règles de bonne pratique, un code de déontologie, un serment professionnel et des valeurs éthiques qui constituent autant de balises pour rassurer la population.

Dans la Presse+ du 3 décembre 2017, les docteurs Patrick Vinay et Alain Nault, bien connus dans le domaine, ont exposé de façon claire et exhaustive leur position respective sur l'aide médicale à mourir dans le continuum de soins de fin de vie, tel que stipulé dans la loi québécoise

Il y a donc les tenants du pour (Nault) et du contre (Vinay) mais les patients ne doivent pas faire les frais de cette divergence qui va persister, comme on peut le retrouver dans d'autres secteurs.

La loi québécoise est très restrictive et ne concerne que les patients souffrants et en fin de vie. Elle oblige tous les médecins à s'y conformer puisqu'elle est insérée dans leur code de déontologie. Toutefois provoquer la mort peut être un geste difficile et peut, avec raison, provoquer un conflit éthique personnel ou professionnel. Les médecins peuvent s'y soustraire avec l'obligation d'acheminer les demandes vers ceux qui l'acceptent, de la même façon que l'on peut proposer une deuxième opinion dans des cas litigieux.

Ainsi lorsqu'une demande d'aide médicale à mourir est formulée, les médecins ont la responsabilité de s'assurer que le patient est bien informé et qu'il prend une décision éclairée. Si la demande persiste le protocole en place déterminera si le patient est éligible ou non.

Faut-il rappeler les mots dans la lettre posthume du journaliste Laurent Laplante qui souffrait d'un cancer du pancréas en phase terminale et dont la mort était imminente : « ...s'ajoute un droit à l'impatience lorsque la nature tarde à rendre son verdict ». Déjà pris en charge en soins palliatifs, il a fait la demande d'une aide médicale à mourir qui lui a été accordée.

MÉDECINE SPORTIVE

1- Une nouvelle entité

L'article de Marc André Godin dans La Presse du 11 novembre 2015 « L'étrange phénomène des caillots de sang » a introduit une entité qui, jusqu'à preuve du contraire, serait en lien avec un traumatisme.

Le cas récent de Pascal Dupuis, attaquant des Pingouins de Pittsburgh, atteint d'une thrombose veineuse du mollet avec embolie pulmonaire laisse croire qu'il y a bel et bien une incidence à la hausse de cet « étrange phénomène » chez les joueurs de hockey professionnels. Depuis 2008, 10 cas ont été répertoriés. Le Dr. Philip Wells, pionnier dans le diagnostic de cette entité clinique, mentionne : « Dans ce groupe d'âge, la moyenne devrait être de 1 sur 10,000! Il y a quelque chose qui se passe ». De son côté, le Dr. David Mulder, bien connu comme médecin du club Canadien, ajoute : « Je ne me souviens pas d'avoir vu ça avant. Mais c'est de plus en plus commun ». Il estime toutefois que ces nouveaux cas ne sont qu'une coïncidence.

Il apparaît opportun de saisir l'occasion d'y associer un autre phénomène qui n'est pas suffisamment évalué : la commotion cérébrale, véritable fléau dans les sports de contact, dont la prévalence réelle chez les joueurs de hockey professionnels est encore inconnue.

Les conséquences de ces deux conditions peuvent être désastreuses. La thrombose veineuse avec embolie pulmonaire est beaucoup moins fréquente, mais elle comporte un potentiel léthal. La commotion cérébrale sauf exception ne met pas la vie en danger de façon immédiate, mais elle menace la carrière professionnelle et la qualité de vie des joueurs.

Le milieu sportif professionnel dispose déjà de moyens pour compiler des données considérables, ce qui peut faciliter grandement des études scientifiques tant prospectives que rétrospectives qui viendraient appuyer les orientations nécessaires sur le plan de la santé et de la sécurité, et plus particulièrement de la prévention. On peut même présumer que les joueurs se prêteront de bonne grâce à une telle démarche. Peut-on ajouter par ailleurs, que les amateurs de ce sport si populaire vont même encourager les chercheurs dont le but ultime est de protéger leurs idoles.

Ainsi, un meilleur appui scientifique permettrait d'être beaucoup plus rigoureux sur les règles de pratique et la mise en garde face aux risques auxquels ces sportifs professionnels sont soumis.

2- Commotion cérébrale : la roulette russe

Un échange de courriels obtenu par l'émission Enquêtes révèle le niveau d'inquiétude de Geoff Molson dès 2011 au sujet des risques de poursuites judiciaires dans le dossier des commotions cérébrales.

Il est vrai que la commotion cérébrale dans le sport est beaucoup mieux documentée et prise en charge sur le plan médical, mais les protocoles de gestion se situent dans le domaine de la prévention secondaire, c'est-à-dire après coup. « Mieux vaut prévenir que guérir » est un adage qu'on semble avoir remis aux oubliettes. Les épidémiologistes impliqués en maladie accidentelle ont ajouté cette phrase : rien n'est moins accidentel qu'un accident, puisqu'il est évitable dans la majorité des cas.

Nous apprenons maintenant, avec la Loi sur l'accès à l'information, que les propriétaires de club et le grand manitou de la ligue nationale de hockey M. Gary Bettman, se préoccupent beaucoup plus de leurs arrières que des joueurs qui acceptent de jouer à la roulette russe pour la gloire et des salaires faramineux.

Depuis que les joueurs portent le casque, l'incidence des commotions a augmenté, de la même façon qu'elle a augmenté chez les joueurs de football qui, de mémoire d'homme, ont toujours porté le casque. La raison est bien simple : la violence dans le sport. Vince Lombardi, que d'aucuns reconnaissent comme le meilleur coach du football professionnel américain, considérait que le football n'est pas un sport de contact, mais un sport de collision. Et il se plaisait à ajouter : la danse est un sport de contact.

Au hockey, le commentateur sportif Réjean Tremblay considérait que le hockey était devenu un sport brutal. Pour lui, le règlement qui permet de compléter une mise en échec est stupide, puisqu'il permet de frapper un joueur qui n'est plus en possession de la rondelle, ce qui est interdit.

Il revient au leadership médical d'imposer les règles de prévention de ce fléau qui détériore la qualité de notre sport national, à l'heure où les promoteurs de la Ligue nationale de hockey ne comprennent pas pourquoi le nombre de buts a baissé de façon notable. Et si les joueurs avaient la chance de jouer!

3- Le pendule de la commotion cérébrale

La détermination et la minutie à détecter les commotions cérébrales sont louables, mais il est grand temps de mettre la même ardeur à les prévenir.

Les commotions ont été longtemps ignorées, mais on est en train de basculer le pendule à l'autre extrémité. Lors de sa chute sur la glace (accessible sur une vidéo qui semble rendre justice à la réalité) le joueur Connor Mc David a été retiré du jeu, alors

qu'en rétrospective tout au moins, il n'a présenté aucun symptôme de commotion cérébrale. Le retrait préventif est une mesure de sécurité supplémentaire, mais les progrès considérables de la prise en charge des commotions ont fini par occulter l'importance de les éviter. Mieux vaut prévenir que guérir!

Les organisations de sport professionnel sont devenues des entreprises très lucratives et se comportent de plus en plus comme des multinationales. La ligue nationale de hockey est un monopole constitué de 30 franchises réparties à travers le Canada et les États-Unis. Les actifs cumulés sont de l'ordre de plusieurs milliards de dollars, et trois clubs, dont le Canadien, ont franchi le seuil de \$1 milliard. Il est évident que les commotions cérébrales sont liées aux écarts permissifs de ce sport de contact, et elles sont tolérées pour satisfaire des propriétaires complaisants et un commissaire qui fait la pluie et le beau temps avec un salaire annuel de \$8 millions.

Il faut d'abord agir au niveau médical. Soutenu par la communauté de chercheurs en médecine sportive, l'association des médecins qui supervisent les équipes de la ligue nationale (NHLTPS : National Hockey League Team Physicians Society) doivent déterminer clairement les limites à respecter. Ils doivent aussi mettre sur pied un registre des commotions de façon à en connaître l'incidence et son évolution dans le temps.

Ainsi, les joueurs seront rassurés d'une part par une connaissance plus éclairée des risques auxquels ils sont exposés et surtout par la volonté exprimée de les prévenir et des gestes concrets pour y arriver.

