

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActual DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil

Dr François Croteau

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal;

Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;

Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dre Johanne Blais

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;

Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;

Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur

Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec; Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;

Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.



Dre Francine Léger

Médecin de famille;

Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;

Service de périnatalité du CHUM.



Dre Diane Poirier

Médecin, M.Sc.;

Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska; Chargé d'enseignement clinique à l'Université de Montréal;

Membre du comité de FPC de l'AMLF.



Dialogue au rendez-vous

Soigner la souffrance : la communication, un incontournable

par Claude Richard* et la Dre Marie-Thérèse Lussier**

Dans cette chronique, nous discutons de la souffrance. Pour ce faire, nous vous présentons un ouvrage consacré à une approche de la souffrance en médecine du Dr Serge Daneault, MD, Ph. D., qui exerce en soins palliatifs au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Son volume *Souffrance et médecine*, publié aux Presses universitaires de l'Université du Québec à Montréal en 2006, se veut une réflexion nourrie à la fois de ses nombreuses années de pratique clinique en soins palliatifs et des résultats de recherches qu'il a menées avec son équipe de chercheurs dans ce domaine.

Depuis une vingtaine d'années, de nombreux protocoles de soins ont été mis au point dans le but d'assurer la maîtrise de la douleur chez les patients. De plus, différents tabous qui freinaient l'usage optimal des moyens de maîtriser la douleur ont disparu. Si le milieu médical est de plus en plus familier avec la douleur et son traitement, il l'est moins avec le concept de la souffrance qui englobe la douleur, mais aussi la dépasse en incluant des facteurs psychologiques et psychosociaux. Considérer l'expérience de la souffrance suppose que l'équipe de soins prenne en compte le point de vue du patient.

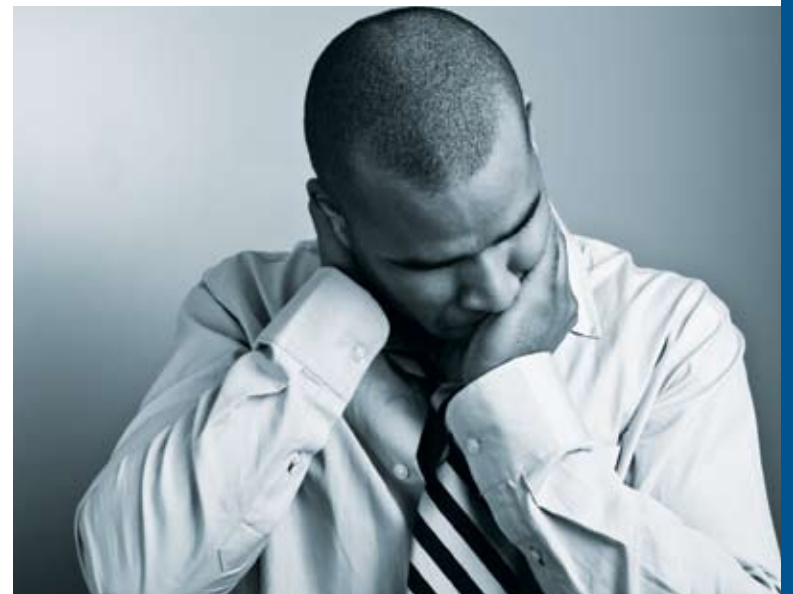
La souffrance

La souffrance peut être issue de la compréhension du patient de sa maladie, de l'impact de sa maladie sur sa vie, de la modification de son rôle social et de la modification de ses relations avec ses proches. Dans les cas de maladies fatales, le patient doit faire le deuil de ses espoirs, de ses projets pour l'avenir. C'est son identité même qui se trouve modifiée par la maladie et son image de lui-même est altérée de manière définitive. Ainsi, la personne forte, sur laquelle on pouvait compter, la personne qui prenait soin des autres, qui subvenait aux besoins de la famille n'est plus. Il n'y a pas d'autres options pour la personne atteinte d'une maladie fatale que de vivre ce deuil. Cependant, qui est-elle maintenant? Comment peut-elle entrer en relation avec les autres? Elle qui est déjà symboliquement

décédée, qu'y a-t-il à dire quand la vie se retire peu à peu? On parle déjà de soi au passé. Comment peut-elle vivre un présent sans avenir, un présent qui n'a qu'un passé pour lui rappeler qu'elle est encore une personne?

