

PARCOURS D'UN MENTOR PASSIONNÉ

Entrevue avec le Dr Pierre Jacob Durand

GILLES NADEAU D. TH. P.

Responsable du service de la pastorale

Maison Michel-Sarrazin, Québec

Rédacteur en chef des *Cahiers francophones de soins palliatifs*.

Au cours de mes activités en soins palliatifs, j'avais souvent eu l'occasion d'entendre parler du docteur Pierre Jacob Durand, particulièrement de son engagement au *Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec*. Sans doute influencé par ce qu'on nous rapporte parfois sur les conditions de vie des aînés en perte d'autonomie, accoler ces mots *excellence* et *vieillesse* me semblait un défi ou du moins une utopie. Qui sont ces rêveurs qui, en équipe, croient une telle excellence possible dans les conditions actuelles?

Mon chemin a croisé celui du Dr Durand lorsque j'ai sollicité auprès de lui une contribution pour les *Cahiers*¹. J'ai ensuite pu l'entendre lors d'une conférence sur le sujet et finalement nous siégeons maintenant à un même comité d'éthique.

J'ai voulu le connaître encore plus. Qu'est-ce qui le pousse dans son engagement auprès de ces personnes vulnérables? En quoi est-il un de nos pionniers dans le domaine? J'ai osé solliciter une entrevue, avec l'intention de le faire connaître également aux lecteurs des *Cahiers*. Il a aimablement accepté.

C'est donc, avec reconnaissance et, je l'avoue, un peu impressionné, que je me suis retrouvé avec lui pour une entrevue. Il avait beaucoup à dire et il l'a dit avec passion.

Docteur Durand, merci de prendre ce moment pour partager à nos lecteurs votre cheminement et surtout ce qui vous a inspiré et continue de le faire. Si on y allait de façon chronologique, ce serait plus simple.

Je viens de la banlieue de Québec, Loretteville, qui était autrefois la campagne. Mon père était d'une famille de 15 enfants. Son père avait fait un cours classique, ce qui était quand même très rare à l'époque. Il a travaillé une bonne partie de sa vie dans une entreprise de chaussures. Il y avait à l'époque, au Québec, de nombreuses entreprises manufacturières. Plus tard, il a tenu une petite entreprise où l'on fabriquait des canots et des raquettes. J'y ai travaillé étant jeune. Mes parents valorisaient énormément l'éducation. Ils ont envoyé leurs trois fils dans les écoles reconnues. Ils m'ont inscrit au séminaire Saint-Augustin chez les religieux Saint-Vincent-de-Paul.

En guise d'anecdote: j'ai alors eu la chance de côtoyer M^{gr} Maurice Couture, ancien archevêque de Québec, un pasteur exceptionnel, un grand éducateur et un grand enseignant. Chez les religieux Saint-Vincent-de-Paul, j'ai un peu connu la vie de la communauté. J'y ai fait mes études donnant accès à l'Université, dans un programme dit «enrichi».

Le cours classique venait de tomber deux ans auparavant. Les pères nous enseignaient quand même la philosophie.

Au terme de vos études, vous choisissez la médecine de famille comme orientation de carrière.

Je me suis dirigé en médecine. Le cours était exigeant. De plus, j'étais beaucoup impliqué dans la vie étudiante: comités de cours, conseil de la faculté, stages d'été en recherche avec des professeurs, etc. Ça va bien. J'aime ça. Je trouve ça stimulant.

Le programme de résidence de médecine de famille n'était pas obligatoire à l'époque. Comme je me destinais à une pratique en région, j'avais l'impression que ça me demandait un peu plus de compétence. Je fais donc une résidence en médecine de famille avec l'idée de santé mondiale. L'international m'intéressait beaucoup. J'avais fait un stage de deux mois en Haïti, pendant mes étés. Ça avait été un choc de voir la désorganisation des soins de santé là-bas et de constater le grand défi de relever ce pays. Au point que, quand j'ai fait ma résidence, je me suis surtout orienté vers les populations nordiques au Québec. D'où trois ans sur la Basse-Côte-Nord, à Blanc-Sablon.

Comment ça se passe pour un jeune médecin d'arriver ainsi sur la Basse-Côte-Nord?

J'arrive à Blanc Sablon et on commence! Très rapidement, une semaine après l'arrivée, je présidais le conseil des médecins-dentistes. L'année suivante, j'étais directeur des services professionnels (DSP), responsable du recrutement et de la formation des infirmières de dispensaires. Vous voyez, de fil en aiguille, des découvertes formidables arrivent, quand tu dis «oui»! Que de belles expériences!