Les gouvernements doivent aussi agir. Le Premier Ministre Justin Trudeau en a déjà fait mention et maintenant le Gouverneur Général David Johnston, ancien joueur qui a expérimenté la commotion et qui semble vouloir s'impliquer, se doivent d'arraisonner la toute puissante ligue nationale de hockey. Peut-être devront-ils ouvrir un front juridique. Se rappelant la charge sauvage dont a été victime Max Pacioretty, il n'est pas normal de permettre dans un aréna des gestes considérés comme criminels dans toute autre circonstance.

Il en va de la sécurité de nos athlètes professionnels, de l'avenir de nos jeunes qui suivent les traces de leurs idoles et d'une société responsable qui ne tolère pas plus la violence que le dopage dans le sport.

4- Plaidoyer pour Eugenie

On demande beaucoup à cette jeune athlète qui continue de vivre un véritable cauchemar et qui ne dispose pas encore de la force physique et mentale pour en sortir.

Le tennis professionnel féminin est devenu très compétitif et lucratif, avec beaucoup d'appelées et peu d'élues. Eugenie Bouchard, cette jeune québécoise devenue précocement vedette instantanée, a été happée par l'industrie du marketing. Cette machine infernale à fabriquer de la gloire et de la richesse l'a menée jusqu'à

l'épuisement professionnel, sans sous-estimer les répercussions de sa commotion cérébrale lors d'une chute au vestiaire. Après avoir atteint les sommets, on ne remonte pas facilement d'une telle descente aux enfers.

Oui Eugenie est de retour, mais elle n'est pas prête. Elle a encore démontré sa trempe de championne en écrasant la onzième joueuse mondiale, mais tout s'est écroulé le lendemain parce qu'elle était épuisée physiquement et mentalement, littéralement vidée de ses réserves encore insuffisantes. Elle a la chance d'avoir un coach à la fois compétent et « paternel » qui a accepté de reprendre du service. Il réalise ce qui importe pour elle en ce moment : ne pas d'être la meilleure, mais de donner le meilleur d'elle-même à la limite de ses capacités qui vont progresser avec le temps :

« NOT TO BE THE BEST, BUT THE BEST SHE CAN BE »

Sa famille doit se rallier à cette approche et l'accompagner patiemment, en lui apportant le réconfort et l'encouragement pour les hauts et les bas qui vont encore survenir. Les spectateurs qui s'identifient à leur idole doivent tempérer leurs excès d'enthousiasme qui ne font qu'augmenter l'immense poids qu'elle a déjà sur les épaules.

Oui Eugenie est de retour, mais sa récupération exigera encore du temps et de la patience, de même que du raffinement dans ses habitudes de vie, son attitude et son comportement.

Il est encore possible qu'elle devienne une championne. Elle sera alors un modèle pour les jeunes comme athlète, mais aussi comme personne, qui aura démontré une capacité de résilience au-delà du commun pour récupérer l'immense talent qu'elle aura failli dilapider.

Bonne chance Eugenie et sois gentille. « BE NICE ».

TROISIÈME PARTIE

AU FIL DU TEMPS

1- Soigner et prendre soin

Beaucoup de critiques sont formulées sur la prise en charge des personnes âgées, les soins à domicile et les CHSLD. Il faudrait mieux identifier les besoins et proposer des solutions innovatrices face à cette demande grandissante.

Nous disposons d'un ministère qui regroupe les soins de santé et le bien-être. Cette dualité rend souvent difficile une distinction fondamentale : soigner est une démarche médicale qui s'adresse à une personne malade. Prendre soin est une démarche sociale qui s'adresse à une personne malade ou handicapée, qui n'a pas l'autonomie nécessaire et qui requiert des services de support.

La maladie chronique n'est pas pour autant une maladie active en permanence. Lorsque la personne dispose des soins nécessaires et en temps requis, elle peut prendre soin d'elle-même et vaquer à ses occupations.

Avec le temps peut survenir une perte progressive d'autonomie, que ce soit dû à l'âge ou à la maladie. On constate alors que bien souvent, ce qui devient déficient, ce ne sont pas les soins, mais le prendre soin. La personne porteuse d'une ou plusieurs maladies exige un suivi qui inclue ses traitements et la prévention de complications, mais elle a surtout besoin que l'on prenne soin d'elle dans un milieu de vie favorable, à la maison ou en institution.

Cette même personne qui n'a pas ou qui n'a plus sa place dans un centre hospitalier de courte durée, n'exige pas davantage de se retrouver dans un centre hospitalier de soins de longue durée. Elle requiert plutôt un milieu de vie avec supervision médicale et infirmière, dans le respect de la dignité de la personne diminuée.

Du CPE au CPA

Les petits enfants requièrent que l'on prenne soin d'eux de façon constante et le CPE (Centre de la petite enfance) répond merveilleusement à cette attente, tant pour l'enfant que pour les parents. L'équivalent CPA (Centre des personnes âgées) pourrait constituer une alternative attrayante, autant pour les patients que pour les aidant, en s'adressant à une clientèle dont les besoins sont davantage de l'ordre du prendre soin que des soins.

Le maintien à domicile est de plus en plus apprécié, et il libère d'autant les institutions qui sont débordées et dont le milieu de vie peine à répondre aux exigences du bien-être et de la sécurité des bénéficiaires.

On peut même imaginer, dans un premier temps, un CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) qui pourrait, à l'instar de hôpital de jour, créer un CPA à l'intérieur de ses murs, pour une clientèle qui retournerait à domicile en fin de journée.

Nous ne pourrions améliorer suffisamment le fonctionnement de notre système de santé en remaniant les structures actuelles. Nous devons être créatifs et avoir le courage de faire autrement.

Faut-il ajouter qu'au Québec, il y a ½ million d'enfants de cinq ans et moins, alors qu'il y a 1 ½ million d'aînés de 65 ans et plus!

2- Il n'y a pas de fumée sans feu

Alors que le gouvernement fédéral considère de légaliser la marijuana, il serait sage de mieux évaluer les méfaits de cette drogue qui n'est peut-être pas si inoffensive qu'on le voudrait.

Selon un rapport du centre de recherche de l'UNICEF en 2013, les jeunes canadiens sont les plus grands consommateurs de cannabis dans les pays développés. Considéré comme une drogue douce et inoffensive, le cannabis procure une sédation accompagnée d'une sensation de bien-être et une légère euphorie. Il contient une substance psychotrope appelée THC (tétrahydrocannabinol) qui en fait une herbe médicinale. Toutefois au Québec, selon les directives du Collège des médecins, le cannabis n'est pas reconnu comme médicament et ne peut être utilisé que pour des projets de recherche.

Le gouvernement fédéral s'apprête à en légaliser la consommation. Avant que le projet de loi ne soit au menu législatif, il faudrait mettre en lumière les effets nocifs de cette marie-jeanne mexicaine popularisée sous le nom de marijuana. Dans la majorité des cas, le cannabis est inhalé avec des bouffées profondes et retenues. Il est établi que trois cigarettes de cannabis ou « joints » correspondent à 20 cigarettes de tabac et la bronchite est fréquente même chez les jeunes. Les effets à long terme tels que la maladie pulmonaire obstructive chronique et le cancer sont à prévoir, surtout si les fabricants imitent les compagnies de tabac en modifiant considérablement le produit initial. À la lumière des gains significatifs sur le contrôle du tabac, il serait malheureux de perdre le terrain acquis sur des décennies de vigilance soutenue et souvent ardue.

Au niveau cérébral, des déficits d'attention et de mémoire ont été observés et, à long terme il pourrait y avoir des répercussions sur d'autres fonctions cognitives et compromettre la santé mentale.

Faut-il souligner que la vapoteuse ou (e-joint) est déjà utilisée. Elle permet des bouffées généreuses dont on ne connaît pas les effets sur l'arbre respiratoire et le cerveau.

Récemment, on mentionnait la difficulté d'évaluer, comme on le fait avec l'alcool, le niveau des facultés affaiblies chez les utilisateurs de la route qui consomment du cannabis.

Selon le mot du ministre de la Santé Gaétan Barrette, il y a beaucoup de travail à faire avant de passer la loi. Justement, le Québec devrait s'impliquer et arriver à une position éclairée sur cet enjeu de santé publique non négligeable.

