

APPELLE L'AMBULANCE

VALÉRIE FALLON-LEDUC

Paramédic, instructrice à la *Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec* (CTAQ). Enseignante au niveau collégial (Cégep), elle donne la formation en soins préhospitaliers d'urgence (SPU).

MARC ANTOINE TREMBLAY

Paramédic à la CTAQ. Il occupe le poste de superviseur des équipes. Sa fonction consiste principalement dans la gestion des ressources humaines.

JOCELYN GARNEAU

Paramédic à la CTAQ. Il occupe le poste de superviseur des équipes. Sa fonction consiste principalement dans la gestion des ressources humaines.

GILLES NADEAU

rédacteur en chef des *Cahiers francophones de soins palliatifs*.
cahiers@michel-sarrazin.ca

En soins palliatifs, on fait souvent appel à eux pour transporter des personnes malades dans des moments critiques: situations d'urgence, départ du domicile pour ne plus y revenir... Ils sont alors les seuls à accompagner la personne et ses proches. Il me semble que sous ce rapport, d'une certaine façon, ils font partie de nos équipes. Les connaissons-nous?

J'ai eu le plaisir de rencontrer deux d'entre eux qui ont accepté de répondre à mes questions. Vers la fin de l'entrevue, un troisième s'est joint à nous. Je les remercie de leur participation ainsi que M. Éric Hamel, directeur clinique et logistique à la CTAQ qui a rendu possible cette entrevue.

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour vous faire connaître un peu plus auprès des intervenants en soins palliatifs. Au départ j'aimerais savoir quel est votre titre professionnel. On vous nomme parfois ambulanciers, parfois paramédics...

Valérie Fallon-Leduc (V). Le terme officiel est «Technicien ambulancier paramédical». Entre nous, nous disons les TAP. Le nom de la formation donnée est: *soins préhospitaliers d'urgence*.

Vous parlez de soins préhospitaliers. De quels soins s'agit-il exactement?

Marc Antoine Tremblay (M.A.) Soins pré-hospitaliers d'urgence, ça indique les soins avant d'arriver à l'hôpital. Par contre, les soins qu'on va faire sont prescrits dans un protocole que les médecins ont déjà approuvé. Quand une personne présente tel et tel signe, on peut poser tel et tel geste, donner telle médication, faire tel soin sur le patient. Ce n'est pas une recette au goût du jour, le choix du chef.

V. Ce sont des «prescriptions permanentes». Les soins que nous faisons sont pratiquement tous régis par ces protocoles.

Vous avez quand même un jugement clinique à porter à chaque fois.

M.A. Oui, mais il faut que ça rentre dans le protocole.

V. Il y a toujours un peu de place à interprétation. Le jugement clinique se développe avec le temps, mais c'est quand même bien balisé, dans le sens où ça ne prend pas de diagnostic pour poser une action. C'est la différence avec le milieu hospitalier où, de façon générale, les prescriptions sont données sur un diagnostic, alors que nous, c'est sur une présentation clinique. C'est sûr que, des fois, c'est un petit peu sur la ligne. Évidemment notre collègue est là. «Qu'est-ce que tu en penses? J'irais avec ça. - Ah

oui, bonne idée. - Non, vois-tu, il y a telle affaire. - Ah oui. » C'est un travail d'équipe.

Cela dit quelque chose des responsabilités que vous avez. Vous n'êtes pas seulement des personnes qui transportent du monde.

M.A. Il y a plusieurs années, les interventions sur place duraient une dizaine de minutes. « OK. Bonjour. » On s'assoit. Puis on est partis. Maintenant, c'est vingt, vingt-cinq, parfois trente-cinq minutes sur place, avant de se mettre en route vers l'hôpital. Mais il est certain que les soins débutent dès notre arrivée.

V. Ce n'est pas parce qu'on a perdu de la vitesse ! C'est parce qu'il y a plusieurs choses à faire, plus de questionnaires.

Lorsqu'il y a des enquêtes après décès, les rapports que vous écrivez sont sans doute importants.

M.A. Actuellement, on est plus dans l'ère de la poursuite ou de l'enquête. Tout ce que nous écrivons veut dire que ça a été fait. Ce qui n'est pas écrit, ça n'a pas été fait. Plus l'intervention est longue, plus nous avons de la rédaction à faire à l'hôpital. Pour chaque patient qu'on voit, peu importe ce qu'on fait, il y a un document à rédiger portant sur l'intervention préhospitalière. Cela fait partie de nos tâches : indiquer ce qu'on a constaté, les questions qu'on a posées, l'observation des signes vitaux.

V. Nous consignons principalement les choses qui sont objectives.

Si vous aviez à expliquer à quelqu'un en quoi consiste votre profession, qu'est-ce que vous diriez ?

M.A. En résumé, ce que je fais quotidiennement : avoir un appel, se diriger vers l'endroit, prodiguer des soins, conduire la personne au centre hospitalier approprié. Puis, après ça, elle est prise en charge par le personnel une fois qu'on est arrivés.

V. Principalement, c'est de prodiguer les soins prescrits. Il y a aussi un grand aspect de relation d'aide qui est, je dirais, probablement le cœur de notre métier. Des soins il y en a de plus en plus, mais ça reste limité. Le principal de notre quotidien, c'est

d'aider les gens qui sont en difficulté. C'est vraiment la relation d'aide qui est au cœur de notre profession, parallèlement aux soins prodigués. Il y a beaucoup de situations où on ne peut rien faire au niveau médical. On parle ici de problèmes psychiatriques ou de difficultés sociales. On est parfois appelés pour de telles situations. En attendant une intervention médicale, notre rôle c'est de transporter la personne du mieux qu'on peut.

M.A. Ce n'est pas à tous les appels qu'on va donner des médicaments, comme des soins d'oxygène. C'est parfois une personne âgée qui fait des chutes à répétition. Elle n'est plus en mesure de rester seule. Elle est démunie. Les voisins font le 911. Ils nous appellent. On va la transporter. On l'installe sur la civière. On fait toujours une évaluation pour vérifier si elle a des blessures, si ses signes vitaux sont normaux. Après ça, on va être avec elle. On va jaser un petit peu de tout ou de rien. On est limités dans ce qu'on fait.