Je vous raconte la première. Elle m'a beaucoup marqué. J'arrive à Blanc-Sablon. On me dit: «Il faudrait que tu ailles faire une clinique à Harrington Harbour qui est un petit village de Basse-Côte-Nord. Il y a là-bas un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ça fait six mois que les malades n'ont pas été vus par un médecin. Je me retrouve dans un milieu de soins pour personnes

âgées, mais aussi un milieu qui hébergeait des déficients intellectuels profonds, en contact direct avec l'expérience de la vulnérabilité, de la perte d'autonomie sévère, auxquelles nous étions très peu exposés pendant le cours de médecine.

Paradoxalement, moi qui pensais être bien formé, j'arrive là. Je me dis: «Mon Dieu, qu'est-ce qu'on fait avec ces malades-là? Qu'est-ce qu'on peut faire avec ces gens-là qui sont des êtres humains comme nous, qui souffrent de démence, qui souffrent de déficience intellectuelle?» C'est particulier d'être confronté dès le premier jour à une certaine impuissance. Mais c'est le lot de notre vie de soignant. Constamment nous sommes confrontés à ces limites. Comment continuer à être présent, à donner des soins dans la dignité, etc.? Ça reste un défi permanent. Dès le premier jour, j'étais confronté à cette réalité-là: une expérience marquante.

Pendant trois ans, j'ai vu toutes sortes de choses là-bas. J'ai fait à peu près tout ce qu'on peut faire: l'obstétrique, la pédiatrie, la santé mentale, la petite chirurgie, les dispensaires avec les problèmes d'organisation, la formation du personnel. J'allais, chaque année, dans toutes les universités pour tenter de recruter des gens pour qu'on ait une relève et développer des stages.

Je suis devenu responsable du programme de soins à domicile, au CHSLD à Harrington Harbour, la clientèle hébergée. Pourquoi moi? Parce qu'à un moment donné, dans ces milieux, tu deviens vite le docteur le plus vieux, même si ça fait deux ans que tu es là et c'est toi qui les connais un peu plus. Finalement, tu t'engages de plus en plus auprès des malades, des malades chroniques qui ont besoin d'un suivi continu, ce qui est toujours un grand défi dans le système: la continuité des soins.

Et vous revenez à Québec

Après trois ans, ma fille aînée allait entrer à la maternelle. Avec mon épouse, on s'est demandé: «Est-ce qu'on reste ici ou on revient?» J'étais déjà préoccupé par l'éducation des enfants. Où est-ce que je veux qu'ils aient leur éducation? Nous avons

décidé de nous rapprocher des milieux où on va être capables de les envoyer dans de bonnes écoles.

Au plan professionnel, je suis conscient d'avoir eu une bonne formation en médecine de famille. Il y a pourtant encore des connaissances à acquérir. Je ne suis pas allé jusqu'au bout. J'entre en contact avec ceux qui sont ici à Québec: le Dr Claude Paradis en gériatrie et le Dr Louis Bernard en santé publique. Ces gens-là me disent: « On a besoin de gens qui vont se former dans le domaine des soins aux personnes âgées, la gériatrie. On te suggère, Pierre, d'aller à Grenoble, c'est un bon centre francophone de formation. » On est en 1982. C'est la grande crise dans les finances publiques. Les taux d'intérêt augmentent. Tous les programmes de formation et les bourses sont coupés. Finalement je me retrouve devant un beau projet de formation, mais je n'ai pas d'argent.

Louis Bernard me dit: « Reste ici un an. Entre dans le programme de santé communautaire qui est un programme de résidence. Tu vas acquérir de la réflexion et des bases qui te permettront d'avoir une pensée critique en matière de santé de population, d'organisation de services sur l'ensemble d'une population. Ça va être pertinent pour ce que tu vas faire en gériatrie plus tard. » Les deux me disent: « Il faut que tu fasses une résidence en santé communautaire. Tu feras tes demandes de bourses l'année prochaine. » Je fais mes demandes de bourse, puis, là, ça débloque. J'ai toutes les bourses qu'il faut pour partir un an à Grenoble, dans un milieu qui est un milieu transcendant de formation pour les soins de personnes âgées.

Comment se passe l'expérience de Grenoble?