ADDENDUM

Manque de logique

Dans un article de La Presse du 13 mars 2017 : « Le bon sens ou la mort » M.Alexandre Sirois rapporte que :

- Toutes les 14 minutes, un canadien meurt d'une maladie causée par le tabac
- Ottawa s'est donné l'objectif ambitieux de réduire le taux de tabagisme au pays de moins de 5% d'ici 2035
- Trop de vies partent encore en fumée

Est-il logique de la part du gouvernement fédéral de permettre l'utilisation d'un produit plus toxique que le tabac pour la fonction respiratoire.

3- Manque de pot

Cette expression française qui signifie manque de chance est peu connue et employée chez nous, mais elle risque de prendre du gallon.

Dans La Presse du 27 juin 2017 Tristan Péloquin rapporte « Cannabis : Ottawa ouvre les vannes pour les producteurs ». Nous en sommes déjà, avant la législation, à nous inquiéter du manque de pot que pourrait susciter un engouement longtemps réprimé. Selon le ministre ontarien des Finances Charles Sousa « il faut s'assurer d'une offre suffisante si nous voulons arriver à diminuer la consommation illégale et la présence du crime organisé ».

C'est à croire que nos décideurs publics se sont permis quelques bouffées clandestines.

Où est l'urgence de se lancer dans une production tous azimuts? A-t-on vraiment fait le tour des effets nocifs du cannabis récréatif et des bienfaits réels du cannabis médical?

Y a-t-il un pilote dans l'avion?

Manque de pot, on s'en va tout droit vers une surconsommation créée par un gouvernement plus préoccupé de remplir ses coffres et sa promesse électorale que de protéger la santé de la population.

4- Pitbull – l'autre bout de la laisse

La mort atroce d'une dame attaquée sauvagement par un pitbull nous oblige à un sérieux examen de conscience sur le comportement des chiens et surtout de leurs propriétaires dans notre société.

Du point de vue médical, il est bien établi que les morsures de chien peuvent causer des plaies profondes et même délabrantes, et laissent trop souvent des séquelles majeures au niveau esthétique et psychologique.

Il est aussi vrai que le pitbull est surreprésenté dans les attaques de chiens avec blessures graves, mais il n'est malheureusement pas le seul. Par ailleurs, des chiens en apparence inoffensifs peuvent devenir agressifs dans certaines circonstances et il ne faut pas un gros chien pour blesser un enfant.

Il faut d'abord s'assurer de regarder le bon bout de la laisse. Cesar Millan*, ce petit mexicain d'origine élevé sur une ferme et entouré de chiens, est devenu une autorité et un consultant recherché par les gens qui se retrouvent en possession d'un chien agressif. Cet autodidacte averti démontre ses prouesses en télé-réalité et comment, dans la majorité des cas, le problème est psychologique et vient des personnes, non de l'animal. Pour Cesar, le propriétaire doit être le maître et le chien doit être soumis.

Son Credo est simple : exercice, discipline, émotion, et dans cet ordre absolu. L'exercice quotidien est essentiel pour libérer l'énergie et garder le chien calme et soumis. Sinon, il devient excitable et difficile à contrôler. La discipline est indispensable pour que le chien reconnaisse les règles à suivre et les limites de sa liberté. De cette façon, les écarts de conduite sont faciles à corriger et on ne doit jamais le molester. Enfin les manifestations d'affection sont normales et souhaitables, mais elles doivent éviter de surexciter l'animal et en tout temps, le maître doit être en contrôle absolu. UNE VIE DE CHIEN EST UNE VIE DE SOUMISSION.

La démarche récente d'appliquer les règlements et responsabiliser les propriétaires est un pas dans la bonne direction. Toutefois, pour protéger le public des dangers réels, il faut criminaliser les attaques de chiens avec déclaration obligatoire. Lorsque survient un incident d'agression, il doit être signalé, parce que toute manifestation d'agression signifie une perte de contrôle avec potentiel d'escalade, ce qui a été

démontré dans les cas rapportés d'agression grave. Il y a prémonition mais elle est le plus souvent ignorée. Il ne devrait pas y avoir de compromis en ce qui a trait à la responsabilité de posséder un chien. Le propriétaire est le maître et le seul responsable.

*Cesar Millan : Auteur du best seller *Cesar's way*, Fondateur du Dog Psychology Center à Los Angeles. Coproducteur et vedette incontestée de l'émission télévisée *The dog whisperer*.

ADDENDUM

Jeune fille mordue par trois pitbulls

Une jeune fille mordue par trois pitbulls et dont la vie a basculé complètement a enfin obtenu justice avec compensation financière. Toutefois on a presque passé sous silence que le responsable a écopé d'un emprisonnement ferme de 18 mois pour négligence criminelle.

Pourtant, la mort atroce de la dame n'a justifié aucune compensation et aucune accusation criminelle n'a été retenue.

De toute évidence le débat est mal engagé et il faut considérer, tant sur le plan médical que sur le plan juridique, de criminaliser les morsures de chien.

5- Les soins médicaux humanisés

Leçons à tirer d'un bon coup pour encourager les initiatives venues du terrain en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

L'expérience rapportée dans La Presse+ de samedi le 14 mai 2016 « La clinique qui a fait rêver Barrette » est une réussite au plan médical mais aussi un accomplissement remarquable au plan social.

Le manque d'organisation d'une clinique québécoise a aliéné sa clientèle pédiatrique vers la province ontarienne voisine. La création d'un modèle original et dynamique a permis de rapatrier cette clientèle qui dispose maintenant d'un service exceptionnel dans un milieu de travail devenu un milieu de vie. Plusieurs leçons peuvent être tirées de cette expérience enrichissante.

À la mini urgence, des pédiatres, des médecins de famille et des infirmières spécialisées sont invités à donner de leur temps. L'objectif est d'avoir une mixité de pratiques pour répondre le mieux possible aux besoins des patients. Pour combler la couverture des fins de semaine, ils comptent sur le partage de la charge, considérant que faire une garde de fin de semaine tous les deux ou trois mois, ce n'est pas beaucoup.

Le corridor privilégié avec l'urgence des hôpitaux avoisinants ajoute à la rapidité et la fluidité de la prise en charge de cas plus lourds ou plus urgents, sans duplication dans l'investigation et le traitement. En situation d'urgence, le temps est précieux et il est bien établi que les délais peuvent influencer le pronostic de façon défavorable

Une clinique sans papier ouvre la voie vers le dossier électronique du patient qui pourrait être consigné sur une clé USB.

La référence au patient partenaire ne peut être plus appropriée. Qu'il s'agisse de parents avec leurs enfants, d'adultes et d'aînés autonomes ou de personnes fragilisées avec aidant, la participation du patient à son état de santé et de bien-être permet d'optimiser la prise en charge et le suivi tout en diminuant le nombre de visites.

On nous apprend que le ministre Barrette s'est inspiré de ce modèle pour « ses » super cliniques qu'il a présentées de façon pragmatique, froide et chiffrée. Espérons que l'esprit profondément humain qui se dégage de cette équipe de Gatineau soit injecté dans le projet de super structure. Lorsque le patient est la préoccupation première dans une institution, les soins et les services prennent un caractère plus humain, plus personnalisé et plus efficace.

Nous avons grandement besoin de ce genre d'initiatives sur le terrain pour influencer les décisions qui viennent d'en haut. Bravo à toute l'équipe de Gatineau.

6-La défibrillation cérébrale

Dans le cadre de la pièce présentée au Rideau Vert « vol au-dessus d'un nid de coucou » et le rappel incontournable du film oscarisé de Milos Forman, la pratique controversée de l'électrochoc a refait surface.

L'électrochoc à des fins thérapeutiques reste dans l'imaginaire un geste barbare qui relève plus de la torture que de la médecine. Mon intention n'est pas de faire le procès cette pratique encore en vigueur, mais de démystifier le recours à ce traitement, de son terme médical l'électroconvulsivothérapie.

La population est devenue très familière avec la défibrillation cardiaque qui n'est rien d'autre qu'un électrochoc appliqué sur le thorax et qui fait sursauter le patient à chaque application des électrodes. La population a volontiers accepté cette technique de réanimation qui permet de redonner au cœur un battement efficace et de sauver des vies.

Lors d'un électrochoc, le cerveau répond au choc électrique par une crise d'épilepsie avec convulsions de courte durée et le cerveau reprend progressivement ses fonctions avec un effet bénéfique sur la maladie sous-jacente. Le mécanisme exact par lequel le choc agit sur la maladie n'est pas connu.