Je trouve importante cette présence de la relation d'aide. On rejoint les soins palliatifs. Diriez-vous que vous exercez une sorte d'accompagnement ?

V. Très souvent. C'est vrai que, dans certaines situations, il faut intervenir. On va faire la différence au niveau des soins. Mais il y a des situations de problèmes sociaux, comme, par exemple, des gens qui sont en perte d'autonomie où nous sommes les seules personnes qui les voyons dans leur milieu de vie. Lorsque ces gens sont en perte d'autonomie, parfois, il n'y a personne d'autre qui va cogner à leur porte et s'en rendre compte. On veut que cette personne-là bénéficie d'aide. Mais peut-être qu'elle ne se rend pas compte qu'elle a des besoins. La porte d'entrée, c'est nous : on tente de la transporter à l'hôpital, afin qu'elle soit évaluée.

Notre travail, c'est, dans certains cas, juste d'ouvrir une porte pour qu'un professionnel à l'hôpital constate que cette personne a besoin, par exemple d'un travailleur social et peut-être de l'aide à domicile. Son autonomie fonctionnelle doit être évaluée. Mais si on n'arrive pas à convaincre la personne de

venir à l'hôpital, ces informations risquent de se perdre. On ne peut pas appeler quelqu'un pour dire : « Présentez-vous chez cette dame-là. » C'est un aspect qui est assez fréquent dans le cadre de notre travail.

M.A. On parle de l'isolement de certaines personnes, de tous âges. Nous le constatons de plus en plus avec certaines personnes âgées. S'ils ne parlent pas à grand monde, personne ne se rend compte que ça va de moins en moins bien. Nous avons la chance d'entrer à l'intérieur du domicile des gens. Les gens nous font confiance. Des fois, il faut leur faire comprendre que ce serait mieux de venir avec nous. Puis, une fois rendu à l'urgence, le processus est entrepris. C'est ce qui fait la différence. Des fois, c'est simplement le CLSC qui va entrer dans le dossier et poursuivre les visites.

Nous ne savons pas ce qui se passe dans la maison des gens. Quand nous entrons, nous voyons parfois que la situation est peut-être plus difficile depuis un certain temps.

Le but de notre métier, c'est la relation d'aide. Des fois, c'est juste des gestes comme ceux-là, des fois c'est un gros accident. Ça peut être de tout.

Il y a donc des situations où vous êtes les seuls qui pouvez intervenir.

V. Des fois, nous sommes les seuls yeux de tous les intervenants de la santé. Nous avons l'opportunité de prendre une photo de ce qui se passe réellement dans le milieu de vie du patient. Ensuite, on peut rendre compte aux autres intervenants.

Nous prenons le temps d'évaluer si la personne a besoin d'aide, de la questionner à savoir comment se passe son quotidien. « Oui, je prends bien mes médicaments. Il y a de la nourriture dans le frigo. » « Comment allez-vous faire votre lavage ? Qui fait votre marché ? » C'est un petit peu au-delà de notre travail officiel.

Vous avez une mission sociale.

V. Oui, c'est clair.

Marc-Antoine, comme superviseur, vous faites aussi des constats de décès.

M.A. On en fait beaucoup. On en fait 400 par année, si ce n'est pas plus. Il faut un constat de décès pour dire que la personne est décédée et ce sont seulement les médecins qui peuvent le faire.

Avant, lorsqu'il y avait un appel, on arrivait parfois sur les lieux et nous constatons que la personne était décédée. Il n'y avait pas de manœuvres de réanimation à faire. Il fallait transporter la personne décédée, de son lit, au quatrième étage, la descendre, s'installer dans l'ambulance, puis se rendre à l'hôpital.

À l'hôpital, pour le personnel, ce n'était pas toujours une situation pressante. Il n'y avait pas toujours de la place où le mettre le corps. Ça prenait un lit. La famille s'en venait. Puis, en plus, ce n'est peut-être pas le milieu le plus intéressant, au travers des autres malades. Pour nous, il fallait attendre sur place, désinfecter nos équipements, signer les papiers, puis se remettre disponible. C'était un petit peu aberrant, parce que pendant qu'on transportait quelqu'un qui était malheureusement décédé, l'ambulance était occupée. On ne pouvait pas répondre à d'autres appels.

Maintenant, le fait de pouvoir faire des constats de décès à distance libère le système préhospitalier et hospitalier.

Le constat de décès à distance, c'est de retracer l'histoire de la personne avec ses antécédents, faire l'examen physique du corps. Le médecin va décider alors si c'est une cause naturelle de décès ou une cause à référer au coroner, par exemple s'il y a des traces de violence.

À distance ? Vous faites votre constatation, puis vous communiquez avec un médecin ?

M.A. Moi, pour la région de Québec, comme superviseur, je me déplace là où une personne est décédée. Je fais la cueillette d'informations. Par la suite, soit par téléphone ou iPad, j'envoie le formulaire.

On envoie le formulaire rempli à l'*Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence*

(UCCSPU) située à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Un infirmier et un médecin travaillent ensemble. Ce dernier regarde mon histoire, ma cueillette d'informations. Puis à partir des signes cliniques que je lui mentionne, il va accepter de faire le constat de décès à distance. Ils nous font confiance. Puis l'entreprise funéraire va venir prendre charge de la personne. Cette façon de procéder nous remet disponibles plus rapidement pour d'autres appels.

Quelle formation doit-on suivre pour devenir paramédic ?

V. Le diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence (DEC). Il s'agit d'un programme de trois ans à temps complet.

Incluant des stages ?

V. Cela dépend des régions. Les cégeps font cela comme ils le veulent. Dans la région ici, les stages sont principalement dans la dernière année.

Valérie, vous êtes impliquée dans la formation de futurs paramédicaux. Vous enseignez au Cégep. Comment percevez-vous leurs réactions lorsqu'ils découvrent leur future profession ?

V. C'est un défi de leur démontrer ce que sera leur vrai métier plus tard. Effectivement, quand on fait le choix de ce métier-là, on peut être biaisé par ce qu'on voit dans les médias, dans les séries télévisées. Comme si c'était l'urgence tout le temps. On voit un peu la relation d'aide, mais moins. Ce qui ressort, c'est plus l'aspect urgence, l'adrénaline. Ils ne voient pas toujours le bien-être global de la personne et que comme paramédic, on peut parfois faire la différence dans ce sens. Ils connaissent moins ces aspects du métier. C'est bien normal.

