

Action

Canada • France

DOSSIER INDUSTRIE DE LA SANTÉ

◆
CCFC INFOS

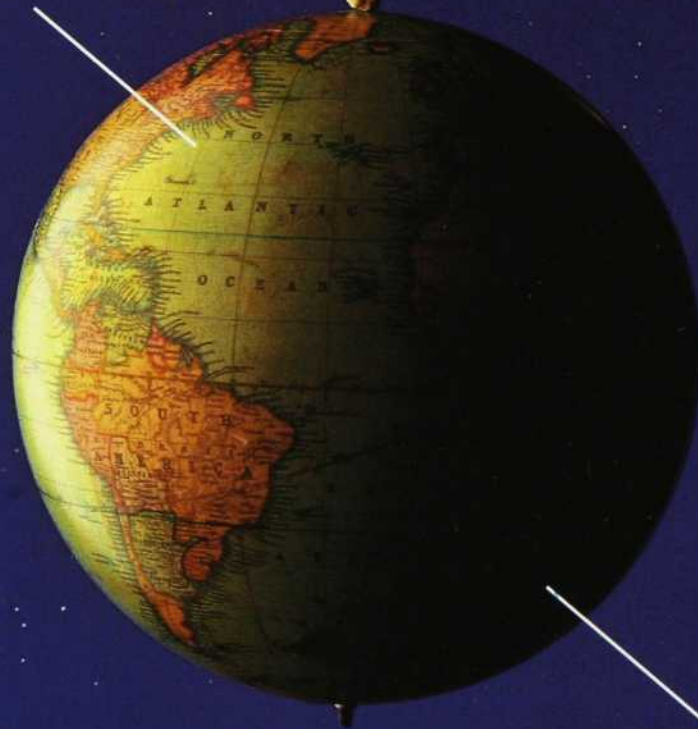
◆
INDICATEURS ÉCONOMIQUES

◆
CONJONCTURE ÉCONOMIQUE

◆
CHRONIQUE JURIDIQUE



Equipe de jour.



Equipe de nuit.

Nos équipes, présentes dans 80 pays,
vous accompagnent dans votre développement.



CREDIT LYONNAIS CANADA

N'ayant plus du tout les moyens de leurs politiques généreuses d'hier, les pays qui se sont dotés d'un système de soins de santé « universels » se trouvent aujourd'hui plongés dans une remise en cause fondamentale. C'est l'heure du réveil brutal et, par conséquent, celui des choix.

Que ce soit en France, où le déficit de la Sécurité Sociale atteint des profondeurs abyssales ou bien au Canada qui flirte dangereusement avec une énorme dette et annonce des coupures budgétaires draconiennes, des changements majeurs et rapides s'imposent.

Mais comment mettre en place des réformes efficaces et réduire les coûts sans pour autant affecter l'accessibilité aux soins de santé et diminuer la qualité des services ?

Est-ce la quadrature du cercle ou bien l'occasion d'appliquer des méthodes et des concepts novateurs ? Gestion adaptée, technologies nouvelles, concept ambulatoire, privatisation... Voici des solutions positives qui méritent d'être sérieusement étudiées à leur juste valeur.

P.S. : Au nom des membres du Comité des publications, je tiens à remercier nos fidèles lecteurs et annonceurs et à leur présenter mes meilleurs vœux pour l'année 1996.

ÉDITORIAL

The spendthrift days of yesterday are gone. Today, countries who developed a "universal" health care system are forced to rethink their position. The time has come to face new challenges and difficult choices.

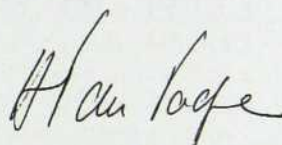
Whether it be in France, where Social Security deficits have reached staggering heights or whether it be in Canada which is playing with a huge debtload and has announced deep budgetary cuts, rapid changes are imperative.

How can effective cost cutting measures be taken while still providing high quality health care to all?

Is this an attempt to put a square peg in a round hole, or is it an opportunity to think outside the box and come up with innovative solutions?

Innovative management skills, new technology, ambulatory services, privatisation... these are all solutions to be objectively examined.

P.S. In the name of all the members of the publication committee, I would like to thank all of our faithful readers and sponsors and wish them a happy new year.