Cette technique a toutefois beaucoup évolué. Elle se pratique sous anesthésie générale avec contrôle respiratoire et la convulsion est contrôlée par un agent curarisant (relaxant musculaire). Elle est encore utilisée pour traiter certains troubles mentaux réfractaires aux traitements conventionnels.

La défibrillation cardiaque a amplement justifié sa place dans l'arsenal thérapeutique de la cardiologie moderne. De la même façon, l'électrochoc doit déterminer sa place dans l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie moderne et le cas échéant, il sera pertinent de rassurer la population qui sera réceptive si elle est mieux informée.

7- Témoins de Jéhovah et chirurgie

Une jeune dame qui en est à sa première grossesse a un accouchement difficile. L'enfant survit mais on doit procéder à une hystérectomie à cause d'un saignement persistant. La patiente est décédée et le décès serait attribuable aux pertes sanguines non remplacées par des transfusions.

Le drame que représente la mort prématurée d'une jeune patiente Témoin de Jéhovah exige de remettre en perspective une situation délicate et parfois difficile de la pratique chirurgicale.

Lorsque l'intervention est électorale et permet d'obtenir un consentement éclairé, le chirurgien a l'opportunité de discuter avec le ou la patiente et les proches, et il peut même demander un avis légal. En situation d'urgence, le chirurgien agit selon sa conscience et son éthique professionnelle, avec les informations dont il dispose, se rappelant le droit absolu des patients de refuser un traitement.

Durant ma pratique, j'ai eu l'opportunité d'opérer quelques cas en chirurgie cardiaque, compte tenu du fait que les Témoins de Jéhovah acceptent la circulation extra corporelle pourvu que le sang du patient circule en vase clos et qu'il n'y ait pas de transfusion.

Ma première expérience a été marquante et je me rappelle très bien de la patiente, qui était anémique avant l'intervention. Malgré qu'on ait dû intervenir rapidement, sa décision était éclairée et ferme, sachant que le risque opératoire était augmenté et qu'elle pouvait mourir du fait qu'on ne puisse transfuser. En post opératoire, sa figure était aussi blanche que sa jaquette d'hôpital, mais elle affichait un large sourire de reconnaissance et de bien-être.

Ce que j'ai pu recueillir des témoignages de ces quelques interventions, c'est que le Témoin de Jéhovah qui est transfusé et qui survit a perdu son âme. Il se voit littéralement ostracisé par les disciples de la famille et de son entourage, et rejeté comme apostat.

Dans le cas de la patiente décédée, il est concevable que cette jeune mère qui venait d'accoucher de son premier enfant et qui aurait crié sa volonté de vivre, ait changé d'avis et accepté d'être transfusée. Les directives médicales anticipées peuvent

toujours être modifiées tant que la personne est apte à décider. Comme il y a litige face à cette aptitude et au consentement éclairé, il faut laisser l'enquête se poursuivre et avoir de la compassion pour la famille et l'enfant orphelin de mère.

Les chirurgies requièrent de moins en moins de transfusions et on accepte des hémoglobines basses qui se corrigent durant la convalescence. Toutefois, si opérer sans le filet de sécurité de pouvoir transfuser exige un certain courage, c'est surtout d'avoir à accepter qu'une personne puisse mourir, alors qu'on pourrait lui sauver la vie.

8- Une tempête de neige dans une République de bananes

La dernière tempête de l'hiver 2017, pourtant annoncée pendant trois jours et considérée comme sévère, a été complètement ignorée par les autorités en place, avec des conséquences désastreuses.

« Mon pays ce n'est pas un pays, c'est l'hiver » chantait Vigneault fièrement. La tempête de neige d'un hiver tardif a pris tout le monde par surprise, mais elle ne devait pas prendre au dépourvu ceux qui ont le devoir de veille et d'assurer la sécurité de la population.

En terme de sécurité publique, le plan d'action doit être en place et activé précocement, ce qui implique une veille constante et un état d'alerte prévu avant le début de la tempête. En cas de besoin, il est lancé et ajusté selon le déroulement de la situation et prêt à affronter jusqu'à la catastrophe.

Le commandement doit venir d'en haut et mettre à contribution tous les échelons hiérarchiques pour mobiliser le plus d'intervenants possible, à l'exemple des pompiers habilités à ces mesures d'urgence et qui ont eu le courage d'agir seuls.

Pensons seulement à la mobilisation de motoneigistes volontaires qui auraient permis l'évacuation ordonnée et sécuritaire des passagers de l'autoroute 13, sous la gouverne des policiers qui ne pouvaient utiliser leurs véhicules.

Le cafouillage avant et pendant la tempête s'est poursuivi jusqu'à ce que le premier ministre intervienne. Les ministres responsables de la sécurité publique et du transport ne sont pas à la hauteur et nous ne pouvons leur faire confiance. Les Québécois n'ont jamais prisé qu'on leur affuble la réputation d'une république de bananes. Malheureusement, nous avons raté l'opportunité de la laisser dans l'oubli.

ADDENDUM

Potter le magicien

Andrew Potter, ancien journaliste et devenu Professeur à McGill a écrit un article dans la revue McLean's suite à la situation dramatique des passagers laissés sans secours

pendant une dizaine d'heures durant le soir et la nuit de la tempête. Ses propos étaient diffamatoires et ont créé un tollé même dans son entourage, alors qu'il a attribué le cafouillage à un malaise social.

Comme par magie, cette tempête médiatique a fait sortir du radar de l'actualité la tempête de neige avec le cafouillage honteux des ministres et le retour du printemps.

9- Le don de vie

Dans le cadre de la semaine nationale du don d'organes et de tissus, il est opportun de se rappeler que la majorité des citoyens peuvent contribuer sur une base volontaire.

Quelque soit le contexte religieux, la mort est un moment sacré qui appelle au respect. Le respect de ceux qui partent et le respect de ceux qui doivent faire leur deuil de la perte d'un être cher.

La personne qui quitte cette vie apporte avec elle des organes et des tissus qui pourraient survivre et contribuer à la vie et la qualité de vie de plusieurs autres personnes.

La naissance est un don de vie et la mort offre l'opportunité de partager ce précieux don.

Il faut continuer de convaincre la population que la mort peut être porteuse de vie, dans une démarche respectueuse du deuil, des croyances et des traditions.

Ainsi, mourir c'est aussi donner et c'est aussi durer.

10- Une attitude malléable

Ironiquement, une lame malléable oubliée dans l'abdomen d'une patiente, a provoqué une réaction beaucoup trop malléable de la part de la communauté médicale et administrative.

Depuis déjà plusieurs années, sous force de loi, les évènements indésirables sont traités par un comité de gestion de risque.

Ces évènements sont considérés comme un incident s'il n'y a pas de conséquence sur la santé du patient. Lorsque le patient est affecté, il s'agit d'un accident et il existe un protocole précis. L'accident doit être rapporté au comité et la divulgation au patient est obligatoire.

Les circonstances sont étudiées, le chirurgien est interpellé et une véritable enquête détermine le niveau de responsabilité et les recommandations qui s'imposent.

Malheureusement, cet accident passe encore comme un fait divers dans l'actualité sans informer et rassurer la population que ces événements indésirables doivent être traités de façon rigoureuse, et que les mesures appropriées ont été prises.

11- Une lame malléable laissée dans l'abdomen

La radiographie qui a décelé l'instrument métallique dans l'abdomen deux mois après une intervention gynécologique exige une conclusion d'enquête plus transparente.

Laisser une aiguille, une compresse ou même un instrument dans un abdomen après chirurgie ouverte fait partie des risques et un protocole rigoureux assure qu'un tel événement indésirable se produise le moins souvent possible.

Toutefois retrouver une lame malléable métallique de 33cm qui s'étale du diaphragme au petit bassin chez une patiente de gabarit normal est beaucoup plus difficile à expliquer.

C'est pourquoi le rapport d'enquête qui conclut à une « une défaillance du processus » est nettement insuffisant. Il y a eu défaillance bien sûr, mais alors que le Ministre de la santé a même précisé que l'erreur est humaine, on ne peut imputer la responsabilité à un système. Le rapport doit tenir compte de la responsabilité partagée du chirurgien, de son équipe et de l'institution quelles que soient les circonstances.

Lorsqu'il y a accident i.e. événement indésirable avec atteinte de l'état de santé des patients, il y a divulgation obligatoire. Cette procédure bien établie met en présence les principaux intéressés et veille à ce que les explications et les réponses aux questions soient bien comprises de la part des patients.