Pouvez-vous nous donner des exemples de situations qui les étonnent ?

V. La première fois qu'on fait des études de cas, je présente la situation où une personne seule demande l'ambulance pour aller à l'hôpital sans être malade, tout simplement pour un transport en fait.

Certains étudiants réagissent. «Y a-t-il des gens qui appellent l'ambulance pour ça?» Je tente alors de leur faire comprendre qu'à la base, nous sommes face à une personne qui a besoin d'aide. Quand une personne n'a pas de véhicule pour se rendre à l'hôpital, qu'elle n'a pas les ressources humaines ou financières pour le faire autrement, elle a parfois besoin de l'ambulance, même si sa situation n'est pas urgente ou ne nécessite pas de soins. Dans ces cas, elle va nous appeler pour juste du transport.

M.A. Sur ce sujet, j'ajouterais qu'il faut s'abstenir de juger. Si la personne appelle le 911 pour dire qu'elle a besoin d'une ambulance pour aller à l'hôpital, il y a un besoin. Ce n'est peut-être pas le même besoin que la personne qui ne respire plus. Mais le fait qu'on vienne la chercher va peut-être faire toute la différence. Il y a des gens qui habitent au quatrième étage dans un HLM. Ils ne sont pas sortis de chez eux depuis des années. S'ils descendent, ils vont tomber. On les descend dans une chaise.

Rendus à l'hôpital, on informe que la dame demeure au quatrième et qu'elle n'est pas sortie depuis 2016. «OK, on va mettre une travailleuse sociale dans le dossier.» Il ne faut pas dire: «Moi, j'aurais jamais appelé pour ça.» On n'est pas dans leurs souliers.

Une autre situation qui peut aussi étonner... Il arrive que des gens ne se sentent pas bien en santé psychologique. Ils appellent le 911. C'est l'ambulance qui débarque. Ils nous racontent leurs problèmes.

V. Et c'est aujourd'hui que ça se passe pour eux, c'est comme ça!

M.A. Peut-être qu'ils ont eu tous les soins dont ils avaient besoin avant que ça s'enchaîne. On dit beaucoup de parler, de ne pas garder ça pour soi. On a aussi beaucoup de cas de santé mentale. Des fois, c'est mélangé avec de l'intoxication: alcool, drogues, médicaments, état dépressif. Tout s'enchaîne.

V. Des idées suicidaires, des tentatives de suicide, c'est le quotidien.

Vous êtes témoins de beaucoup de souffrances.

V. Beaucoup de souffrances, beaucoup de misère. C'est dans toutes les couches de la société. L'argent peut être un facteur de plus. Les difficultés financières en rajoutent sur le tas. Il y a aussi les gens qui n'ont pas de familles.

M.A. Mais quand le cercle familial et de travail est plus grand, des fois, il y a quelqu'un qui vient aider à trouver des solutions.

V. Les ressources sont plus faciles à trouver. Elles arrivent plus vite. Pour un jeune de 16-17 ans, qui choisit la profession pour l'urgence et l'adrénaline, c'est difficile de figurer cela.

Existe-t-il un programme de formation continue pour les paramédics ?

M.A. Il y a d'abord les cégeps qui offrent le programme en soins hospitaliers d'urgence. Par la suite, il y a l'obtention du permis de travail. Après ça, il y a le programme national d'intégration clinique (PNIC). C'est comme l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers ou celui de l'École de police pour les policiers. Peu importe l'institut scolaire où tu as fait ton cours, tout le monde a la même évaluation.

Une fois sur le terrain êtes-vous obligés de suivre des formations ?

V. Cela va dépendre de plusieurs facteurs. Nous n'avons pas encore d'ordre professionnel. Mais c'est le mandat des *Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux* (CIUSSS) de faire les formations. Peut-on appeler cela des formations continues? Oui et non. En fait, parfois ils vont donner de nouvelles formations pour améliorer les compétences. Il y a certaines compagnies, comme nous, avec une direction clinique, où on va offrir des formations sous diverses formes. Mais, là encore, ce n'est pas uniforme dans la province. Nous, on va offrir un peu plus de soutien, d'encadrement aux paramédics, parce que la compagnie a fait ce choix-là.

M.A. En début de quart de travail, pour la personne qui fait un quart de huit heures le matin à huit heures le soir, il y a un *briefing* de début de quart,

environ cinq minutes. Toutes les semaines, il y a un petit rappel clinique. Par exemple, on révisé certains protocoles à la suite de ce qui a pu se passer la veille.

V. Encore là, c'est selon la compagnie. Ce n'est pas uniforme à la grandeur du Québec.

Pourquoi on choisit de devenir paramédic ? Ce n'est quand même pas une profession facile. Vous êtes en contact avec la souffrance, souvent en urgence. J'imagine que parfois ce doit être difficile : suicides, accidents...

V. C'est sûr qu'on ne voit pas tous les aspects quand on fait le choix.

M.A. Pour moi, au départ, il y a le fait que ce ne soit pas routinier. Quand on commence le quart de travail, on ne sait pas ce qu'on va faire. On sait qu'on va faire quelque chose aujourd'hui, mais on ne sait pas quel type d'appel. Il y a absence de routine.

V. Souvent, c'est un des plus importants facteurs qui nous attirent vers la profession.

M.A. Il y a aussi l'urgence, l'adrénaline, les gros événements. Évidemment aussi, le désir d'aider les gens. Les gens nous font confiance. On entre dans leur maison. On fouille dans les tiroirs. « Faites ce que vous voulez, il n'y a pas de trouble. » Je ne pense pas que s'il n'y avait pas une ambulance devant la porte, on pourrait faire ça. Je ne le ferais pas longtemps!

V. Je suis d'accord sur tous les points : l'absence de routine, la relation d'aide... Mais, quand on fait le choix, on ne s'attend pas que ça va être à ce point-là. Moi, personnellement, une chose dont je me suis rendu compte que j'aimais beaucoup, c'est l'autonomie qu'on a. On pourrait avoir la même situation dans une salle d'urgence, mais il n'y a pas beaucoup de paramédics qui aimeraient travailler dans une salle d'urgence. Pourtant, ils ont l'adrénaline, les cas d'urgence. Ils ont presque tout ça. Mais nous, on a une certaine autonomie qu'on ne voit pas ailleurs dans des métiers qui sont de ce niveau. On est un ou deux à prendre des décisions.