Je vis plusieurs mois là-bas. Les premières années que j'avais passées en pratique et en résidence en santé publique m'avaient donné un esprit critique, pas à peu près! Je vois leurs points forts, mais je vous surtout leurs points faibles. Le professeur Huguenot voyait bien que j'étais un petit peu malheureux, que je piétinais, puis que je n'apprenais pas grand-chose dans son environnement, Il me dit: « Écoute, on va t'organiser quelque chose. Tu vas aller en Suisse, tu vas aller dans les autres centres français. Puis, je te

libère trois mois. Tu t'en vas en Angleterre. Tu vas aller voir les systèmes qui sont là. » C'est comme ça que je fais le tour de plusieurs grands centres. Je mets l'accent sur mes intérêts de formation: quels sont les modèles d'organisation qui sont porteurs pour les soins aux personnes âgées. J'organise ma formation à partir des cadres de référence que j'avais appris l'année précédente.

En Angleterre, le système britannique ressemble plus à notre système. Les hôpitaux sont organisés comme chez nous, ainsi que les systèmes de formation médicale, paramédicale, et de soins infirmiers. Paradoxalement, je me sentais plus chez moi, dans ma formation professionnelle qu'en France, dont le système est tellement différent du nôtre.

J'ai passé trois mois en Angleterre. C'est là que j'ai eu la chance de connaître Thérèse Vanier, une des apôtres de la première heure à St. Christopher's Hospice. Elle m'expliquait la perspective des soins palliatifs. J'ai appris que la gériatrie et les soins palliatifs sont deux univers qui sont très proches, mais qui ne partagent pas tout à fait les mêmes réalités et ne priorisent pas toujours les mêmes valeurs. En gériatrie, on veut préserver et restaurer l'autonomie, la mobilité et le fonctionnement de la personne. On n'est pas dans le paradigme d'accompagnement de fin de vie comme en soins palliatifs. Ceux-ci à l'époque, en 1984, étaient très centrés sur le cancer.

Je reviens en France. Je boucle. Je fais mon rapport de stage. Je finis mon diplôme de gérontologie à l'Université de Grenoble, car j'avais besoin d'un diplôme quand même pour revenir au Québec. Je fais tout ça. Puis on revient à Québec l'année suivante.

Un autre retour au Québec

La santé communautaire, c'est une très belle formation générale pour un praticien qui veut voir à la fois la perspective du client, et la perspective d'une société qui veut répondre dans l'organisation de ses services aux besoins de ses clients. C'est parfait. De retour au Québec, je termine donc mes dernières années de résidence en santé communautaire, pour un certificat de spécialiste.

C'est à cette époque, en 1984, que je rencontre le Dr Alain Philippe Lemieux qui s'occupait de la gériatrie avec le Dr Yves Gourdeau à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. On a travaillé ensemble pour monter la gériatrie dans l'ensemble des services de l'hôpital. En même temps, il fallait que je passe les examens en santé communautaire: maladies infectieuses, santé, environnement, vaccination, toxicologie, santé au travail.

Comment se produit pour vous l'insertion dans le monde de l'enseignement?

Je reviens au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) en 1985. C'était l'époque où il fallait développer des programmes de formation en gériatrie à l'Université. On commence par quelques cours: un cours au premier cycle pour sensibiliser les étudiants à ce que sont les problématiques liées au vieillissement. On donne des cours dans le certificat en gérontologie.

Très rapidement, on me demande de me rapprocher de la faculté pour monter les programmes de formation. On met alors sur pied les cours obligatoires au prédoctorat, 45 heures de cours sur le vieillissement, les stages obligatoires au programme de l'externat, un stage d'exposition auprès des personnes avec limitations prolongées. C'est dans ce contexte qu'on envoyait nos externes passer une journée à la Maison Michel-Sarrazin et une autre en déficience intellectuelle.

On mettait beaucoup l'accent sur la vulnérabilité associée aux différentes pertes d'autonomie, surtout au vieillissement, sans que ce soit exclusif. Avec le temps, ce stage s'est transformé en stage de gériatrie tout court, un stage assez classique qui se vit sur une unité de gériatrie. Ces unités sont pilotées par des médecins gériatres. C'est de la médecine interne gériatrique.

On a aussi développé dans les programmes de médecine interne un trois mois de gériatrie et, pour les résidents en médecine de famille qui veulent se dédier à la gériatrie, une année de formation complémentaire, un peu comme le programme de formation en soins palliatifs. Ce travail d'équipe s'est réalisé de 1985 à 1990.