La divulgation, imposée par la loi, a grandement amélioré la transparence du système, l'attitude des intervenants et la satisfaction des patients. Le rappel des faits, la séquence des événements et la suite des choses sont présentés clairement. Par ailleurs cette obligation de rendre compte instaure une véritable culture de la sécurité qui se solde par une diminution des accidents. Finalement une divulgation appropriée augmente la satisfaction et le niveau de confiance des patients. À preuve, les Américains qui ont la gâchette facile sur le plan légal, ont démontré que la divulgation a diminué de façon significative le nombre de poursuites.

Il ne s'agit pas de chercher des coupables mais il faut comprendre la déception de la patiente et de son conjoint qui ne revendiquent ni culpabilité ni sanction mais exigent de savoir ce qui s'est passé et comment se partagent les responsabilités.

Ils ont toujours la prérogative d'intenter une poursuite, mais au préalable le Collège des médecins dont la mission première est d'assurer *une médecine de qualité au service du public* pourrait réviser la démarche et y apporter les éclaircissements

nécessaires. Faut-il ajouter que les patients acceptent que les médecins puissent se tromper mais ils acceptent mal d'être trompés.

12- La maladie et le malade : deux entités distinctes

Chirurgien à la retraite, j'ai vécu l'expérience d'une complication chirurgicale majeure comme patient, ce qui m'a révélé une toute autre perspective de cette situation.

Après avoir abandonné le tennis, devenu marcheur et puis me retrouver avec une boiterie, j'ai dû me résigner à un remplacement de hanche à 78 ans.

Les programmes de remplacement sont maintenant bien rodés et hop me voilà instrumenté d'une hanche artificielle. Le jour même on m'assoit, le lendemain je marche et le deuxième jour je rentre chez moi aidé d'une marchette. Avant le départ le physiothérapeute me recommande d'y aller mollo mais j'entrevois déjà quand je pourrai frapper quelques balles.

Côté maladie.

Le vent tourne et c'est la catastrophe. Une accumulation de sang dans la plaie exige une deuxième intervention pour évacuer l'hématome et, par précaution, procéder à des prélèvements pour étude bactériologique. Dans les jours qui suivent le laboratoire confirme une contamination bactérienne en profondeur et une troisième intervention s'impose pour nettoyer de façon plus extensive jusqu'à la prothèse. Par la suite j'aurai un traitement continu (24 heures sur 24) intra veineux d'antibiotiques à domicile durant six semaines. Le taux de succès prévu est de 90%.

Côté malade.

Durant les trois semaines de traitement actif, 9 jours se sont passés à l'hôpital. Chaque matin on me demande en guise d'introduction et avec un ton joyeux: comment ça va? Spontanément je réponds : ça va mal, à la surprise des intervenants qui considèrent que dans les circonstances ça va très bien et que je suis sur la bonne voie. J'ai subi trois interventions, je suis faible, épuisé, anémique, ma fonction rénale est touchée, mes muscles ont fondu, je souffre, je ne mange pas, je bois à peine et je ne dors pas. De mon côté j'ai la nette impression de vivre une situation inverse et qu'il me reste 10% de force et d'énergie. Je devrai donc récupérer les autres 90% pour obtenir ma guérison. Chacun son travail, chacun sa statistique.

Pour avoir pratiqué la chirurgie durant 33 ans, j'ai connu ce genre de situation où les choses ne vont pas comme prévu puisqu'une complication, même quand le taux est faible, est une menace constante. J'avais la réputation d'être très empathique envers mes patients mais aujourd'hui je transmets à tous ceux et celles qui comme moi doivent se battre pour guérir une empathie toute particulière qui vient du fond de l'âme.

Comme médecins nous sommes les premiers responsables de cette dichotomie entre la maladie et le malade et qui se transmet à l'équipe traitante. Nous sommes des porteurs d'espoir et il faut voir le bon côté, demeurer optimiste et garder le sourire. Toutefois lorsque le travail est complété, annoncer avec enthousiasme un succès de 90% à quelqu'un qui part avec 10% de réserve sonne faux et je pense qu'il faudrait trouver une façon d'exprimer davantage l'empathie qui, j'en suis sûr, existe. Ça serait un véritable baume sur la plaie physique et morale.

P.S. Sans enlever le mérite reconnu des équipes traitantes, il faut souligner combien la présence des proches est devenue essentielle et cette armée de réserve doit être reconnue et louangée. Elle fait partie intégrante du système.

REGARD SUR LA SOCIÉTÉ

1- Faits divers

Les lundis de Monsieur John R. MacArthur

Tous les premiers lundis du mois, le quotidien Le Devoir réserve une colonne au journaliste américain John McArthur, touchant un sujet d'actualité chez nos voisins du sud. Lors des présidentielles américaines, il a été particulièrement acerbe face au président Obama en cours de réélection.

J'avais pris l'habitude de lire avec assiduité la rubrique de M. MacArthur. Ses sujets sont toujours d'actualité, pertinents et empreints d'une certaine philosophie, écrits par un journaliste chevronné qui manipule la plume de Molière aussi bien que celle de Shakespeare. Toutefois, reconnaissant que je n'ai pas fait de relevé statistique, il m'apparaît que le « Obama bashing » est devenu un thème récurrent. L'actualité autour de la réélection d'un Président noir à l'auréole rédemptrice expliquait peut-être la récurrence, mais pas l'insistance. Jusqu'à ce que Mitt Romney remonte dans les sondages et devienne menaçant, le Président Obama était celui qui avait presque trahi les Américains pour n'avoir pas su, entre autres, gérer à la satisfaction de l'auteur, la crise financière et économique la plus grave depuis la dépression des années '30 et qui s'était installée sous la gouverne des républicains.

Subitement M. MacArthur est devenu inquiet et a dû reconnaître que la réélection de Barack Obama serait un moindre mal et qu'il ne fallait surtout pas que Mitt Romney se retrouve à la barre républicaine. Et voilà que ça recommence. Maintenant que le Président est à peine réinstallé, le « bashing » revient de plus belle. Il m'apparaît difficile d'accepter qu'un Américain nous offre le privilège de s'exprimer en un français impeccable pour présenter le côté exclusivement négatif de la présidence américaine, avec l'ardeur d'un républicain qu'il n'est pas. Les Américains ont des défauts bien sûr, mais leur identité, leur appartenance et leur patriotisme représentent une force exemplaire et enviable qui devrait se manifester derrière la plume d'un Américain de souche au vernis français.

Un bel exemple

Lorsque le Président Reagan a été atteint d'une balle à la poitrine et qu'on le transportait sur civière en salle d'opération, il était affaibli mais conscient et avait conservé son humour légendaire, même dans les moments dramatiques. À l'anesthésiste qui l'accompagnait et lui expliquait la conduite à tenir, il a trouvé le moyen de lui dire à la blague : « J'espère que vous êtes républicain ». Démocrate

notoire, l'anesthésiste a enchaîné : « Aujourd'hui, Monsieur le Président, nous sommes tous républicains ».

Traumatologie

Pendant que le Président saluait la foule il y a eu des coups de feu. Les gorilles protecteurs du Président l'ont projeté sur la banquette arrière de la limousine qui s'est dirigé en trombe vers la Maison Blanche. Lorsqu'ils ont réalisé qu'il était blessé ils ont bifurqué vers l'hôpital introduisant ainsi un concept majeur dans la prise en charge des traumatismes sévères : le « scoop and run » (on ramasse et on file). Plutôt que de tenter de stabiliser la condition du patient sur place, on se dirige immédiatement vers l'hôpital, quitte à procéder à certaines manœuvres dans l'ambulance.

Cette approche diffère totalement de celle des français qui préfèrent stabiliser sur place. L'exemple de l'accident de voiture de Lady Diana est probant. La Princesse était en mauvais état mais semi consciente sur les lieux. En ajout à la désincarcération, les manœuvres de réanimation ont fait qu'à une distance de 10 minutes de l'hôpital elle est arrivée une heure plus tard. Comme elle souffrait d'une hémorragie interne qui exigeait une intervention immédiate certains chirurgiens américains ont considéré qu'à cause du délai, il s'agissait d'une mort évitable.