M.A. Il faut faire beaucoup preuve d'ingéniosité et de leadership. Oui, une personne est inconsciente dans une maison. Oui, on a le protocole de soins.

Mais une personne est plus grande, plus pesante, des fois, on est au troisième étage. Ce n'est pas écrit que dans un bungalow, on sort par en arrière, dans un bloc appartement non plus. C'est déjà arrivé de sortir une dame sur une planche par la fenêtre d'un demi-sous-sol.

On les transporte ensuite dans une salle de réanimation où il y a de l'éclairage, du chauffage, puis surtout, il y a de l'espace.

V. Tout est à proximité.

M.A. Nous, c'est tout le temps en haut!

V. Il y a toujours un défi. De plus, il y a le fait qu'on travaille à l'extérieur. Des fois, c'est un avantage, les belles journées à l'extérieur. Des fois, on travaille dans des intempéries. C'est particulier à notre travail. Ça veut dire qu'on subit la météo.

M.A. Prenons, par exemple, au moment d'une tempête de neige. Ça fait douze heures qu'il neige. La grand-maman n'a pas déneigé son entrée. Mais ça s'adonne qu'elle a de la difficulté à respirer.

V. Il faut pelleter. S'il y en a un qui pelleter, l'autre guide la dame. Des fois, il faut même trouver un tracteur pour pouvoir passer!

Il y a de l'aventure là-dedans et de la liberté. Vous n'avez pas le patron sur les épaules.

V. Pas pendant, mais après, il faut quand même rendre des comptes!

M.A. Sur certains types d'appel, comme superviseur, mon rôle c'est d'encadrer, de m'assurer que tout soit fait de façon conforme, guider les gens selon leur expérience et selon leurs questionnements. Le but est d'assurer un service de qualité à la population. On va tous dans la même direction.

Il faut reconnaître que vous avez la sympathie des gens.

V. De façon générale, oui.

M.A. Dans les sondages, c'est nous et les pompiers. On s'alterne. Nous, on est l'ami de tout le monde. On va en prison, des fois, chercher des personnes qui sont malades, peu importe le type d'intervention. On est alors avec un détenu.

V. On est là pour lui.

M.A. Il le sait. Il est gentil avec nous. Dans l'ambulance, on est l'ami de tout le monde. Tout le monde nous fait confiance.

On a besoin de vous aussi dans les moments critiques. Il faut que ça se passe vite et bien. Il y a d'autres compagnies de paramédics au Québec?

M.A. À Montréal, *Urgences Santé* est une corporation directement en lien avec le gouvernement. Sinon, au Québec, ce sont, soit des coopératives privées, soit des organismes sans but lucratif. Le ministère donne une enveloppe budgétaire. Je résume. C'est plus compliqué que ça.

Lorsque nous appelons le 911, est-ce que ce sont eux qui vous font la référence?

M.A. Nous, ici, à Québec, ils vont juger de l'urgence et si c'est un appel ambulance, police, pompiers. Bref, ils vont gérer ça. Puis si cela nous concerne, ils vont transférer à notre centrale. Ça prend environ dix secondes à se faire. Ensuite, il va y avoir un questionnaire pour déterminer la priorité. Le répartiteur médical d'urgence va alors décider à quel véhicule il l'envoie, selon la priorité, la proximité du véhicule ou d'autres facteurs.

Nous, notre appel commence quand ça sonne vraiment dans notre écran, parce que, des fois, il peut y avoir un appel en attente à deux coins de rue et on ne le sait même pas. On ne connaît pas les appels. Des fois, on arrive et les gens sont un petit peu impatients. Ça fait une heure qu'ils attendent, parce que malheureusement, la priorité était moindre et il n'y avait pas assez de véhicules. Tout commence pour nous quand ça sonne. On a alors un appel avec les détails. Les gens ne nous parlent pas directement au véhicule.

V. Parfois les gens nous disent : « On vous l'avait dit. » C'est quelque chose qu'il faut démystifier auprès des gens. C'est parfois une source de frustrations pour les citoyens. Il y en a qui ne comprennent pas bien cet aspect.

Avez-vous des problèmes d'épuisement professionnel dans votre profession, des gens qui n'en peuvent plus de voir de la misère ou de la souffrance? Ils n'en peuvent plus de vivre sous l'adrénaline ou parfois de voir des réalités traumatisantes?

V. C'est sûr qu'il y en a, mais c'est tellement multifactoriel ces choses-là.

M.A. Oui il y en a, comme dans tout corps de métier: les enseignants, la construction, la police. Oui, il y en a.

V. Est-ce que c'est le métier qui provoque ça? C'est impossible à savoir. Personnellement, j'ai plus l'impression que c'est multifactoriel.

M.A. Ou parce qu'il y a un enfant malade à la maison, une rupture, des problèmes financiers. Arrive un gros appel et c'est la goutte qui fait déborder la vase.

V. Pas facile à dire. Ce n'est pas quelque chose qui est bien recensé officiellement. Naturellement, il y en a. Est-ce qu'il y en a plus que dans les autres corps de métiers? Ce ne sont pas des statistiques faciles à aller chercher.

M.A. Le risque est un peu plus élevé, car il y a une charge de travail quand même importante. Oui, il y a de gros appels, des choses dans notre métier qu'on va voir. Ce qu'on voit, le commun des mortels ne verra pas ça dans toute une vie. Parfois, au cours d'une journée, on peut faire trois gros appels. Après ça, pendant plusieurs mois, de quoi de plus commun.

Si un paramédic ne fonctionne plus. Tout le monde le voit et lui-même s'en rend compte. Peut-il aller voir son patron et demander de l'aide?

M.A. Oui. Divers niveaux d'aide sont possibles. On a le programme d'aide aux employés où différents intervenants peuvent venir en soutien. Les paramédics n'ont même pas besoin de venir me voir comme superviseur pour dire: «Ça marche plus.». En fin d'année, ils nous envoient la facture. «Vous avez tant de gens qui ont consulté à tel service.» C'est tout. Ils peuvent faire une demande et on peut devancer celles

de l'année suivante pour en payer. Ce n'est pas un problème.