Traditionnellement, les religions chrétiennes présentent la mort comme un passage qui mène vers la vie éternelle, la seule qui compte vraiment. Les bouddhistes proposent plutôt l'abandon du désir et le détachement pour se libérer de la souffrance. Cette dernière solution, si on y arrive, a le mérite de libérer l'individu de son passé, de ses désirs, aspirations et autres considérations sur ce qu'il devrait être, mais ne sera pas. Le bouddhisme, contrairement à la tradition chrétienne, se préoccupe principalement du soulagement de la souffrance et non de la vie éternelle.

Le médecin vit dans un monde gouverné par une certaine rationalité lorsqu'il s'agit de la maladie. Pour le patient cependant, les choses se présentent différemment. Ainsi, le patient n'est habituellement pas serein par rapport à sa maladie, à tout le moins à ses débuts. Il peut vivre de la colère, de la révolte qui sont prévisibles même si le « bon sens » nous dit qu'il est inutile de se révolter. Pour le patient, l'apparition de la maladie, surgie de nulle part, est de l'ordre de la magie. Si l'apparition de la maladie se fait de cette manière, il n'y a pas de raisons de croire que sa disparition ne se fera pas de la même manière. Ce serait une des raisons pour lesquelles certains patients croiront jusqu'à la dernière minute qu'un mira-



Pour le patient, l'apparition de la maladie, surgie de nulle part, est de l'ordre de la magie. Si l'apparition de la maladie se fait de cette manière, il n'y a pas de raisons de croire que sa disparition ne se fera pas de la même manière.

de peut se produire et qu'ils seront guéris contre toute attente. Il est normal que le rapport à son médecin se teinte aussi de cette magie et qu'ils attendent des miracles de ce dernier.

Le patient souffrant aura tendance à se retirer, à s'isoler. La raison invoquée pour se retirer est souvent une perception de fatigue, de perte d'énergie. Cette fatigue est aussi perçue comme une forme de vieillissement prématuré. La fatigue change complètement le quotidien du patient sur les différentes dimensions mentionnées précédemment: il n'a plus de projets, plus envie d'entreprendre quelque chose de nouveau, il se perçoit comme sans énergie et dans ce sens « séparé » des autres qui continuent leur vie. Il s'isole, ne pouvant plus participer à

des activités avec ses amis et parents. Seulement soutenir la présence de l'autre peut être perçu comme un effort dépassant ses capacités. Cette situation est génératrice d'anxiété, de découragement et d'isolement. L'isolement que le patient a laissé s'installer, et a parfois souhaité, est difficile à briser entre autres parce qu'il a honte de souffrir, de montrer de la faiblesse et, parfois, même de la résignation. Dans notre culture, qui valorise l'initiative, le courage, la combativité et même une certaine dose d'agressivité, montrer de la faiblesse et de l'impuissance peut certaine-

Objectifs pédagogiques

- Sensibiliser à la nature multifactorielle de la souffrance chez les patients atteints de maladies fatales.
- Suggérer des stratégies communicationnelles de base pour soulager la souffrance.

Mots-clés

Souffrance, douleur, communication.