Mon avis

On ne peut parler que de mort potentiellement évitable. La lésion responsable de la perte sanguine majeure dans le thorax était de nature complexe et hautement morbide même si Lady Diana avait été amenée rapidement en salle d'opération. Les modèles américain et français ont leurs avantages et leurs limites et je ne crois pas qu'on puisse considérer que l'un est meilleur que l'autre. Ce qui importe avant tout est de bien les maîtriser. Au Québec comme au Canada nous avons choisi et adapté le modèle américain avec de très bons résultats.

Les Anglais séparatistes

Avant Brexit

Je suis convaincu que la sortie de la Grande-Bretagne est inéluctable et pour nous, il est ironique de voir les Anglo devenir séparatistes. Ces insulaires invétérés ont vendu leur âme au diable en se faisant tirer l'oreille pour joindre l'Union européenne, se gardant bien toutefois d'adhérer à la zone euro. Il était à prévoir que cette situation de dépendance n'allait pas durer.

Les tenants du oui et du non sont au coude à coude et il est tentant de faire référence à David et Goliath : le continent saura mâter cet îlot récalcitrant. Mais l'issue du

combat sera biblique. L'Union Européenne fragilisée succombera devant un Royaume-Uni qui a toujours eu confiance en ses propres moyens.

David Cameron espérait gagner le référendum après avoir négocié avec Bruxelles une entente du bout des lèvres et lâché cette phrase non ambiguë pour qui sait lire : « Je n'aime pas Bruxelles, mais j'aime la Grande-Bretagne ».

Les Québécois savent très bien que la Cité allait prévaloir en ces temps d'économie morose et que la société anglaise allait reprendre la place qui lui revient face à une confédération concoctée par des Français qui se cherchent un fédéralisme renouvelé.

L'Angleterre société distincte

Après Brexit

Maintenant c'est fait. Les Anglo ont fait le pari de l'indépendance. « Nous ne sommes plus chez nous, clamaient les tenants du Brexit ».

L'Écosse, l'Irlande du Nord et le Pays de Galles qui constituent environ 15% du Royaume Uni n'ont pas pesé lourd dans la balance du référendum. L'Angleterre n'en pouvait plus de ne pas contrôler son économie et son immigration. Lorsque la brume matinale sera trop dense, ce sera de nouveau le continent qui sera séparé de l'Angleterre et non l'inverse. La livre sterling a repris tous ses droits et La Cité son royaume.

Cet incident de parcours européen aura tôt fait de passer aux oubliettes. Nous le réaliserons lorsque la vie continuera comme avant et que les arrivants de la phase euro continueront de se sentir à l'étranger, que la planète Soccer ne se sera jamais aperçu de la différence et que les touristes continueront de se plaire à Londres en oubliant que le pound est supérieur à l'euro.

Le soubresaut actuel est un effet de surprise sans plus, une grosse vague passagère qui n'a rien d'un tsunami. L'Europe n'est pas plus en crise, mais elle ne l'est pas moins. C'est elle qui va se réveiller avec un mal de bloc et devra continuer à se battre pour une union forte et son expansion. Le projet européen était ambitieux au départ et si Bruxelles profite de ce soufflet pour stimuler son énergie, le Royaume Uni lui aura rendu service, d'autant que les Anglais n'ont jamais été ouvertement pro européens et n'auraient jamais adhéré à l'euro.

Bémol : il est possible qu'il n'y ait pas de lune de miel. Les anglais ont très mal géré la crise de 2008 et leur situation économique demeure précaire. Il est à espérer que la présence de notre ancien gouverneur de la banque du Canada Mark Carneys, recruté comme le champion incontesté de la gestion de crise des « subprimes » soit salutaire. En tout cas il s'est montré optimiste.

Humour français

Lorsqu'on a demandé à Fernandel, ce célèbre acteur français au sourire légendaire, comment il avait hérité d'une dentition si généreuse, il a répondu avec son accent marseillais succulent : « Quand j'étais petit, j'ai attrapé une grippe de cheval. Eh bien, la grippe elle est partie, mais le cheval il est resté »

Par une journée pluvieuse et maussade, la fièvre européenne a frappé les Anglais qui ont rejoint le continent. Eh bien, la fièvre elle est restée, mais les Anglais, ils sont partis.

Humour anglais

Il y a de l'espoir quand il y a de l'ouverture. L'Archevêque de Canterbury, dont certaines positions sont aux antipodes de la religion catholique, a rencontré le pape François. Pince sans rire, il a demandé au Saint-Père : « Quelle est la différence entre un liturgiste et un terroriste » ? N'ayant pas de réponse rapide, il enchaîne : « On peut négocier avec un terroriste » et les deux compères se sont bidonnés.

2- Le phénomène Trump

Le déclin de l'empire américain

Les élections primaires américaines ont pris une ampleur inégalée avec, contre toute attente, la nomination de Donald Trump comme candidat désigné, qui propose une vision sociale nettement rétrograde.

Donald Trump a fait des élections primaires américaines la meilleure série de télé-réalité jamais produite. Ainsi, l'ascension d'un milliardaire qui n'a de qualification présidentielle que pour son empire immobilier, est l'apothéose de la télé-réalité transposée au quotidien.

La paranoïa a amené les gens du peuple à voter aux élections primaires à des niveaux historiques pour retrouver leur fierté, leur sécurité et le fameux rêve américain. Sous le règne républicain précédent, en réponse à une attaque terroriste qui a frappé au cœur de la nation, la suprématie mondiale que ce pays a connue s'est considérablement effritée. Par ailleurs, la soif exagérée de s'enrichir a provoqué une crise financière qui s'est propagée à l'échelle mondiale et a porté l'iniquité sociale à son paroxysme. Ironiquement, c'est un républicain qui se présente comme le rédempteur providentiel de ce gâchis.

L'establishment du parti républicain fait face à un sérieux dilemme. Refuser Donald Trump provoquerait une véritable guerre civile. Le supporter avec un colistier comme Paul Ryan en contrepoids semble la seule alternative valable. Restera l'étape finale avec la candidate présumée Hilary Clinton. Si les démocrates retrouvent leurs démons

qui les font cafouiller dans le dernier droit, il est fort possible que le pays se retrouve aux mains d'un empereur de l'immobilier métamorphosé en gestionnaire de l'état.

Denys Arcand, dans sa trilogie, a prédit le déclin de l'empire américain et les invasions barbares; nous y sommes. L'avenir nous dira si les oracles du cinéaste vont se confirmer avec l'âge des ténèbres.

Le fantôme de la liberté

Les conservateurs américains se sont enferrés dans leur deuxième amendement périmé pour défendre l'industrie des armes à feu, tout en niant le niveau de violence qu'elle a engendré.

Le film du cinéaste visionnaire Luis Bunuel *Le Fantôme de la Liberté* sorti en 1974, ouvre sa première scène sur une toile célèbre de Francesco Goya « tres de mayo - le trois mai) en référence à l'invasion de l'Espagne par Napoléon. Des citoyens espagnols sont en joue devant des gardes français, et au moment de la fusillade, l'un d'eux s'écrie : « À bas la liberté ». Ces gens-là refusent ce semblant ou ce fantôme de liberté imposés à la pointe du fusil.

La tuerie dans une école secondaire de Floride a fait 17 victimes dont la majorité sont des élèves. Les fusillades en série aux États-Unis d'Amérique sont l'œuvre de tueurs armés jusqu'aux dents dans un pays où la prolifération des armes est justifiée par le deuxième amendement de leur Constitution, inséré dans une charte des droits (*Bill of rights*). Ainsi les américains considèrent que le port d'arme est essentiel à leur obligation d'autodéfense et à leur liberté et la toute puissante NRA (*National Rifle Association*) continue d'imposer son Credo en disposant d'un marketing qui a muselé l'establishment américain. .

Donald Trump se proclame comme le shérif de la loi et de l'ordre et propose sa solution : plus d'armes dans les écoles. Les armes seront omniprésentes et les criminels seront malvenus de déployer leur arsenal de guerre devant cette armée de pacotille. Le spectacle déplorable et le succès électoral d'un milliardaire irresponsable laissent entrevoir que le peuple américain serait prêt à accepter ce fantôme de liberté à la pointe du fusil.

Le deuil profond ressenti à l'échelle mondiale devant toutes ces victimes innocentes devrait réveiller le sens moral des américains et les amener à viser la bonne cible. Malheureusement il est difficile d'entrevoir une solution pacifique lorsque les protagonistes, à l'évidence, ne sont pas prêts à déposer les armes.