C'est du cas par cas. Il faudrait être capable de dire que la détresse c'est, par exemple, à la suite d'un accident de travail, d'un événement traumatisant ou c'est une accumulation: rupture, famille, épuisement.

On ne sait pas ce qui se passe dans les maisons des patients que nous allons chercher. On ne sait pas non plus ce qui se passe dans les maisons de nos employés. On essaie d'ouvrir la porte le plus possible, même parfois d'être à l'affût

L'équipe, c'est important pour vous?

V. Tout à fait. De façon générale, la relation qu'on a avec le partenaire va être différente d'une personne à l'autre évidemment.

Vous ne travaillez pas toujours avec la même personne?

V. Ça dépend du statut: temps plein ou temps partiel

M.A. Il y en a qui travaillent ensemble depuis une dizaine d'années. Ils ont tout le temps le même quart de travail. Les gens à temps plein sont plus avec leur collègue qu'avec leur conjoint! Le collègue fait pour beaucoup que le quart de travail soit agréable, autant sur les appels que lors des moments d'attente.

V. C'est un des facteurs importants quand les paramédics choisissent leur horaire. Il y en a plusieurs qui vont choisir le partenaire avant l'horaire. De façon générale, c'est très important.

Allons maintenant dans le domaine des soins palliatifs. Vous allez chercher des personnes à domicile pour les conduire à l'hôpital, ou dans une maison de soins palliatifs. Ces personnes quittent leur domicile pour la dernière fois. Nous les voyons arriver avec vous dans notre institution. Entre votre arrivée chez eux et votre arrivée chez nous, vous êtes avec eux, vous êtes les seuls intervenants. Comment ça se passe?

V. Ça se passe dès l'arrivée sur les lieux. C'est sûr que, de façon générale, on se met dans une ambiance

particulière. La façon dont on va interagir sera différente. Nous, nous sommes presque toujours dans un concept de temps. Même si ce n'est pas une urgence, on a le souci de ne pas rester inutilement sur les lieux pour se remettre disponible afin de faire d'autres appels. Lorsqu'il s'agit de patients en soins palliatifs, on devient dans un mode où on perd vraiment la notion du temps. C'est la première chose qui, du moins de mon côté, va arriver.

M.A. Deuxième chose, c'est que très souvent, on est proches de nos protocoles. Il faut que j'évalue les signes vitaux. On a des choses à faire. Alors que lorsqu'on arrive sur un appel comme ça, c'est une autre chose qu'on met un peu plus de côté.

V: Je dirais que la relation qu'on a avec les gens qui sont en soins palliatifs, en soins de fin de vie ou autres, c'est vraiment quelque chose qui n'est pas ou peu abordée en formation. Donc, quand on commence, cette notion-là, c'est vraiment l'inconnu. Est-ce si important que je prenne ses signes vitaux? Quand on commence, on ne le sait pas trop. C'est vraiment un paradoxe, l'absence de soins par rapport à notre formation et nos fondements. Je suis convaincue que sur ce type d'intervention, je n'ai pas la même approche qu'à mes débuts. Il y a beaucoup de choses pour lesquelles je peux dire: « Non, ce n'est pas ça qui est important. »

M.A. Les premières fois, quand on se fait dire: « Pas de réanimation, ne veut pas de traitements. » C'est plutôt un choc. On n'est pas beaucoup préparés à ça. On peut être alors confrontés à nos valeurs. Les premières fois, c'est vraiment un gros point d'interrogation. C'est avec l'expérience qu'on va plus comprendre. L'expérience de vie va nécessairement entrer en ligne de compte.

Moi, je vais d'abord me mettre dans ce contexte. Il n'y a pas d'urgence. Il n'y a pas de signes vitaux à prendre. C'est vraiment le patient d'abord. C'est toujours vrai, mais, quand il y a de l'urgence, on sait ce qu'il faut faire. Même si ça ne lui tente pas, on va la brusquer un peu. On est plus à l'aise de le faire. Alors que dans ces cas-là, non, pas du tout.

V: Par contre, moi, je pense qu'il ne faut pas tomber dans l'extrême compassion. Il faut vraiment étudier. Il faut être à l'écoute, observer, parce que ce serait aussi une erreur de rendre ça dramatique. Il y en a qui sont dans un état d'esprit où ils sont heureux, résilients. Ils ont tellement peur de mourir à la maison, isolés, heureux d'aller à la Maison Sarrazin. Enfin! Ça fait que, de notre côté, il ne faut pas rendre ça dramatique. Il y en a pour qui c'est un soulagement.

Personnellement, je tente de faire une lecture du patient et de la famille. Je ne rendrai pas ça pire que c'est. J'ai à m'ajuster à la personne. Si elle a le goût de rire, je vais rire. Si elle a le goût d'être sereine et dans cet état-là... C'est vraiment d'être à l'écoute et de ne pas avoir d'idée prédéfinie. Parfois, les gens ne veulent pas de compassion. J'essaie de cerner.

Jamais je vais avancer quelque chose comme: « Voulez-vous prendre une dernière... » Jamais je vais rendre ça plus « gros ». Si la personne tend une perche, je vais la prendre. Par exemple, si je vois qu'elle n'a pas hâte que son conjoint parte, je vais lui offrir d'embarquer dans l'ambulance.

M.A. C'est leur moment à eux. Les gens savent aussi qu'on s'en vient. Ce n'est pas une surprise. On ne débarque pas là. Ils sont au courant. Ils ont cheminé un petit peu là-dedans.

V. Ils sont souvent prêts.

M.A. Ça dépend toujours aussi de l'état de santé de la personne. Il y en a qui sont capables de discuter comme on discute là, avoir des conversations intéressantes. Puis il y en a, des fois, dont l'état de conscience est altéré. La discussion est plus difficile. Ils réagissent. Ils entendent les voix. Ils connaissent les proches, mais sans plus. C'est vraiment du cas par cas, d'être à l'écoute.

V. À l'écoute de leurs besoins, sans en créer.

M.A. Ils savent très bien que c'est un aller unique malheureusement. Le chemin qu'ils prennent la dernière fois, la dernière fois qu'ils voient leur maison qu'ils quittent. Les gens le réalisent très bien. De façon surprenante, il y a beaucoup d'acceptation.