Jean-François Pichard du Page

ACTION CANADA-FRANCE

Président du comité des publications de la C.C.F.C. :
Jean-François Pichard du Page

Comité des publications de la C.C.F.C. :
**Roger Béland
Jérôme Darder
Guy Joly
François Jonathan
Alain Lellouche
Michel Lemoine
Laurent Marchal
Jack Pillain
Louis Rogerge
Geneviève de la Tour Fondue-Smith
Thierry Vourch**

Président de la C.C.F.C. :
Pierre L. Lapointe

Directeur Général de la C.C.F.C. :
Olivier Lepar

Fondateur :
Bertrand Namy

Régie publicitaire et coordination :
**Patrick Laurencier
360, rue Saint-François-Xavier
Montréal (Québec) H2Y 2S8
Tél. : (514) 281-1246**

Correspondante en France
Alexandrine Le Houerou

Conception graphique et réalisation
Québecor

Distribution :
Traitement Postal 2000/LMPI

Photographie couverture : Luc Lauzière, Hôpital Notre-Dame

ACTION CANADA-FRANCE, dont les antécédents remontent en 1886, est publié 4 fois par an par « Revue Action Canada-France Inc. », 560, rue St-François Xavier, 1^{er} étage, Montréal (Québec), Canada H2Y 2S8, Téléphone : (514) 281-1246. Envoi de publication : Enregistrement n° 3700. Dépôt légal : Bibliothèque Nationale du Québec. Numéro de l'ISO (Organisation Internationale de normalisation) : CN 0518-7306.

Les articles qui paraissent dans Action Canada-France sont publiés sous la responsabilité exclusive de leurs auteurs. Toute reproduction de tout ou partie d'un article n'est permise que sur autorisation et doit porter la mention habituelle « Reproduit de la revue Action Canada-France ». La revue Action Canada-France est répertoriée dans l'Argus des Communications et dans le Card.

Parution : 4 numéros par an

Tirage : entre 4 500 et 6 000 exemplaires.

Nombre de lecteurs approximatif : 20 000 (très ciblés)

Cible-type : chefs d'entreprise, cadres supérieurs, fonctionnaires, hommes et femmes d'affaires, professionnels et professionnelles.

Repartition de diffusion : 65 % au Canada,

35 % en France et reste du monde.

Lecteurs : ♦ membres de la Chambre de Commerce Française au Canada, par abonnement. Montréal, Toronto, Québec, Calgary, Vancouver

♦ réseau des Chambres de Commerce Françaises en France et à travers le monde

♦ réseau des postes économiques Français au Canada et à travers le monde

♦ Consuls et Ambassades de France

♦ organismes publics et para-publics canadiens et français

Diffusion : ♦ par abonnements au Canada et en France

♦ en kiosques (Maisons de la Presse Internationale à Montréal, Québec, Ottawa et Toronto)

♦ direct dans plusieurs grands hôtels de Montréal, salons

d'embarquement de compagnies aériennes, banques françaises

♦ nombreuses sociétés en France et au Canada

REMERCIEMENTS

Les membres du comité des publications tiennent à exprimer à Monsieur Jacques Renaud leurs vifs remerciements pour sa contribution à ce numéro d'Action Canada-France dont il s'est fait le rédacteur en chef occasionnel... M. Jacques Renaud a fait ses études en psychologie. Il a débuté sa carrière en tant que conseiller aux programmes à la direction de l'Agrément du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux.

Il a œuvré, par la suite, dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec en réadaptation pour handicapés intellectuels, aux services communautaires, dans les services de première ligne, à la prévention et aux services aux personnes en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en milieu institutionnel.

Ces expériences de travail ont été acquises en milieu isolé, rural et urbain. Cela lui a permis de développer une sensibilité aux caractéristiques locales et régionales.

M. Renaud est actuellement directeur général de l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, organisme qui regroupe 96 établissements de santé dont la majeure partie est des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Son rôle consiste, en accord avec le Conseil d'administration, à assurer un mouvement associatif efficace. Avec l'équipe de permanents, il maintient les relations avec les partenaires, prépare les négociations contractuelles avec l'État et y participe. Il occupe ce poste depuis 4 ans.





NOTRE MARCHÉ: LE MONDE.