Le Berlusconi américain

Contre toute attente, Donald Trump a gagné les élections américaines au suffrage universel indirect et il est promu au rang de Président désigné.

Nous n'étions pas nombreux à considérer que la victoire de Donald Trump était plausible, surtout lors de ses pires frasques et au plus bas des sondages. Hillary Clinton a eu une chance en or, et elle l'a ratée parce qu'elle s'est accrochée à la continuité, supportée de surcroît par l'équipe présidentielle en place depuis huit ans, ce qui n'a pas aidé sa cause. Les Américains voulaient du changement et Trump a saisi le message qu'il a exploité habilement, en s'adressant à ceux qui n'ont pas la chance d'être écoutés, les « déplorables » de la bourde monumentale d'Hilary.

La prestation d'ours mal léché du candidat désigné a déjoué les experts, les sondeurs, les médias et l'establishment. Sa stratégie n'a pas été choisie; elle est la seule qu'il connaisse et il la maîtrise à perfection. Donald Trump a amené les élections américaines sur son terrain de prédilection : la télé-réalité.

Les gens de ma génération se souviendront du slogan de Jacques Normand : « Parlez de moi en bien ou en mal, pourvu que vous parliez de moi ». Trump a inondé les écrans, envahi la presse et mobilisé les foules, ne laissant personne indifférent. Son omniprésence a même profité d'un ajout inespéré avec les numéros d'imitation particulièrement réussis de l'acteur Alec Baldwin, qui ont fait un tabac.

Paul Ryan, Président de la Chambre des Représentants et parmi les sceptiques républicains, s'est rallié et a qualifié la victoire de Donald Trump de véritable exploit en raflant la présidence et les deux chambres. « Donald Trump will now lead a unified Party » *Donald Trump va maintenant diriger un parti unifié*, ce qui m'est apparu présomptif.

Sylvio Berlusconi a été un magnat de l'immobilier avant de passer aux media. Les ébats sexuels du milliardaire italien feraient pâlir le Président désigné adepte de la planète Playboy. Par contre le discours « présidentiel » préparé et respecté à la lettre qu'a livré Donald Trump après son triomphe lui donnait le panache de celui qui a été nommé trois fois plutôt qu'une Premier Ministre de l'Italie.

Si le milliardaire que les américains ont choisi est celui que l'on vient de découvrir et qu'il devient présidentiable, il fera lui aussi partie du paysage politique pour longtemps.

La croisade de Donald Trump

Au Moyen-âge, plusieurs doctrines hérétiques s'opposent au Christianisme, dont le catharisme au Languedoc. La France ne peut tolérer l'expansion des cathares et lance une Croisade. La première ville assiégée est Béziers où se trouvent aussi des catholiques. La ville sera épargnée si les hérétiques sont livrés, mais la proposition est refusée. C'est alors que le prélat du Pape lance sa phrase tristement célèbre : « Tuez-les tous, Dieu reconnaîtra les siens » et la ville est rasée.

En Syrie, dans la foulée du printemps arabe, des insurgés ont voulu renverser la dictature d'un président prêt au génocide pour garder le pouvoir. Il a même reçu l'aide généreuse des russes et des iraniens et après des centaines de milliers de morts et des millions de réfugiés, la coalition et la communauté internationale doivent se rendre à l'évidence. Cette guerre est perdue et elle doit se terminer.

Surtout ne pas jouer le jeu de Donald Trump dont le seul but était d'exterminer les terroristes de l'État Islamique qui ont infiltré le camp des réfugiés. « Nous ne savons plus qui sont ces gens » clame-t-il et il semble prêt à tirer sur tout ce qui bouge, incluant les rebelles syriens, les terroristes et la population coincée dans ces tirs croisés.

La trêve actuelle permet le répit nécessaire pour convaincre les rebelles de sortir des rangs et isoler les terroristes, démontrant qu'ils ne sont pas de connivence avec eux. Si les adversaires du régime refusent de jeter les armes, le carnage se poursuivra de plus belle et ce sera le retour au Moyen-âge. Dieu seul saura s'y retrouver.

Il ne faut pas sous-évaluer la complexité de la situation mais les cris de désespoir des sinistrés et des réfugiés doivent être entendus. Les pertes du printemps arabe sont considérables, mais la démarche vers la démocratie sera pénible, dans une région maintenue dans la grande noirceur par des dictatures politiques et religieuses ancestrales. La résilience fera son long chemin et il faudra garder l'espoir en pansant les plaies d'une guerre qui prenait une allure d'apocalypse.

Donald Trump n'est pas un idiot

Dans un article de La Presse- L'idiotie au pouvoir- le journaliste Alain Dubuc considère que Donald Trump est un idiot. Je diffère de cette opinion quoiqu'elle soit partagée par beaucoup de gens et en tout respect pour ce journaliste chevronné.

L'idiot que décrit M. Dubuc est entré à la Maison Blanche par la porte de côté ou arrière mais il a accompli tout un exploit.

Non qualifié pour le poste, ce champion de la télé-réalité a créé de toutes pièces un personnage apolitique qui incarnait le changement et a permis aux 40% d'électeurs

désabusés de se prononcer et d'être entendus. Il faut bien reconnaître qu'il a eu l'intelligence de savoir que sa seule chance de gagner était de se concentrer sur les « swing states » et d'aller chercher les grands électeurs.

Les élections primaires ont vu à l'œuvre un batailleur de rue mettre K.O. 16 candidats professionnels qui n'ont rien vu de son stratège et sont tombés au combat les uns après les autres.

Lors du scrutin présidentiel au suffrage indirect Hilary Clinton n'y a vu que du feu et son clan n'a pas réussi à la garder à la hauteur. Alors qu'ils avaient trouvé le slogan qui aurait dû couler Trump : « If they go low, we go high – Si ils vont bas, nous irons haut » elle a commis l'erreur d'aller sur le terrain bas de son adversaire en qualifiant ses supporteurs de « déplorables ».

Trump a mobilisé l'actualité en permanence et sur tous les terrains, sachant très bien que, quoi qu'il fasse ou quoi qu'il dise, ça n'avait plus d'importance pour ses supporteurs conquis et indéfectibles, appartenant à une véritable secte qui allait le suivre sans réserve.

Lors de son intronisation, le personnage non présidentiel a prononcé une allocution digne d'un chef d'état, s'astreignant pour une des rares fois à lire ce qu'on lui avait préparé, donnant ainsi l'illusion qu'il serait présidentiable.

La suite des choses a toutefois été cahoteuse, remplie de bourdes, de cafouillages, de demi vérités et même de mensonges. Les gros dossiers promis sont ratés, le président va dans toutes les directions comme une poule à la tête coupée, il gazouille littéralement jour et nuit, il se tient informé en regardant la télévision, il joue régulièrement au golf même dans les moments critiques. Et pourtant, après un an de cette bouffonnerie il est encore en place, tête haute et cheveux au vent.

Aux dernières nouvelles il garde sa confiance en son ami Poutine et fustige les services de renseignement. Il projette même la nomination d'un procureur spécial pour incriminer les démocrates de collusion avec les Russes pour favoriser l'élection d'Hilary Clinton.

Ce cheminement pour le moins inusité et empreint d'instabilité psychologique n'est pas celui d'un idiot et c'est ce qui est le plus inquiétant. Cet individu qui a le pouvoir de déclencher une guerre nucléaire est intelligent dans ses folles ambitions. S'il était idiot nous pourrions être rassurés que les autorités militaires en place sauraient le contrôler. Malheureusement, il est tout à fait possible qu'il continue de faire à sa guise sans que personne ne puisse l'arrêter.

Les faits alternatifs

L'expression « alternative facts » introduite par la précieuse conseillère du Président américain Kellyanne Conway est une perle dans la bijouterie de désinformation de Donald Trump et son équipe.

La sémantique demeure encore imprécise mais, comme la pornographie qui est difficile à définir, en procédant par un exemple la vérité saute aux yeux. Le plus bel exemple d'un fait alternatif vient de sortir de la bouche de Paul Ryan, le président de la Chambre des représentants républicains, à propos du Obamacare (le système de santé introduit par le Président Obama) que le nouveau Président veut abolir et remplacer. Le sujet demeure controversé chez certains républicains qui voudraient l'améliorer plutôt que l'abandonner complètement. D'où la trouvaille de le « réparer », créant encore plus de confusion. C'est alors que Paul Ryan, qui salive à l'idée de saborder le projet du Président sortant et qui se comporte de plus en plus comme un caméléon, a sorti ce véritable joyau : « Je voudrais m'assurer qu'il n'y a pas d'équivoque à propos du Obamacare. Notre intention est en effet de le réparer et la meilleure façon de le réparer est de le remplacer ».