Parlons recherche

Ce qui nous manquait à Québec, c'était la recherche. Nous avons le défi de développer la recherche. C'est là que mes notions de formation en santé communautaire où j'avais fait de la biostatistique et de l'épidémiologie me servaient. Mais je trouvais qu'il m'en manquait encore un peu. Il me fallait aller chercher une formation en recherche, si je voulais être capable de développer ça.

J'ai rencontré des chercheurs, ainsi que le Dr Louis Bernard. Il me dit: «Pierre, il faut que tu fasses au moins une maîtrise en recherche. En bas de ça, tu ne peux pas t'en sortir.» C'est correct, on va faire une maîtrise en recherche! Les objets de recherche, je les avais, parce que j'étais bien inséré dans le milieu. On s'est intéressé beaucoup à l'utilisation des pratiques de soin en soins de longue durée, entre autres l'utilisation de la contention physique qui était très répandue à l'époque. On a développé un programme de recherche visant à en réduire l'utilisation.

Je travaillais à temps plein. J'étais à l'université. J'ai terminé ma maîtrise à l'intérieur de deux ans. Après ces deux années, je dis à mon directeur de département: «Écoute. J'en ai pas mal. Mais ça m'en prend encore plus. Il faut que j'aïlle dans un milieu où la recherche clinique ça transpire.» Il dit: «C'est correct, tu vas aller à l'Université McMaster (Hamilton, Ontario). C'est la Mecque de la recherche clinique au Canada. Il faut que tu ailles là-bas. Je connais une couple de personnes qui vont t'ouvrir les portes.»

Je vais donc à McMaster dans le département d'épidémiologie et de biostatistique où les grands bonzes de la recherche clinique au Canada ont jeté les fondements de l'épidémiologie clinique. J'ai passé une année là-bas. Pendant cette année-là, je vais travailler en recherche. Je vais suivre les cours avancés de recherche clinique et continuer d'élaborer notre programme de recherche.

Très intéressé par la pédagogie de McMaster: l'apprentissage par problèmes, j'avais demandé à être moniteur auprès des étudiants en médecine pour me familiariser avec la méthode. J'ai suivi la formation de pédagogie de base et j'ai été en même temps moni-

teur pour les étudiants en médecine. Ça me passionnait de voir ce qui se passait là.

Ça a été une belle expérience. Mon épouse a trouvé ça super pour la vie de famille et l'éducation des enfants. Nous étions alors rendus à 8 enfants. Nous sommes revenus à Québec au terme de cette année.

En 1992, avec les Drs André Verrault et André Tourigny, on entreprend une unité de recherche. On commence à faire des demandes de subvention et au bout de 2 ou 3 ans, ça marche! On a une équipe en émergence du Fonds de recherche santé Québec (FRSQ). On commence à recruter des étudiants gradués qui vont venir avec nous. Tout cela va donner, 20 ans plus tard, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), avec une équipe multidisciplinaire composée d'une vingtaine de chercheurs permanents.

Et vous vous retrouvez impliqué dans la gestion de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Entre temps, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval me demande de diriger le Département de médecine, un gros département qu'il fallait reconstruire. Ce n'était pas du tout dans mon plan de carrière. Mais à l'époque, il était difficile de trouver une relève. J'ai accepté, tout en continuant la direction de l'unité de recherche. Je constate à l'expérience que j'ai un job de trop. J'abandonne la direction du centre de recherche pour me consacrer à la faculté. On me demande de présider toutes sortes de comités pour faire avancer plusieurs dossiers qui n'avaient pas rapport avec le vieillissement. Finalement, quatre ans plus tard, je deviens le doyen de la faculté.

Je quitte alors le CEVQ pour me consacrer à la Faculté de médecine. Il faut développer les programmes. Les cohortes d'étudiants passaient de 120 à 230 admissions par année avec tous les défis pour l'enseignement clinique, la mise en place du réseau universitaire, le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), le travail de collaboration entre l'ensemble des réseaux sur notre

territoire et toute la vie de la faculté. Je conserve une demi-journée où je vais m'occuper des malades en soins de longue durée à l'unité St-Augustin et, par la suite, une demi-journée où je vais m'occuper de l'unité de transition à l'hôpital Saint-Sacrement. Ça me gardait un pied en clinique. Tout ça dure 8 ans. Après 8 ans, il faut laisser ça et c'est très sage. Ces jobs ont un potentiel de corrosion assez important.

Puis un retour au Centre d'excellence sur le vieillissement.