NOTRE STATUT :

- 17^e plus grande banque au monde
- 5^e plus grande banque en Europe
- 1^{er} groupe bancaire privé français

NOTRE COTE DE CRÉDIT :

- Aa2 (Moody)

NOTRE EXPERTISE :

- Produits de trésorerie (swaps, options, change, FRA, etc.)
- Financement de projets et financements structurés
- Financements documentaires
- Crédits d'équipement et crédit-bail
- Courtage de valeurs mobilières (actions et obligations) par SOCIETE GENERALE VALEURS MOBILIERES INC.
- Courtage de « futures » par FIMAT PRODUITS DERIVES CANADA, Inc.
- Etc.

NOTRE TERRITOIRE :

- La planète



SOCIETE GENERALE (CANADA)

CONJUGUONS NOS TALENTS.

MONTRÉAL: (514) 861-6000

QUÉBEC: (418) 529-4504

TORONTO: (416) 364-2864

S O M M A I R E

1 éditorial

4

Dossier Industrie de la santé

- À l'heure des changements -4
- La réforme québécoise de la santé
et des services sociaux -5
- Health Care in Ontario -7
- La santé en France -10
- En santé au Québec : un service axé sur le client -15
- La santé malade de son succès -18
- Système de santé public et
assurance privée au Canada -20
- 1995 : l'année Pasteur -22
- Système de santé canadien : ses particularités
par rapport au système de santé français -24
- Managed Care in Ontario -26
- Stratégie, organisation et nouvelles technologies -30

La crise des systèmes de santé
et le rôle des nouvelles technologies -32

La sous-traitance des services d'hôtellerie
en milieu hospitalier -35

Des nouvelles technologies à l'écoute des patients -41

43

CCFC infos

- Événements CCFC -43
- Nouvelles de la section Toronto -44
- Nouvelles de nos membres -45

46

Indicateurs économiques

47

Conjoncture économique

48

Chronique juridique

Le prochain numéro d'Action Canada-France aura pour thème L'ENVIRONNEMENT. Pour vos annonces ou vos articles contactez Patrick Laurencier au (514) 281-1246

*Hôtellerie
en
milieux
de
santé*



NOTRE MÉTIER - VOUS SERVIR

- Vous aider à maîtriser les dépenses d'hébergement des bénéficiaires.
- Vous écouter et vous proposer des solutions personnalisées, adaptées à vos attentes.
- Vous accompagner vers les défis technologiques futurs en innovant en permanence.
- Vous permettre d'offrir la meilleure qualité de bien-être à vos patients et personnes âgées.

SERVICE ALIMENTAIRE

GESTION

CONSULTATION

Sodexho
CANADA

774, rue Saint-Paul ouest
Montréal (Québec)
H3C 1M5
Tél.: (514) 393-6000

À l'heure des CHANGEMENTS

À l'instar de plusieurs pays d'Occident, le Canada, comme la France, est obligé de repenser son système de santé en fonction des nouvelles réalités. Parmi les facteurs qui appellent les changements, nous citons le vieillissement de la population, les questions bioéthiques, les nouvelles technologies et surtout, la crise financière qui n'épargne personne.

Au Canada, les provinces doivent respecter cinq principes enchâssés dans une loi soit l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la « portabilité » (portability) et une administration publique. Il semble que ces principes ne seront pas modifiés même si le gouvernement canadien a annoncé une réduction graduelle des paiements de transfert aux provinces.

En plus d'adhérer entièrement aux principes canadiens, le Québec s'est donné, en 1992, une politique de santé et bien-être, suivant ainsi le mouvement international amorcé par l'Organisation Mondiale de la Santé partout en occident. Une des trois convictions énoncées

Jacques Renaud
Directeur général
ACHAP (Association des centres
hospitaliers et des centres d'accueil
privés du Québec inc.)

dans la politique, est « la santé et le bien-être de la population est a priori un investissement pour la société ».

Ces caractéristiques identifient bien les valeurs des sociétés canadiennes et québécoises. Mais, à la lumière des nouvelles

réalités financières ou démographiques, saurons-nous apporter les changements nécessaires pour réussir à maintenir une qualité de notre système de santé? Devrons-nous faire appel de façon plus importante au secteur privé comme l'ont fait d'autres pays? Le système français peut-il être un modèle pour le Canada? Saurons-nous utiliser adéquatement la technologie de pointe tout en sauvegardant une certaine équité? Pourrons-nous conserver le sens humanitaire dans les soins prodigués?