Si vous allez au garage et que votre voiture a une pièce défectueuse, essayez d'imaginer le garagiste qui vous explique le plus sérieusement du monde que la meilleure façon de réparer la pièce est de la remplacer. Voilà un parfait exemple de fait alternatif où personne n'a menti mais on a réussi de façon habile à contorsionner la vérité. Nous n'avons pas fini d'entendre ce genre de discours que le champion de la télé-réalité maîtrise à perfection alors que son entourage trouve le moyen d'en rajouter. Cette façon de faire semble se répandre dans la politique populiste et elle alimentera le cynisme des populations qui vont bientôt en avoir assez.

Scaramouche à la Maison Blanche

Pour rehausser le spectacle de télé-réalité que Donald Trump dirige avec brio à la Maison Blanche, celui-ci vient d'y ajouter un personnage classique issu de la comedia del arte : Scaramouche.

Antony Scaramucci, le nouveau directeur des communications est toutefois bien réel. « Mooch » pour les intimes, avocat et financier sorti de Harvard, riche par surcroît et déjà impliqué en politique comme conseiller et bailleur de fonds, était au départ un anti-Trump. Qu'à cela ne tienne. Le narcissique président en difficulté sur tous les terrains avait besoin d'un coup de théâtre et il a déniché un alter ego qui assurerait son engagement de nettoyer le marécage de Washington qu'il a récemment descendu au niveau des égouts.

À peine 24 heures en poste, Scaramouche joue à perfection le rôle qui lui a été confié : il est déjà partout et s'exprime sur tout, il engueule de façon grivoise, il insulte, il menace.

La digression est totale : au diable l'abolition du obamacare, la réforme fiscale, le contrôle de la migration, la sécurité de la frontière sud, la Corée du Nord, la Syrie, les Russes, l'Iran, la présence gênante du procureur général, le secrétaire d'État en désarroi, les maladroites du fils et du gendre conseillers. Les gazouillis incessants et insignifiants du président, les demi vérités et les mensonges de son clan rapproché se poursuivent de plus belle alors que le nouveau Directeur est prêt à congédier tout son personnel pour colmater les fuites qui rendent le Président insomniaque. Scaramouche a pris les choses en main et la bouffonnerie est à son paroxysme.

Cette dernière maladresse d'un Président qui se révèle au grand jour comme un imposteur vient de l'amener sur la pente glissante de la destitution. Quoiqu'il fasse, la farce a assez duré. Les Républicains ne pourront plus le supporter sans compromettre leur avenir et celui du parti. Et ils peuvent compter sur l'appui inconditionnel de leurs ennemis Démocrates.

La politique américaine au temps de la Renaissance

Machiavel : Steve Bannon.

Steve Bannon, conseiller adulé puis déchu, s'est ironiquement autoproclamé « Cromwell dans la Cour des Tudors »* mais il répond à merveille au personnage de Machiavel qui lui aussi a été remercié de ses bons services à l'État lorsque les Médicis ont instauré leur royaume. C'est alors qu'il a colligé dans son traité politique *Le Prince*** les grands principes qui doivent prévaloir pour obtenir et conserver le pouvoir.

Pour Machiavel, la raison d'État justifie les moyens. Est-il préférable d'être craint ou d'être aimé? L'idéal est d'assurer les deux. Bannon, écarté du pouvoir et devenu agent libre, fait campagne pour que son maître respecte cette règle qui selon lui le gardera au pouvoir durant deux termes.

Le Prince : Donald Trump.

Donald Trump qui ne connaît rien à la politique a installé son royaume de façon très habile en s'adressant au 40% de la population avide de télé-réalité et qu'il maintient en haleine de façon constante. Ce contingent considéré comme sa base lui est inconditionnel et demeure la meilleure garantie de son maintien et de sa réélection. Si par ailleurs il est encore craint, l'inquiétude de Bannon est que Trump fléchisse et affaiblisse son pouvoir. Le Serviteur resté fidèle utilise donc toutes ses ficelles de communication pour que Le Prince garde à distance le Congrès et la Maison Blanche.

À l'externe, il l'encourage à garder sa main de fer tant avec ses alliés qu'avec ses ennemis. En tout temps, il doit même être menaçant pour s'assurer d'être craint. Jusqu'à maintenant, contre toute attente, le stratagème réussit à merveille.

* Cromwell a fait beaucoup pour Henry VIII mais lorsqu'il a perdu les bonnes grâces du roi, ce dernier l'a fait décapiter. Bannan a annoncé sa propre perte sans le savoir.

** Le Prince par Machiavel 1515.

POUR LA SUITE DES CHOSES

J'apprécie beaucoup cette opportunité de partager l'expérience et les connaissances accumulées au cours de toutes ces années dans le domaine de la santé et qui ont comblé ma vie professionnelle.

J'entends donc poursuivre cette activité d'observer et de réagir à l'actualité.

Il y a tellement de sujets à couvrir. Certains font partie intégrante de l'actualité et refont surface de façon régulière comme les ressources et le financement, l'organisation des soins, la prise en charge des aînés.

Par ailleurs, beaucoup de nouveaux défis vont se présenter comme le patient partenaire, le bon samaritain chez les médecins et dans la population qu'il faut encourager davantage, la pertinence des gestes diagnostiques et thérapeutiques, la médecine prédictive, la robotique.

Il est également souhaitable que ces observations arrivent à proposer des améliorations et idéalement des innovations.

Cette approche de vulgarisation scientifique sera complétée par une page web qui publiera en temps réel ces instantanés de l'actualité. La population est de plus en plus informée en santé et il est de notre devoir de contribuer à ce que cette information se transforme en connaissance.

J'entends continuer de me prononcer sur certains thèmes qui touchent la société avec l'impression qu'ils contribuent à l'emballage d'une réflexion plus globale et intégrée dans le quotidien.

Je serai aussi disponible comme conférencier ou animateur de groupes. Pour moi, la communication écrite est en train de devenir une passion; la communication verbale l'a toujours été.

« Il faut être fou pour penser qu'on peut changer le monde »

Steve Jobs

REMERCIEMENTS

Je n'aurais pu entreprendre ce projet sans le support attentionné

de Lili, la femme de ma vie,

de mes enfants, Anne-Marie et Hugo, dont l'admiration indéfectible a nourri mon enthousiasme,

de mes petits enfants Geneviève et Julie-Maude, qui m'apportent une véritable cure de jouvence,

de mon ami François, journaliste de grand père et de père en fils, qui m'a corrigé patiemment,

de ces personnes, tout au long de ma carrière, que j'ai côtoyées et qui croyaient aussi en notre système de santé.



ZONES FRANCHES

Durant ma contribution de 40 années j'ai toujours eu à coeur de supporter et d'améliorer notre système de santé.

Après avoir présenté le cheminement qui m'a amené à cette démarche, je fais part de mes réflexions en lien avec l'actualité. En m'efforçant de donner une pérennité à cette actualité, j'invite les lecteurs à mieux suivre et à mieux comprendre les multiples problématiques qui minent notre système de santé qui va bientôt fêter ses noces d'argent.

« Il n'y a que 4% de l'actualité qui a une espérance de vie de une semaine. Près de 75% des sujets disparaissent en 120 minutes. La cadence est trop rapide pour gérer le flot d'information ».*

Nous avons créé un système de santé devenu un véritable monstre à gérer et les réformes proposées ont souvent causé plus de tort que de bien. Contrairement à ce que l'on vit avec l'approche du gouvernement actuel qui gère de son piédestal, il faut prendre la voie de la conciliation, de la collaboration et du respect mutuel en travaillant sur le terrain. Il faudra être persévérant et surtout créatif pour instaurer les changements appropriés et avoir le courage en terme de productivité de passer d'une ère artisanale à une ère industrielle, centrée sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

J'ai aussi pris la liberté d'ajouter quelques réflexions sur la société qui a du mal à s'adapter au village global comme l'avait prédit Marshall Mc Luhan.

* *Jean-François Dumas : Comment peut-on encore avoir peur en 2018.
La Presse+ 13 mars 2018.*