* Ph. D., membre associé de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

** MD, M.Sc., FCMFC, professeur agrégé, département de médecine familiale de l'Université de Montréal; membre de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

Le Plan de DPC en questions

➔ Cette semaine

4. Comment concilier Plan de DPC du CMQ et compétences transversales? page 25

Quelques stratégies communicationnelles utiles pour atténuer la souffrance du patient


- Prendre le temps de s'asseoir
- Parler clairement sans parler crûment
- Contrôler le débit : parler plus lentement
- Éviter le jargon
- Privilégier des phrases courtes
- Offrir des explications simples
- Vérifier la compréhension des explications
- Créer des espaces communicationnels (des pauses) permettant au patient de parler
- Prendre le temps d'écouter
- Faire des énoncés de soutien

ment être perçu comme honteux. Le patient dans cette situation n'est déjà plus tout à fait membre de la même société que ses proches et amis, il se considère un peu comme un paria.

Le Dr Daneault présente trois caractéristiques principales de la souffrance :

- ▶ Être violenté
- ▶ Être privé en même temps que submergé
- ▶ Être dans l'appréhension

Être violenté

C'est l'aspect choquant, c'est l'agression subie par le patient. L'annonce est perçue comme un coup, comme une brutalité. Brusquement, le monde n'est plus le même, la vie n'est plus la même et l'avenir vient de disparaître. Ce choc peut entraîner une forme de KO psychologique qui peut durer plusieurs heures ou jours. Une fois le choc passé, on peut assister à d'autres réactions comme l'incrédulité ou le déni, la tristesse ou le stoïcisme.

Être privé en même temps que submergé

Il y a d'abord une perte, le patient est irrémédiablement diminué, le corps ne répond plus, le travail devra être arrêté. Il ne sera plus un membre actif et productif de l'ensemble familial et social, en même temps qu'une nouvelle réalité s'impose, réalité qu'il doit appréhender dans toutes ses dimensions. De plus, l'exploration de cette nouvelle réalité, multidimensionnelle, doit composer avec la nécessité de prendre un ensemble de décisions sur la façon dont devra se faire le suivi thérapeutique.

Être dans l'appréhension

Une nouvelle vulnérabilité se révèle. Elle peut générer de la peur : peur de mourir, de souffrir, de ne plus savoir qui il est, de ne pas savoir ce qui va arriver, de se retrouver à la merci du hasard, de son corps en folie, de ses cellules suicidaires sur lesquelles il ne peut

exercer aucun contrôle. Peur issue de la perte de tout contrôle sur sa vie. Peur que son avenir ne soit qu'une accumulation de souffrances ne débouchant que sur la mort et l'inconnu.

Les implications pour le personnel soignant

Si les soignants désirent atténuer les souffrances, au-delà de la douleur, ils

doivent donc se préoccuper du sentiment du patient de subir une violence, d'être dépossédé d'une partie de soi, d'être dépassé par les événements et d'être envahi par la peur. Ne pas se préoccuper de ces aspects peut contribuer à l'augmentation de la souffrance du patient. La froideur, le manque de tact et la précipitation sont perçus comme une violence supplémentaire faite, cette fois, par le soignant.

Le temps clinique disponible est, nous le savons, toujours limité. Pour une même durée de contact entre le professionnel et le patient cependant, il est possible pour le soignant de structurer la rencontre et d'y donner un ton qui contribuera à la perception, par le patient, d'avoir été entendu et compris. La majorité des patients ont intériorisé une « norme implicite » de la durée permise des consultations avec le médecin et ne s'attendent pas à passer de longs moments avec lui. En fait, la plupart des patients ont une conscience aiguë que le professionnel est pressé par le temps, qu'il doit voir de nombreux patients aussi malades que lui et ils ne veulent pas abuser de sa disponibilité. Le tableau I rapporte quelques stratégies communicationnelles qui peuvent guider le clinicien dans ses tentatives de réduire la souffrance.

Il est également important d'aider le patient encore sous le choc de la nouvelle à structurer sa vie en lui donnant déjà une idée des prochains gestes qu'il aura à poser et comment il sera guidé dans ses démarches de soins.