Plusieurs auteurs impliqués dans le secteur de la santé et des services sociaux ont réfléchi, chacun à leur manière, sur ces questions. Sans prétendre apporter des réponses, nous espérons que ces articles alimenteront vos propres réflexions ♦



GRUPE IST INC.

L'AVENIR DE L'INFORMATIQUE DANS LE MONDE DE LA SANTÉ

Le secteur de la santé est confronté à la nécessité de se réorganiser en profondeur afin de répondre aux besoins croissants de la population, et ceci dans un contexte économique difficile.

Chef de file dans le domaine des technologies de l'information, le *Groupe IST, division Santé*, s'est donné pour mission d'aider ses clients de la santé à atteindre cet objectif et à apprivoiser une technologie en constante évolution, en leur offrant des solutions et des services adaptés à leurs besoins, tels que :

- *MédiSolution* : la solution client-serveur, un ensemble de progiciels (médico-administratifs, cliniques, financiers, paie, ressources humaines);
- *MédiData* : un outil d'aide à la décision;
- *MédiServices* : un ensemble de services à valeur ajoutée (impartition, intégration, technologie du document).

Le *Groupe IST* est partenaire dans le projet *Sidoci*, pour la livraison et la commercialisation de *MédiVision*, un systèmes d'information clinique multidisciplinaire centré sur le patient.

Laissez-nous vous guider sur la voie de l'avenir !

La réforme québécoise DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Il faut remonter au milieu des années 1980 pour comprendre les enjeux actuels de notre régime de services de santé et de services sociaux. Nous liions ces deux composantes — la santé et le bien-être — parce que le système québécois présente incidemment cette particularité de placer sous une même activité, au sein d'un réseau intégré, les services de santé et les services sociaux. Une originalité — parmi bien d'autres — qui nous est propre à l'échelle canadienne.

Le système québécois des services de santé et des services sociaux forme en fait une structure à trois paliers. Le premier est représenté par les établissements — près de 700 établissements offrent des services de santé et des services sociaux dans quelque 2000 centres des services —, le second, par les régies régionales qui sont les maîtres d'œuvres de la coordination et de l'organisation des services sur leur territoire, et le troisième, par le Ministère, chargé pour sa part de la planification, de la coordination d'ensemble, du soutien aux régions et de la régulation du système. Un rôle qui l'amène désormais à agir en amont par la définition des orientations et des politiques et, a posteriori, par l'évaluation des résultats. Notons également que les organismes communautaires jouent un rôle de premier plan auprès de plusieurs clientèles. Plus de 2000 d'entre eux sont subventionnés par le Ministère s'ils ont une mission nationale ou par les régies régionales de la santé et des services sociaux pour leur action dans les milieux de vie.

Nos services de santé et nos services sociaux sont financés essentiellement par l'État, à même ses revenus généraux. La

Luc Malo
Sous-ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux du Québec

part du financement public dépasse dans les faits les trois quarts des coûts globaux, une proportion légèrement plus élevée que la moyenne canadienne.

LA RÉFORME DE 1990

Soutenu par les travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon), le Québec a entrepris en effet, au milieu des années 1980, de réviser sa stratégie en matière de santé et de bien-être. Cette révision a d'abord conduit à concevoir une politique d'ensemble qui propose de replacer la santé et le bien-être au cœur de tous les secteurs de la vie collective. Elle a également permis d'adapter et de réorganiser le réseau de services, en même temps qu'elle a entraîné une véritable régionalisation.

La politique de la santé et de bien-être fixe au système des objectifs précis qui orienteront désormais toutes

La maîtrise des intangibles

LEGER ROBIC RICHARD *Avocats*

ROBIC *Agents de brevets
et marques
Protection des
droits de propriété
intellectuelle*



55 St-Jacques, Montréal
(Québec) H2Y 3X2
Téléphone : 98ROBIC
Fax : (514) 845 7874

ses activités. Dans les faits, elle substitue à l'obligation de se doter de moyens — offrir des services de qualité, accessibles et continus —, qui a traditionnellement guidé l'organisation et le fonctionnement du système, l'obligation d'obtenir des résultats en ce qui concerne la santé et le bien-être de la population. Il s'ensuit une réorientation des efforts en faveur de la prévention, du renforcement du potentiel des personnes et du développement d'environnements sains et sécuritaires. La réforme du début des années 1990 a également conduit à la réorganisation du réseau de services. Un grand objectif l'a orientée: placer la personne au centre des préoccupations. Cet objectif a mené les responsables de la réforme à préciser et à élargir les droits de l'utilisateur, à mettre en place des mécanismes efficaces de traitements des plaintes, à améliorer l'accès aux services, à rapprocher les centres de décision de l'action, et à accorder une place centrale aux représentants de la population au sein des instances régionales et locales.