À leur invitation, je retrouve les Drs André Verrault et André Tourigny, collègues de la première heure au CEVQ. René qui s'est intéressé beaucoup aux soins palliatifs-cancer venait de développer une percée du côté des soins de longue durée chez les malades qui souffrent de maladies neurodégénératives.

Comment accompagne-t-on ces malades dans leur fin de vie qui ne sont plus capables de se nourrir, à cause de difficultés de déglutition? Comment détecter, comment repérer la douleur chez les gens qui ne peuvent pas communiquer? Quelles stratégies thérapeutiques mettre de l'avant pour de ce qu'on appelle les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence aux troubles cognitifs (SCPD)?

En collaboration avec des milieux de soins, on a développé une programmation de recherche qui visait à implanter les meilleures pratiques d'accompagnement et de soins et en documenter les impacts auprès des soignants, des familles et des personnes malades aussi, des personnes qui sont non communicantes.

On est alors dans un paradigme de soins palliatifs et d'accompagnement jusqu'à la fin. On a adapté aux maladies neurodégénératives les meilleures pratiques issues à la fois des soins palliatifs et de la recherche.

On va déprescrire, c'est-à-dire enlever toute médication qui n'a plus beaucoup de sens en matière de prévention d'une maladie à long terme parce qu'on est en fin de vie. Malheureusement les personnes âgées

prennent énormément de médicaments. Les médicaments, en général, ont été testés pour une maladie. Qu'est-ce qui arrive lorsqu'on prend 5, 6, 7, 8, ou 10 médicaments? On ne sait plus trop ce que ça fait. En gériatrie, notre intérêt c'est de préserver un fonctionnement optimal de la personne le mieux possible. Quand on a une espérance de vie de deux ou trois ans, on n'est plus dans les mêmes façons de penser. C'est peut-être moins par prévention de ce qui peut venir dans dix ou quinze ans. Alors il y a tout un mouvement actuellement en gériatrie qui veut se centrer sur une médication qui va être appropriée, mais en fonction d'objectifs thérapeutiques qui sont partagés par les personnes, par les familles et par les soignants.

On a malheureusement été victimes de tout un lobby des compagnies pharmaceutiques, qui ont eu une influence néfaste auprès des prescripteurs. On a été dans une opération de mise en marché de séduction et l'on a fait croire que ça donnerait des résultats fantastiques. C'est peut-être le cas pour certaines maladies, mais auprès de notre clientèle en général, ces médicaments-là n'ont pas été testés. Notre clientèle est très vulnérable, et très fragile. Il y a vraiment tout un corpus de connaissances à développer là-dessus.

On va mettre en place des approches de soins adaptées, supportées par une gestion cohérente des équipes de direction. On a également monté un programme de formation qui à lui seul n'est pas suffisant. Mais c'est surtout le mentorat et l'accompagnement au quotidien des équipes qui ont permis de faire en sorte que les meilleures pratiques s'implantent de façon pérenne à l'intérieur de nos milieux de soins.

Ces activités ont amené énormément de réflexion. Les directions ont été obligées de travailler avec les équipes de soins, parce qu'il faut que les messages soient cohérents et convergents tout au long de la ligne.

Les professionnels que nous avons formés deviennent consultants pour monter des programmes au niveau du ministère. C'est comme ça que la pratique se transforme tranquillement. On est dans le transfert des connaissances, un autre domaine où le CEVQ travaille très fort.

Il faut voir que sur une unité de longue durée, par exemple de 40 malades, il n'y en a pas 40 qui sont en fin de vie. Il y en a peut-être un ou deux qui arrivent en fin de vie. Ce sont des fins de vie qui peuvent durer, s'échelonner dans le temps.

Le besoin de vous former en éthique est venu en cours de route. On ne peut aborder cette question sans toucher à la question de l'aide médicale à mourir. Tenant compte de vos préoccupations pour les personnes vulnérables en perte d'autonomie, quelle est votre réaction à cette nouvelle réalité?

Quand j'ai fini mon décanat, je souhaitais approfondir les dilemmes éthiques qu'on vit comme praticiens, comme décideurs, comme chercheurs et aussi comme enseignants. Je suis allé voir David Roy à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, un fondateur de la bioéthique au Canada. Il avait, depuis quelques années, orienté sa réflexion sur le vieillissement. La question de la démence, entre autres, l'intéressait beaucoup. J'ai eu plusieurs séminaires avec lui et une autre étudiante, qui avait fait son doctorat et qui s'intéressait aussi à ces thématiques-là. David nous a donné un programme de lecture. On se rencontrait périodiquement au mois pour discuter de différentes situations.