Des fois, ils sont moins mal à l'aise que nous. Nous, on est assis à côté de la personne. Parfois, le silence est un petit peu lourd. Le malade va alors demander : « Ça fait longtemps que vous faites ce travail-là ? » On enchaîne, on discute.

V. On va essayer d'éviter les situations de malaise, comme, par exemple, si on ne sait pas s'il y a de la famille. C'est rare qu'on va en parler en premier. « Avez-vous des enfants ? » « Non, c'est le drame de ma vie. » Dans des situations comme celle-là, on va vraiment essayer de capter les signaux qui viennent d'eux. De quoi veulent-ils nous parler ? Souvent, nous recevons de grandes leçons de vie. Ça relativise des choses. Je vais mettre de l'avant ces belles réalisations qu'ils ont faites. Ça doit être initié par le patient nécessairement.

M.A. On leur donne et ils nous donnent.

V. Je suis une personne qui a tendance à utiliser le toucher pour démontrer mon empathie. Si je sens que la personne est réceptive, je n'hésiterai pas à lui tenir la main.

M.A. Moi, pas tout le temps. Avec les personnes en soins palliatifs, un peu plus que d'habitude. Avant d'embarquer dans l'ambulance, oui, il va y avoir un contact peut-être, plus que pour un autre appel. Disons, un regard. Regarder la personne dans les yeux.

V. Sourire. C'est sûr qu'on est encore plus attentifs au confort. La moindre petite chose. On est souvent plus aux petits oignons avec ces patients. Mais là, un petit peu plus : « Aimeriez-vous... ? » « Avez-vous assez chaud ? » La couverture, la *doudou*, on la met dans la sècheuse ?

Vous êtes vraiment alors dans les soins palliatifs.

V. Les besoins de base : le confort, leur rythme.

M.A. Moi, j'ai toujours en tête... J'ai encore mes parents, mes grands-parents. Ce sera peut-être un de mes proches, un jour. Souvent la personne que je traite, je la traite comme si c'était ma mère. C'est rare qu'on se trompe dans ce temps-là. J'aimerais que les paramédics aient cette attention, cette attitude-là envers mes proches.

V. C'est dans les détails. Habituellement, quand on s'en va pour un soin à l'hôpital et que le patient a les lèvres sèches, je ne pourrai pas toujours prendre le temps d'apporter une débarbouillette humide. Alors qu'une personne en soins palliatifs, je vais assurément prendre le temps de faire cette petite attention. C'est vraiment dans les détails parce qu'on sait qu'on ne fait pas la différence sur beaucoup de choses... Deux ou trois couvertures supplémentaires. On lève un peu la chaise, etc..

M.A. On ne fait pas la différence sur grand-chose, c'est vrai. En plus, nous sommes parmi les dernières personnes qu'elle va voir avant de quitter sa maison. Je n'ai pas le goût que ça n'aille pas bien.

V. Je ne veux certainement pas brusquer la personne.

Est-ce que le fait que vous soyez jeunes joue auprès des personnes âgées ?

M.A. Je ne saurais pas vous dire.

Est-ce que le fait d'être un homme ou une femme, est un facteur important dans la relation ?

V. Probablement un peu. Mais ça serait difficile de généraliser. Selon mes observations, je crois que les filles ont un peu plus de proximité avec les patients ; on reconnaît souvent leur côté maternel.

M.A. C'est oui et non. Quand deux paramédics femmes travaillent ensemble, j'ai déjà entendu une personne malade dire la phrase suivante : « Les autres s'en viennent-ils ? » « C'est qui les autres ? » « Mais les hommes. » C'est certain quand on transporte quelqu'un, une dame de 95 ans, par exemple, ce peut être particulier.

V. Moi je l'ai vécu à quelques reprises. Surtout auprès de la clientèle plus âgée. Une des craintes, c'est « Qui va conduire ? » et certaines craintes ont souvent trait à la force physique.

M.A. Échappez-nous pas !

V. Il y en a qui disent, dès que la porte est ouverte : « J'avais demandé deux hommes au 911 » J'ai déjà eu un monsieur. Il n'avait pas de problème à être soigné par des femmes. Mais rendu dans le corri-

dor, quand il a réalisé que c'est une femme qui allait conduire l'ambulance, il ne voulait rien savoir! On l'a transporté quand même.

M.A. L'appel se fait quand même. C'est jamais arrivé qu'on a retourné une équipe pour envoyer deux hommes. Il s'agit plus de perceptions, de commentaires. L'intervention se fait quand même très bien.

V. Au niveau des soins palliatifs, c'est vraiment une question de personnalité et d'expérience.

Est-ce que ça arrive que des personnes en soins palliatifs vous demandent des petites faveurs au moment du transport?

V. Comme: «Peut-on passer par tel chemin?»

Peut-on arrêter au parc? Pouvez-vous changer la musique?

V. J'ai posé la question à quelques collègues avant l'entrevue. Ce n'est pas fréquent.

Les demandes sont plus simples que cela. «Est-ce que mes deux enfants peuvent embarquer?» Alors qu'habituellement, c'est un. C'est plus de cette nature-là. C'est déjà arrivé de dire «Voulez-vous embarquer et vous placer près du patient?»

Si quelqu'un me demandait de faire un détour, c'est sûr que je le ferais (si c'est raisonnable). On ne pourrait peut-être pas passer par son ancienne maison, mais passer par le bord du fleuve si c'est possible. Moi, ce n'est pas arrivé. Je ne crois pas que ce soit quelque chose qui est si fréquent.

M.A. Moi aussi, j'ai questionné un peu les collègues. Il n'y a personne qui avait quelque chose à raconter. Sauf un qui, un jour, avait eu la demande: «Pensez-vous qu'on peut mettre la sirène?» Le conducteur était allé dans un stationnement et il l'avait mis. J'ai trouvé ça drôle. Sinon, les gens ne sont pas très exigeants.

V. Ils ne sont pas très exigeants et je serais mal à l'aise d'amener: «Aimeriez-vous écouter une petite chanson en particulier?»

M.A. Par contre, à chaque transport, on leur dit: «S'il y a quelque chose, ne vous gênez pas. On est à côté de vous.»

Vous avez donc une certaine marge de manœuvre si jamais une demande est logique.