Un défi important pour le soignant dans le contexte médical est donc de se comporter de manière à ce que le patient se sente toujours une personne, non un cas ou un objet que l'on traite selon le protocole pour cette sorte d'objet. Être compétent et humain n'est pas incompatible. Il est certain que faire preuve d'ouverture peut être perçu comme très coûteux pour un spécialiste, qui déjà arrive à peine à répondre à la demande. Surtout que pour le patient, la démarche est ponctuée d'hésitations, de contradictions avec lui-même et de doutes. Ajoutez à cela que le patient atteint d'une maladie grave redoute le jour où le médecin lui annoncera qu'il n'y a plus rien à faire, que tous les moyens ont été utilisés. Cette nouvelle sera, selon le Dr Daneault, vécue comme un abandon, un abandon final, qui vient souvent s'ajouter à tous les petits abandons de ses amis et de ses proches, tous trop pris par la vie. Dans ces moments, on a peu à offrir si ce n'est qu'un peu d'écoute et de compassion.

Si on définit la souffrance comme une expérience psychologique, existentielle et sociale, il en découle que le médecin n'est pas le seul intervenant qui peut la soulager. Bien que le contexte médical s'y prête souvent mal, les proches et les amis du patient peuvent être des alliés pour atténuer sa souffrance. Ils devraient pouvoir jouir d'un accès particulier à l'information de manière à suppléer aux soignants qui ne peuvent accorder tout le temps souhaitable.

Pour illustrer ce besoin d'écoute et de compassion, voici un extrait du volume du Dr Daneault :

Céline

« Quand on est malade, on a tellement besoin de ... des fois, c'est deux minutes de plus d'écoute, mais intenses. Ce n'est pas la longueur, c'est l'intensité de la personne qui nous fait comprendre qu'elle comprend notre souffrance. C'est une phrase, quelques mots, des fois même, c'est juste un geste. Juste te prendre la main, la taper, ou l'épaule, avec le regard franc, juste ça. La personne repart, pis là tu fais "Ouf, j'ai été compris, comme ça fait du bien..." Et c'est pas des choses qui vont prendre trois heures. Parce que l'on sait que le milieu hospitalier, ils vont dire qu'ils n'ont plus le temps, qu'ils sont surchargés, on le comprend. Mais ça, ces petits gestes-là, c'est 30 secondes, 45 secondes, une minute, c'est si peu... »

Présenté de cette manière, en effet, c'est si peu. Pourtant, malgré tous les efforts consentis par le système de santé depuis les années 1970 pour organiser et humaniser les soins aux personnes atteintes de maladies fatales, il persiste encore, du point de vue des patients atteints, des lacunes significatives dans les soins prod-

gués. Une attention plus marquée à la qualité des interactions usuelles avec ces patients pourrait contribuer à soulager, nous croyons, une partie de la souffrance inévitable associée au processus de la fin de la vie.

As-tu deux minutes??? Pour prendre soin de mon âme... ■

Référence

Daneault S, Lussier V, Mongeau S (2006). *Souffrance et médecine*. Montréal, Les presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société.

Le Plan de DPC en questions

4. Comment concilier Plan de DPC du CMQ et compétences transversales ?

Question : Dre Pauline Desrosiers, réponse : Dr Roger Ladouceur*

Le contexte

Le 24 janvier 2007, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a décidé :

- « d'adopter le Plan d'autogestion de développement professionnel continu (DPC) comme outil du maintien de la compétence des médecins »;
- « de rendre disponible aux médecins toute l'information pertinente à la réalisation de leur plan de DPC ».

Question

Je suis médecin administrateur et je n'exerce plus la médecine. Est-il nécessaire que j'adhère au Plan d'autogestion de DPC du CMQ? J'ai un confrère qui se pose la même question puisqu'il ne fait que de la recherche. Sommes-nous tenus d'adhérer à ce plan ou à un tout autre programme de DPC? Si oui, comment devrions-nous procéder?