J'ai lors eu l'occasion de tremper un peu dans toute la littérature sur l'éthique de fin de vie : les défis des maladies neurodégénératives, la question de l'exclusion autour de la maladie. Ça a été, pour moi, intéressant et déstabilisant par moments, parce que les réponses ne sont pas faciles. En éthique, on est dans le paradigme de la discussion.

David était farouchement acharné contre l'aide médicale à mourir et je dois avouer que je pense comme lui. J'ai vu tout ce qui s'est passé par la suite. Nous étions trois doyens à avoir pris position clairement contre. Le Collège des médecins du Québec a été de l'avant.

C'est une expérience difficile que j'ai vécue difficilement et que je vis difficilement encore. L'aide médicale à mourir, telle qu'elle est définie actuellement, ne s'applique pas pour nos malades qui

souffrent de troubles cognitifs, car il faut être capable de consentir. Mais la volonté du Collège des médecins, et la volonté du Barreau du Québec c'est d'aller dans cette direction. Je vois très bien où on s'en va avec ça. Sur le plan fédéral, on est prêt déjà à élargir aux malades inaptes.

Il y a là un risque majeur de ne pas protéger nos malades qui sont vulnérables, incapables de se défendre eux-mêmes, un risque pour toutes les formes de vulnérabilité d'ailleurs.

Je suis très inquiet par rapport à ce qui se passe là-dedans. Je suis inquiet et je me sens déphasé par rapport à la profession médicale, par rapport au courant que j'appellerais le courant dominant. On ne peut pas être contre la loi. Il faut que les institutions offrent ces choses-là. C'est certain que toutes nos institutions doivent s'adapter à la loi. On a toujours la possibilité d'objection de conscience et de se retirer.

N'empêche qu'on est passé d'un paradigme où le meilleur standard pour accompagner les malades qui souffraient de maladie terminale, c'était le paradigme des soins palliatifs. Mais là, ça devient un paradigme d'aide médicale à mourir qui est complètement différent.

C'est un changement majeur pour nos institutions. Je ne pense pas juste aux institutions de soins palliatifs, mais à l'ensemble de nos institutions de santé. J'ai comme une impression de bataille perdue... d'une boîte de Pandore qu'on vient d'ouvrir...

Mais je me sens aussi un peu décalé par rapport aux valeurs dominantes de la société et c'est comme si je n'étais plus «dedans». Je suis comme un vieux qui devient «out». Vous comprenez ce que je veux dire? J'en suis là actuellement.

Comment voyez-vous votre avenir?

J'accompagne actuellement des jeunes qui ont beaucoup de potentiel. Vous en avez rencontré vous-même. Je suis à l'époque de ma vie où j'ai à jouer un rôle de mentor auprès de ceux qui le veulent bien, ainsi que vis-à-vis d'autres directeurs de départements qui sont plus jeunes et qui veulent savoir comment je dirige une assemblée départementale, un collectif

d'enseignement. Mentor pour guider nos jeunes qui veulent entreprendre une carrière académique, établir un programme de recherche, tout en demeurant disponible pour l'enseignement et la formation. Je me vois un peu comme ça à cette étape de ma vie actuellement et je ne suis pas malheureux là-dedans.

J'ai encore la chance de pouvoir traiter des malades. On m'a conservé ce privilège, car c'est un grand privilège. J'ai encore une unité de soins qui regroupe des malades de toute nature: des malades qui ne peuvent pas retourner à domicile, d'autres qui sont en transition entre courte durée et l'hébergement, en réadaptation. On y retrouve des malades qui ont des cancers à pronostics longs ou des gens qui sont désorganisés. C'est l'interface entre la santé mentale, la perte d'autonomie physique et la désorganisation sociale. Ces malades qui vont avoir besoin d'un sas de sortie à un moment donné pour aller dans une ressource adaptée viennent sur notre unité. J'ai un bon personnel. On essaie de faire pour le mieux. Les défis sont très polyvalents

On me demande de m'impliquer encore à la faculté pour diriger un département qui est sans direction: le Département de médecine sociale, un gros département de 40 professeurs, un grand département de recherche. Je me sens très obligé par rapport à cette Faculté de médecine de l'université qui m'a beaucoup apporté, qui m'a donné des chances en développant des programmes de gériatrie, des programmes de recherche en gériatrie, en donnant des postes et des chaires qui ont été constituées pour soutenir ces projets. C'est une institution à laquelle j'ai un sentiment d'appartenance très fort. Alors, je vais probablement continuer.