V. Exactement.

M.A. Des appels en soins palliatifs, je ne ferais pas ça quarante heures semaine. Quand j'ai un appel comme ça, je ne suis pas tant à l'aise que ça. Quelqu'un est décédé, je n'ai pas de problème avec ça. Mais *dealer* avec la personne qui va décéder, avec les proches autour... Tu marches tout le temps sur des œufs. Tu ne veux pas déplaire. Tu veux que tout soit parfait. Ce n'est pas quelque chose que je ferais tout le temps. Ça fait partie de mon travail. Je le fais. Probablement que personne ne s'en rend compte. Je ne le dis pas. Mais c'est particulier. Je suis conscient que malheureusement, il n'y a plus rien à faire.

V. À l'encontre du paradigme auquel nous sommes habitués.

M.A. Nous autres, on veut donner des soins. Quand on l'a fait, on s'en va ailleurs.

Une des raisons pour lesquelles vous avez choisi cette profession-là, c'est que ça bouge.

V. Oui. C'est une des caractéristiques spécifiques de notre métier: on aime plein de choses, mais rien à la folie. Ce que j'aime, c'est qu'on peut s'investir à 110 %. On n'y laissera pas notre peau, parce que le lien émotif n'existe pas pour longtemps. Je peux me donner corps et âme à cette personne. Ce n'est pas pour longtemps.

M.A. Lorsqu'on reçoit un appel, la plupart du temps, on n'est même pas une heure avec la personne. Du moment qu'on est rendu chez le patient, on n'en aura pas d'autres. C'est un à la fois.

Traînez-vous des fois des cas le soir à la maison? Avez-vous des trucs pour ne pas les traîner?

V. Moi, je les traîne à la maison, parce que mon conjoint fait ce métier-là! Parfois, on en parle un peu, mais très brièvement.

M.A. Il y a des cas sur lesquels on réfléchit plus. Tout ce qui est médiatisé, veux, veux pas, tu ouvres la télé. Tu vois l'accident. Tu l'as comme dans la face.

M.A. Je dirais que ça dépend d'où tu es rendu dans ta vie. Il y a certains appels, par exemple, pour un enfant qui est gravement malade. Quand j'ai commencé ma carrière, je n'en avais pas. Pas que c'était banal de soigner un enfant, loin de là. Mais ça m'atteignait moins.

Aujourd'hui, si j'avais un petit gars de 5 ans, je ferais des liens. Il serait à la garderie. J'irais le chercher le soir. Puis là, il voudrait faire du crayon de cire. On va faire du crayon de cire!

Des fois, également de voir des gens de notre âge, ça peut être particulier.

J'avais eu à transporter une jeune fille qui avait fait un arrêt cardiaque. Ses parents et moi, nous avions tous le même âge.

V. C'est plus risqué quand on peut s'identifier au patient ou à la famille. Les gens pensent que ce qui nous trouble, ce sont souvent des scènes pénibles, par exemple, une jambe arrachée. Personnellement, ce qui me touche davantage, c'est plutôt un état, une situation. C'est de ça dont on va avoir le plus souvent besoin de parler. Des fois, on va juste en parler avec un collègue pour s'assurer qu'effectivement, on a fait ce qu'il y avait à faire sur l'aspect clinique. Est-ce que j'aurais pu faire encore plus la différence? On va se remettre en question à ce niveau-là.

M.A. Si on entre sur une scène où la personne est décédée et qu'il n'y pas personne, il n'y a rien là. S'il y a une conjointe, les enfants ou une école en face, c'est la scène qui nous touche. Ce n'est pas la nature du cas, pas du tout.

V. Moi, la seule fois où j'ai eu les larmes aux yeux, c'était pendant l'intervention. Deux adolescents avaient fait des tonneaux en voiture. Ils n'avaient rien. Mais quand on est arrivés à l'hôpital, la mère était tellement contente de voir ses enfants. Elle avait eu peur qu'ils soient morts. J'ai eu les larmes aux yeux, alors qu'il n'y avait rien. On avait juste pris les précautions au cas où. Mais il n'y avait rien. Voir l'émotion de la mère, ça m'a probablement ébranlée plus que si j'avais été chercher ces deux patients paralysés! C'est vraiment l'émotion lors de la prise en charge qui va

faciliter ou rendre notre travail plus difficile sur le plan émotif.

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter?

V. Je crois que la formation pourrait être bonifiée au niveau de la prise en charge des patients dans un contexte de fin de vie. Tout l'aspect éthique qui sous-tend cette notion. Entre autres, la volonté d'un patient à ne pas être réanimé. C'est un peu tabou et souvent difficile à comprendre. À mon avis, il serait intéressant que ce soit mieux abordé en formation.

M. Garneau, merci de vous joindre à nous. Je crois que vous avez quelques expériences de paramédics avec des personnes en soins palliatifs à nous partager.

J. J'ai quelques événements que je puis raconter dans mon travail comme paramédic où je suis intervenu en soins palliatifs, des événements où j'ai pu accompagner des personnes mourant à la maison et leurs proches. Ce sont des histoires de soins palliatifs qui m'ont marqué le plus, qui me sont restées dans ma mémoire le plus.

Le monsieur malade est à la maison. Les proches sont là. Il a un malaise. Il a de la difficulté à respirer. Il respire moins vite. Il est tombé inconscient, en état de choc cardiogénique.

Les proches nous expliquent: « On est à la maison parce qu'il veut mourir à la maison et ne pas mourir à l'hôpital. »

On appelle l'ambulance pour l'amener à l'hôpital. On dirait parfois que les proches ne sont pas prêts à voir la personne malade mourir, même si celle-ci a une maladie dégénérative, le cancer, peu importe, qui va les amener vers la mort. On dirait qu'ils pensent qu'à l'hôpital, on va les soulager un peu. Alors ils nous appellent pour le transporter à l'hôpital, puis le ramener après pour qu'il meure à la maison. Ça va être pour une autre fois. Ils s'attendent beaucoup qu'un matin: « Ah! Papa, il est mort. » Bien non, ça peut arriver à trois heures de l'après-midi.

Après constatation, je leur dis: « Il est en train de mourir. » Sa maladie est en train de l'emporter.