LES ENJEUX ACTUELS

Aujourd'hui, à la faveur des nouvelles technologies

dans tous les domaines de l'activité médicale et hospitalière, le Québec — à l'instar de la plupart des pays industrialisés — peut encore améliorer la performance globale de son système de santé et de services sociaux. Il doit plus spécifiquement réévaluer ses modes d'intervention en privilégiant les solutions les moins coûteuses et les plus efficaces, tout en gardant comme objectif la diminution des problèmes constatés. Cette exigence constitue sans aucun doute l'enjeu le plus important des années actuelles.

Une approche de prévention et promotion, agissant sur les déterminants de la santé et de l'adaptation sociale, constitue un élément essentiel de cette transformation au même titre que la chirurgie d'un jour, la médecine de jour et les soins et services à domicile.

L'évolution démographique et l'émergence de problèmes sociaux tels l'itinérance, la violence et le sida commandent cette transformation. Le développement des technologies médicales et l'évolution des pratiques professionnelles la rendent possible; les contrôles économiques et budgétaires la rendent urgente et impérative ♦

TV5, UN MONDE SANS FRONTIÈRES



TV5
LA TÉLÉVISION
INTERNATIONALE

Avec des émissions provenant de tous les pays francophones, diffusée dans tous les pays francophones ou francophiles, TV5, la Télévision internationale, offre une ouverture sur un monde sans frontières, en français.

Le monde de l'information immédiate sur les événements qui font l'actualité.

Le monde de la culture universelle où brillent les idées qui préparent demain.

Le monde du spectacle qui réunit la grande famille des artistes internationaux.

Le monde en français, à TV5, câble 15*.

* Peut varier. Consultez votre câblodistributeur.

Health Care in ONTARIO A System in Transition

An air ambulance brings a badly injured forestry worker out of the bush to a regional trauma centre. A woman in a downtown birthing centre opens her arms

to accept the newborn child she's just delivered with the help of a midwife. An elderly gentleman rests in his living room while a visiting nurse explains his medication and checks the dressing on his leg. The demands on Ontario's health care system are as diverse as the people and as unpredictable as the landscape that makes up the province.

Ontario is Canada's most populated province and as such faces an array of challenges. Health care costs were trimmed by the ruling New Democratic Party during their five year mandate. Now the system faces deeper cuts under the newly elected Progressive Conservative Party. Among the challenges facing the new government is that of adapting to the changing health needs of the province while maintaining the quality of care with limited resources.

The Ontario government spent 17.4 billion dollars on health care in 1993-94, almost one-third of the province's budget. And spending in the area of health care has been increasing by 12% per year throughout the last decade. The last government stabilized costs in the early 1990's while the current government is promising even more cuts. Ontario has the second highest health care costs, next to Saskatchewan, in Canada. The province spent \$1,696.00 per resident in 1993-94.

Noteworthy is the shift in focus that's developed in the last few years. Although funding to hospitals and the Ontario Health Insurance Plan has been decreasing more money has been put into the area of community and public health and long term care. It's a policy change that funnels patients from high cost hospital beds to more moderately priced community care.

Publicly funded health care is a mainstay of Canadian public policy. The federal government provides funding to the provinces who adhere to the legal framework of the Canada Health Act. The act requires all provinces to provide comprehensive, universal, assessable and publicly administered health services. For Ontario that means the federal government pays for about one-third of the

Patrice Retour
Secrétaire général adjoint
AIPCR

province's health care costs. At one time the amount was more than half. With less money coming in, the provinces have all had to find ways to cut costs.