Vous avez été coauteur d'un article paru dans les Cahiers² concernant le curriculum caché, portant sur une autre de vos convictions: le professionnalisme

Le curriculum caché, ça, c'est intéressant. En formation médicale, on veut former des praticiens qui sont compétents. La compétence, on va la définir en fonction des compétences transversales. Les futurs

médecins doivent être de bons experts, de bons communicateurs, des travailleurs d'équipe. Ils doivent être de véritables professionnels aussi. On veut qu'ils soient des érudits, des gens qui ont une fibre pour la recherche, capables de défendre les intérêts du malade et de protéger la vulnérabilité de ces gens-là. C'est ça la compétence.

Dans la formation, il y a ce qu'on enseigne et ce qu'on fait. Ce qu'on dit aux étudiants, c'est une chose, mais ce qu'on fait, c'est ça qu'ils apprennent. Ce qu'on fait parle infiniment plus fort que ce qu'on dit. C'est ça le curriculum caché. C'est l'écart entre ce qui devrait être et ce qui est.

Le curriculum caché a deux composantes. Il y a la bonne composante : des fois on dit des choses, mais on fait beaucoup mieux. Alors, c'est un beau modèle. Malheureusement, c'est souvent dans l'autre sens que ça joue. On va parler d'empathie, de respect des malades, d'écoute, de consulter les malades et de les impliquer dans les décisions, mais on ne le fait pas.

C'est ce que Dre Amélie Gaboury retrouve dans son étude auprès des externes en médecine. Ces derniers sont très bien capables de dire l'écart entre ce qu'on dit et ce qui se passe dans les milieux de pratique. Il ne faut pas se gêner de questionner les étudiants pour avoir une idée plus juste de ce qu'est l'écart entre l'attendu et l'observé. Le curriculum caché, c'est un curriculum qui est très déterminant pour la formation des étudiants, plus que le curriculum officiel.

On veut qu'ils soient des professionnels. C'est quoi le professionnalisme ? Avoir le sens du devoir et des responsabilités, le sens de l'autre, le souci d'équité et de justice. Cela se vérifie dans nos façons de communiquer, de défendre les intérêts du malade. Là aussi, notre manière d'être parle beaucoup plus fort que les cours donnés en classe sur la vertu de professionnalisme.

Cette question est importante au point qu'on m'a demandé d'assumer la direction de la *Direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme*. On a d'abord défini les concepts et partagé nos préoccupations avec la communauté facultaire. On met en place actuellement une chaire en enseignement du

professionnalisme. On développe un programme de recherche sur comment enseigner le professionnalisme par ce qu'on est comme personne et comment évaluer notre enseignement à partir des étudiants.

C'est très intéressant. Les étudiants sont très, très motivés sur ces questions-là. Ils sont au centre de la formation. Très intelligents, ils sont critiques vis-à-vis de la formation qu'on leur donne. Ils sont très conscients des messages aberrants qu'on leur passe.

L'enseignement du professionnalisme, c'est un défi. La responsabilité sociale des facultés de médecine, c'est un défi actuel. L'enseignement de nos étudiants, l'exposition de nos étudiants aux populations fragiles et vulnérables, ça reste un défi.

Les populations vulnérables, la pauvreté sous toutes ses formes, l'exclusion sociale sous toutes sortes de formes, les pertes d'autonomie associées aux problèmes de santé mentale, le vieillissement, les soins palliatifs, ce sont toutes des situations auxquelles on doit exposer nos étudiants.

La société confie une responsabilité sociale à nos facultés, celles de former des praticiens qui soient capables de relever ces défis-là : être accessibles et être capables d'établir des relations de continuité et de confiance avec ces populations. On a de la misère. Comme communauté médicale, on n'a pas réussi à garantir l'accessibilité. Il y a actuellement un gros problème d'accessibilité.

Ce sont toutes des questions de compétence culturelle vis-à-vis des groupes marginalisés : comprendre la pauvreté, ce qu'elle est, son langage, être capable de l'entendre et d'accompagner les personnes. On a beaucoup de chemin à faire là-dedans. C'est un défi important et passionnant.

Le vécu des soignants est un autre de vos objets de recherche, je crois.

J'ai été impliqué dans quatre programmes de recherche dans ma carrière, pendant environ dix ans dans chacun. Il s'agit des pratiques de contention en milieu de soins, du mode d'organisation des services pour les personnes âgées, des soins en fin de vie et du vécu des soignants.