Réponse

Si vous êtes membre actif du CMQ et désirez conserver votre permis de pratique, vous devriez adhérer à un plan de DPC. Pour ce faire, vous pouvez utiliser le Plan d'autogestion du CMQ, le PADPC de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou tout autre plan d'autogestion approuvé. Vous pourriez aussi choisir le Programme du maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirur-

giens du Canada (CRMCC) ou le Programme du maintien de la compétence professionnelle (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui sont tous les deux reconnus par le CMQ.

Ces trois programmes présentent quelques différences. Les programmes du CMQ et de la FMOQ sont basés essentiellement sur une démarche réflexive structurée en fonction de vos besoins de DPC, alors que ceux du CMFC et du CRMCC ont en plus des exigences quant au nombre minimal et au type de crédits. Ainsi, le CMFC exige de ses membres qu'ils soumettent un total de 250 crédits aux 5 ans. Au moins 125 de ces crédits doivent provenir d'activités de FMC approuvées (Mainpro-M1 et/ou Mainpro-C). Les autres peuvent être des activités de DPC non approuvées (crédits Mainpro-M2). Au Collège royal, les associés sont tenus d'obtenir au moins 40 unités de formation de

développement professionnel continu chaque année et au moins 400 unités par cycle de 5 ans dont un maximum consacrées aux activités individuelles non accréditées.

Au CRMCC, on recommande que le médecin acquière et maîtrise un ensemble d'aptitudes qualifiées de compétences transversales: Expert médical, Communicateur, Collaborateur, Gestionnaire, Promoteur de la santé, Érudit et Professionnalisme.

Ainsi, à titre d'administrateur on s'attend à ce que vous puissiez :

- ▶ Participer à part entière à la vie d'organisations prodiguant des soins de santé où vous gérez des pratiques durables;
- ▶ Prendre des décisions au sujet de l'affectation des ressources;
- ▶ Contribuer à l'efficacité du système de santé.

Pour votre confrère chercheur, l'objectif est le suivant :

- ▶ Démontrer un engagement permanent à l'égard de l'apprentissage réfléchi, de la création, de la diffusion, de l'application et de la transposition des connaissances médicales.

Des attentes distinctes sont établies pour les autres compétences transversales.

Le Plan d'autogestion de DPC du CMQ reconnaît la spécificité de pratique de chaque médecin et leur propose une démarche réflexive basée sur celle-ci, structurée en cinq étapes :

1. Mon exercice professionnel actuel
2. Mes objectifs
3. Mes activités de DPC et leur impact sur ma pratique
4. Ma réflexion à la fin du cycle et mon réajustement
5. Ma synthèse annuelle des activités de DPC.

Si vous exercez essentiellement à titre de gestionnaire ou ne faites que de la recherche ou votre pratique présente d'autres spécificités, il est bien normal que votre plan de DPC vise spécifiquement ces champs de la médecine. Le Plan de DPC du CMQ reconnaît ces particularités puisqu'il s'agit d'un plan d'autogestion. ■



COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Le Plan d'autogestion de DPC est accessible sur le site Internet du CMQ. <http://www.cmq.org/>

L'atelier « Le Plan de DPC du CMQ » est disponible sur demande.

Pour information supplémentaire :

*Roger Ladouceur, MD
Médecin responsable du Plan d'autogestion du Développement professionnel continu (DPC)
Collège des médecins du Québec
Téléphone : 514 933-4441 poste 5296
Sans frais : 1 888 633-3246
Télécopieur : 514 933-4668
Courriel : rladouceur@cmq.org

Messages-clés

- Tout médecin en exercice devrait adhérer à un plan de DPC.
- Le plan d'autogestion de DPC du CMQ n'est pas le seul reconnu par le CMQ.
- Vous pouvez aussi utiliser le PADPC de la FMOQ ou tout autre plan d'autogestion approuvé, ou bien les programmes du CMFC ou du CRMCC.