The shortfall in funding and changing demographics are two of the challenges facing Ontario. One major demographic trend is the aging population. By 2010 the number of people in Ontario 65 and over will be 68% higher than today. And since forty percent of the current health care budget is spent on the seniors who make up 10% of the population, the province has had to prepare for the health care needs of this growing segment of the population. More than one billion dollars goes to long term care. There are almost five hundred nursing homes and homes for the aged in the province. Rather than relying on long term institutional care the province is developing a system of community-based and home-based care. One program called Homemakers allows frail elderly and disabled people to stay in their home with care workers coming to them.

Another challenge facing the Ontario government comes from the remote northern regions of the province. The largest concentration of people is in the urban centres of southern Ontario. The rest of the province's land mass is sparsely populated, wide-spread and sometimes remote. Apart from regional hospitals the area is served by nursing stations and clinics. Patients who require specialized care must travel to larger centres. And those needing emergency help are taken out by air ambulances. There are 25 air ambulance bases spread across the north.

Ontario residents are covered for most health care costs under the Ontario Health Insurance Plan; a government subsidized and employer supported insurance system. Doctor's visits, hospital stays, surgery, x-rays and physiotherapy are among the services covered by the plan. Dental work, prescription drugs and eye glasses are not covered except by private insurance plans. OHIP also pays for some medical and hospital treatment received by Ontarians in other provinces or countries. Eighty percent of the \$4.7 billion OHIP spends goes toward physician's fee-for-service. There are approximately 20,000 doctors in Ontario who bill OHIP.

In an effort to reduce costs in 1994-1995 an agreement was reached with the Ontario Medical Association that payments to physicians would be fixed at \$3.8 billion. The deal ends in March of 1996. Ontario doctors have been at odds with the Ontario government for years over cuts in OHIP coverage and fees. The government is also controlling the number of doctors who practice in the province. Only doctors who graduate from undergraduate or post-graduate medicine programs in Ontario can set up practices. Doctors from outside the province or country can receive exemptions if they meet educational standards and agree to practice in underserved communities or in an area of medicine where their skills are needed.

The Ontario government also provides a Drug Benefit Program which pays for prescription drugs for more than 36,000 senior citizens, welfare recipients and patients in long term care facilities.

Ontario's 220 publicly run hospitals have been under siege for several years. Forty-two percent of Ontario's health care budget of \$17.4 billion goes to the hospitals. And they've been the focus of a number of controversial cuts. To eliminate duplication of services certain departments and hospitals have been closed. Another cost cutting measure has been to consolidate the way hospital supplies are bought and distributed. Ontario hospitals represent one of the largest purchasing groups in the world. And now they are buying many products as a single purchasing unit.

Another reform affecting hospitals has been the reduction of patients' stay. The average stay in hospital has decreased from 8.2 days to 6.5 days. Out-patient services have been increased by 10%. And almost 8,000 beds have been closed down.

Another innovation has been the expansion of Community Health Centres. These facilities rely on the skills of a variety of health care providers, one of which is a new category of nurse practitioner. These are Registered Nurses who receive advanced training in the treatment of common illnesses and injuries. These workers also fill a gap in care for remote areas where doctors are less available.

Ontario broke new ground last year with the certification of midwives and the establishment of three free-standing birthing centres. Ontario is the first Canadian province to register and recognize

midwives who provide prenatal, delivery and post par-

tum care to mothers and their babies.

The province has also recognized the need for abortion clinics which offer pregnancy testing, family planning counselling and birth control information.

Two years ago Ontario opened an HIV/AIDS centre at Toronto's

Wellesley Hospital which treats up to 1,000 patients a year. It also acts as a teaching facility for health care workers.

The Ministry of Health has also turned its attention to prevention with a public education program that emphasizes good nutrition, exercise, and the restriction of alcohol and tobacco use. One-third of Ontario adults are overweight and 18% have high blood pressure. So by promoting basic lifestyle changes it's hoped overall health could improve over the long term and health care costs could be reduced.

The province of Ontario has also launched tough anti-smoking legislation and public awareness campaigns on the health risks of smoking. The Tobacco Control Act makes it illegal to sell or supply tobacco to anyone under the age of 19.