Je me suis beaucoup penché sur le vécu des soignants en soins de longue durée, auprès des clientèles marginalisées, auprès des clientèles exclues. Il y a aussi un vécu d'exclusion perçu par les soignants eux-mêmes. Ils ont l'impression d'être un peu en fin de ligne. Ce n'est pas la pratique médicale la plus *glamour*, la plus recherchée, la plus valorisée.

Globalement, ces soignants sont motivés. Ils n'ont pas perdu le sens de ce qu'ils font, mais ils trouvent ça lourd. On a cherché à identifier les facteurs associés à l'épuisement professionnel dans nos milieux de soins de longue durée. On a trouvé des choses très intéressantes.

Les caractéristiques de la clientèle sont évidemment un facteur important. Plus la clientèle est lourde, plus la tâche est lourde. Le fardeau de la tâche, c'est un déterminant.

Mais ce n'est pas le déterminant majeur. Le déterminant majeur, c'est l'animation de ces équipes. Est-ce que dans l'animation on valorise les soignants dans leur rôle? Les reconnaît-on dans ce qu'ils sont et ce qu'ils font? Leur donne-t-on des chances de développer des compétences? Ont-ils de l'autonomie dans la tâche, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas de simples exécutants, mais qu'ils sont consultés dans la façon de soigner? Ce sont des déterminants majeurs où des changements sont possibles selon une gestion appropriée.

Un autre déterminant majeur, c'est l'encadrement. Ne pas avoir d'encadrement, c'est épuisant. On ne sait pas où aller. Ça prend du personnel d'encadrement, une animation attentive, présente à ce que vivent les soignants. Ça prend aussi des docteurs qui s'investissent, c'est-à-dire qui sont là pour régler des problèmes qui vont survenir. Il ne faut pas demander à ces soignants de porter une responsabilité pour laquelle ils n'ont pas la compétence, un fardeau de tâche pour lequel ils ne sont pas bien outillés.

Le vécu des préposés a-t-il fait partie de votre recherche?

On a fait un atelier avec les préposés, l'hiver dernier, au mois de février sur leur rôle et leur vécu. Qu'est-ce qui valorise les préposés? Qu'est-ce qui les

motive? Par exemple, dans notre recherche en soins de longue durée sur l'évaluation de la douleur, nous avons constaté que les préposés, parce qu'ils sont au chevet des malades, peuvent contribuer grandement à cette évaluation.

Il fallait donc que notre outil d'évaluation soit adapté pour les préposés. Il fallait qu'ils se sentent à l'aise pour l'utiliser. On l'a donc validé dans ce contexte. Mais on a aussi donné aux préposés un langage pour décrire la douleur chez les personnes âgées et, ce faisant, ils devenaient des personnes importantes dans l'équipe de soins, des acteurs de soins à part entière.

Écoute, présence, valorisation, reconnaissance, intégration à l'équipe de soins. C'est ça la dignité du préposé. La dignité de la personne, c'est ça aussi.

Docteur Durand, merci de nous avoir donné de votre temps. Je me sens autorisé à vous dire merci au nom de toutes ces personnes âgées qui, à cause de leur condition physique, ne peuvent pas le dire, qui ne savent peut-être même pas qu'une certaine qualité des soins qu'ils reçoivent est le fruit de votre engagement avec d'autres passionnés. On peut accoler les mots excellence et vieillissement non comme un rêve qui est en voie de se réaliser. Je vous remercie également au nom de tous ces étudiants, à quelque étape qu'ils soient rendus dans leur formation comme professionnels, ont profité, profitent et profiteront de votre mentorat.

NOTES

1. Les soins palliatifs en soins de longue durée au Québec: contexte et enjeux. Lucie Misson, Michèle Aubin, Pierre Durand et René Verreault. *Cahiers francophones de soins palliatifs*. Volume 12, numéro 2, p. 31-35
Éléments de bonnes pratiques en soins palliatifs en CHSKD. Lucie Misson, Marcel Arcand, Michèle Aubin, Pierre Durand et René Verreault. *Cahiers francophones de soins palliatifs*. Volume 12, numéro 2, p. 36-49
2. Regard des externes en médecine sur les personnes âgées: esquisse d'un curriculum caché. Amélie Gaboury, Annie Frappier et Pierre Jacob Durand. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, volume 15, numéro 2, p. 83-95