J'ai dit aux proches, à la dame: «Il est en train de mourir votre monsieur. C'est le temps. Venez vous assoir à côté. J'ai rassemblé toute la famille. Venez-vous-en, c'est le temps. Puis, moi, je m'en vais revenir dans une demi-heure.» C'est ça, il est en train de mourir.

Dans un autre cas, les membres d'une famille ne pouvaient pas le voir mourir à la maison. C'était trop pour eux autres. Je l'ai emmené à l'hôpital. Il est mort dans le camion. Quand je suis arrivé à l'hôpital, il était mort.

Je me souviens d'une autre famille. Nous étions dans un bloc appartement au deuxième étage. La dame, les enfants, les petits-enfants se sont tous assis sur le lit du monsieur. Ils se sont pris les mains. Ils ont tous dit en même temps: «C'est beau papa, on est rendus là.»

Je leur avais fait comprendre qu'il était en train de mourir. On attendait la mort dans les prochains jours. C'était là, à présent. C'est là que ça se passait. Il était inconscient. Sa respiration diminuait tranquillement. Ils lui ont tous donné la main. Il est parti.

J'ai transporté aussi quelques-uns de leurs patients vers Michel-Sarrazin. Les gens que j'ai transportés en ambulance pour aller à Michel-Sarrazin, j'ai toujours réussi à sortir un petit sourire de la personne qui s'en allait mourir, avec des gens à côté de moi qui pleuraient. Je ne sais pas comment ça se fait. On ne s'est pas vus longtemps. On s'est rencontrés dans notre vie quelques minutes. «Ça m'a fait plaisir de t'avoir vu. Salut.»

Comment expliquez-vous vos réactions et vos interventions?

J. Ça fait longtemps que je travaille avec les personnes âgées, depuis l'âge de dix-huit ans. J'ai toujours eu une facilité avec les personnes âgées, même avec celles qui souffrent de démence. J'ai toujours eu un peu de facilité comme ça.

Il me vient une autre histoire.

Comme superviseurs, nous faisons maintenant des constats de décès. Je suis allé un jour chez un monsieur qui était en soins palliatifs. Il était dû pour

une greffe de poumon. Il avait peur des hôpitaux et tout. La veille, il venait de recevoir son lit d'hôpital dans son appartement. Ils l'ont trouvé mort dans son fauteuil.

J'ai dit à la dame: «J'imagine qu'on ne le met pas dans son lit avant qu'on vienne le chercher.» Elle a dit: «Vous comprenez bien les choses vous.» Elle dit: «Je ne le voulais pas ce lit-là. Il ne voulait pas aller dans un lit d'hôpital. Laissez-le donc dans son fauteuil, pouvez-vous?»

«Oui, on va le laisser dans son fauteuil.»

Puis je l'ai abrié comme il faut son monsieur qui était mort dans son fauteuil. Je l'ai replacé droit. Elle était toute contente.

C'est ça les soins palliatifs.

J. Elle a apprécié ce que j'ai fait. On l'a laissé dans son fauteuil. Il venait de recevoir son lit la veille. Il n'avait pas voulu coucher dedans.

Ce sont des petits détails dont la dame va toujours se souvenir.

J. Probablement qu'elle va se souvenir du petit service que le service ambulancier a rendu cette journée-là.

C'est à travers des petits détails comme ceux-là que vous aidez aussi le monde.

J. Ce n'est pas juste le fait d'intuber quelqu'un, de lui sauver sa vie parce qu'il est en arrêt respiratoire. C'est sa famille à l'entour aussi. Moi je pense beaucoup à la famille à l'entour. C'est probablement de leur faire réaliser que leur proche est en train de mourir.

En parlant, il me revient une autre histoire. Nous arrivons. Le monsieur est en arrêt cardio-respiratoire. La dame est là. Elle sait que son mari est en soins palliatifs. Moi, je ne le sais pas. Elle nous voit arriver. On commence les manœuvres de réanimation.

«Est-ce que je vous donne un petit sac pour son pyjama, pour son retour de l'hôpital?» Oh! Elle ne comprend pas ce qui se passe. Je lui dis: «Savez-

vous ce qui se passe avec votre mari? Elle dit: «Il est malade. Son cœur ne fonctionne plus. Il ne respire pas.»

«On essaie de le réanimer.»

«Non, non. Arrêtez-moi ça. Il a le cancer. Il ne veut pas qu'on s'acharne sur lui. Arrêtez-moi ça. Laissez-le tranquille. Laissez-le tranquille.» On le remet dans son lit.

Je suis sûr que, parfois, à cause de ces petits manques de communication, on fait des manœuvres sur des gens ou on transporte des gens contre leur volonté. Il faut que je rassemble les gens et que je leur dise: «Son cœur ne fonctionne pas. Il ne respire plus. Il est décédé.» Des morts subites, ça arrive aussi en soins palliatifs. Je pense qu'il n'y a personne qui est prêt à ça.

Pourquoi êtes-vous paramédic?

J'ai commencé ma carrière à dix-huit ans dans une maison de religieuses. J'étais agent de sécurité. J'ai toujours aimé côtoyer les personnes âgées. J'ai toujours aimé ça leur rendre service, leur donner des petits soins. Je me sentais bien dans ça. Je me suis dit: «Ambulancier, ça doit être pas pire. Il y en a de plus en plus des personnes âgées.» C'est 80 % de nos appels.

Je pense aussi que ça vient de mon père, parce que j'ai vu mon père accompagner beaucoup de personnes.

Ça fait dix-sept ans que je suis paramédic. J'ai accompagné, j'ai aidé des gens, pas seulement comme paramédic. C'est pas juste de donner des soins. Quand on va quelque part, il ne faut pas oublier que c'est le drame de leur vie. C'est peut-être la pire journée de leur vie d'appeler l'ambulance.

Voilà le petit bout de mon expérience.

À vous trois, merci beaucoup d'avoir accepté de donner cette entrevue avec beaucoup d'authenticité et de générosité. Nous connaissons un peu mieux votre profession, vous qui, d'une certaine façon, faites partie de l'équipe des soins palliatifs. Lorsqu'on «appelle l'ambulance», ce n'est pas d'abord un véhicule qui arrive, mais des personnes comme vous qui accompagnent une personne dont nous voulons prendre soin. Nous prenons alors le relais.