Critics of Ontario's health care system say that the fringes of society are not being served among them the homeless and those living in remote areas. Some doctors complain that patients are being forced to leave hospital before they're ready and that the cost cuts will ultimately put a greater strain on the system. And for hospitals the toll has been even greater. Closures have meant not only losses in services and facilities but also losses in jobs. For the province — operating under increasing financial restraints — the overriding rationale has been to respond to the changing needs of the community without compromising the quality of care. And that has meant a shifting of resources and reallocating of health care dollars ♦

Statistical information obtained from:

- Ontario Ministry of Health Annual Report 1993-1994
- Meeting Priorities: Managing Health Care Resources 1994-1995
- A Healthier Ontario: Progress in the '90s

DE MAIN DE MAÎTRE...^{MC}

L'alliance tradition ~ innovation^{MC}

OGILVY
RENAULT
S.E.N.C.
AVOCATS

Montréal Ottawa Québec

OSLER RENAULT
Londres Paris
Hong Kong Singapour

SWABEY OGILVY RENAULT
Montréal Ottawa

© Ogilvy Renault, 1993

LA FACE DU MONDE ÉVOLUE

...et nous sommes fiers d'y contribuer!

Grâce à la recherche et au développement,
nous nous sommes taillé une place enviable
dans l'industrie pharmaceutique.

Chez Technilab, nous connaissons l'importance
de développer des médicaments
de haute qualité à des prix abordables.

Notre expérience et notre dynamisme sont garants
de notre évolution et de notre contribution
de premier plan pour la qualité de vie
de millions de personnes.

Trouver des solutions scientifiques
et des alternatives économiques,
voilà notre monde!



 **Technilab**

VOTRE PARTENAIRE POUR L'AVENIR!

La santé en FRANCE

Le système de santé français se caractérise par une offre de soins abondante et une couverture financière collective généralisée à l'ensemble de la population. Il fonctionne sous la tutelle de l'État, mais le secteur privé et le secteur public participent conjointement à la production et au financement des soins médicaux.

I. LES ACTEURS.

L'État intervient dans le processus de production et de financement des soins et exerce un contrôle sur les relations entre professionnels, malades et institutions de financement.

Au plan national, trois directions du Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie jouent un rôle essentiel dans la politique de la santé: il s'agit de la Direction Générale de la Santé, de la Direction de la Sécurité Sociale et de la Direction des Hôpitaux.

Au plan local, les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS) assurent le bon fonctionnement de la distribution des soins.

Les soins dispensés sont avec hébergement ou ambulatoires.

- Les hôpitaux publics ou privés, généraux ou spécialisés, de court, moyen ou long séjour, assurent principalement des soins avec hébergement. Ils sont contrôlés par l'État selon la Loi Hospitalière de 1991.

En 1992, la France disposait de 9,5 lits pour 1000 habitants dont les 2/3 dans le secteur public.

- Les établissements publics ont l'autonomie financière et administrative, sont sous tutelle de l'État et tous leurs employés sont des fonctionnaires.
- Les établissements privés assurant le service public hospitalier (PSPH) représentent 30% des lits du secteur privé. Ils ont les mêmes obligations que les établissements publics à savoir l'accueil de tous les malades en particulier en urgence.
- Le secteur privé, dans son ensemble, englobe des éta-

blissements de soins aigus, des établissements de moyen et long séjour et des établissements psychiatriques.

PEE de Montréal
Source:
Secrétariat d'État à la Santé
et à la Sécurité sociale

blissements de soins aigus, des établissements de moyen et long séjour et des établissements psychiatriques.

D'autres établissements, publics ou privés, assurent les soins des populations souffrant de handicaps moteurs ou mentaux. Ce sont les établissements à caractère sanitaire, les ateliers thérapeutiques, les centres spécialisés de cure et de traitement...

- Ce sont des professionnels libéraux qui assurent la plus grande part des soins ambulatoires ou à domicile. Néanmoins les malades peuvent aussi s'adresser à des consultations externes d'hôpitaux ou à des dispensaires.

La majorité des médecins ont une pratique libérale tandis que les autres sont salariés dans les hôpitaux publics, la recherche ou l'administration. Ils peuvent partager leur temps entre une activité libérale et salariée. En 1993, on comptait environ un médecin pour 370 habitants.

La médecine générale est majoritaire; elle regroupait 54% des médecins libéraux en 1991.

Les autres professionnels du secteur de la santé sont les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux pratiquant en hôpitaux ou en libéral, kinésithérapeutes...

Par ailleurs, les dispensaires et centres de soins s'adressent principalement aux malades ambulatoires et dépendent des municipalités. Ils proposent des soins généraux aussi bien que des soins spécialisés.

- La production de produits pharmaceutiques est le fait de 350 entreprises dont l'activité est réglementée par le code de la Santé Publique. Il existait en 1994, en France, 4 200 produits sous 8 200 présentations. Ces divers produits sont distribués aux pharmacies et aux hôpitaux par les grossistes répartiteurs.

Un autre élément de la plus haute importance, dans le secteur de la santé est la recherche. Les organismes remplissant cette mission relèvent du secteur public et du secteur privé.

Parmi les organismes du secteur public, citons l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), l'Agence du Médicament, le Centre pour l'Énergie Atomique (C.E.A.)...

Dans le secteur privé l'Institut Pasteur et l'Institut Curie ainsi que tous les laboratoires pharmaceutiques ont une activité de recherche.

Le dernier aspect méritant d'être précisé est la protection sociale contre la maladie à savoir l'Assurance Maladie.

La protection sociale est assurée principalement par l'Assurance Maladie, branche de la Sécurité Sociale, dispositif sous la tutelle de l'État. Les plus démunis peuvent bénéficier d'une prise en charge financière des soins par l'Aide Médicale, ou de soins donnés gratuitement par des associations caritatives.

En France, environ 99,8% de la population est protégée par l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie est gérée par différents régimes sur une base professionnelle: le régime général couvre les salariés du commerce, de l'industrie et leur famille, ainsi que les assurés volontaires, soit environ 80% de la population; il existe aussi la Mutualité Sociale Agricole pour 9% de la population (MSA) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions libérales pour 6%.

D'autres régimes spéciaux couvrent des populations particulières comme les étudiants, le clergé, les marins-pêcheurs...

Le régime général dépend de la Direction de la Sécurité Sociale. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est responsable de l'équilibre comptable général et assume des missions en matière de prévention d'accidents du travail et

d'action sanitaire et sociale.

Les Caisses Régionales et Primaires d'Assurances Maladie (CRAM et CPAM) gèrent l'Assurance Maladie au niveau local et assument le même type de tâches (prévention, action sanitaire).

Dans le cas du régime général, les ressources sont constituées par les cotisations patronales et salariales.

Globalement, les régimes de Sécurité Sociale couvrent près des 3/4 des dépenses médicales.

Pour faire face à une partie des sommes non prises en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale, un nombre croissant de personnes (87% en 1992), ont recours à des assurances complémentaires qui proposent des contrats variés.

Les groupements mutualistes, à but non lucratif, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance interviennent après le remboursement de la Sécurité Sociale.

En outre, le principe de l'aide médicale gratuite, est à l'œuvre depuis 1905. Selon la loi de 1992, toute personne résidant en France a droit à l'aide médicale pour les dépenses qu'elle ne peut supporter.

II. LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.

L'Assurance Maladie.

Les prestations servies par les différents régimes d'Assurance Maladie sont très proches. Tous assurent la couverture financière d'un large ensemble de services et de soins. Dans le cas des salariés, les prestations incluent une indemnité journalière compensant en partie la perte de salaire.

OLSY Transit International Itée

TOUTES DESTINATIONS : EUROPE, CANADA, USA
DÉMÉNAGEMENTS FRANCE-CANADA

- Votre déménagement à la carte
- Formalités de douane, assurance
- Transport aérien - maritime
- Groupages commerciaux (Départ hebdomadaire)
- Déménagement exclusif en conteneur privé
- Transport de véhicules en conteneur

LA MEILLEURE GARANTIE POUR LA SÉCURITÉ DE
VOS BIENS PAR LE SPÉCIALISTE DU DÉMÉNAGEMENT



Tél. : 364-1020
Fax : 364-5782

Le seul à fournir une gamme complète de services et de spécialistes sous un même parapluie :

- Médecine du travail
- Médecine d'assurance
- Bilans de santé pour cadres
- Placement infirmier et soins à domicile
- Programmes de mieux-être
- Clinique de cardiologie préventive
- Hygiène industrielle
- Gestion-conseil en santé-sécurité du travail

Une équipe professionnelle à votre service I

Montréal : (514) 845-1211

GRUPE
SANTÉ

MEDISYS

HEALTH
GROUP INC.

Montréal, Québec, Toronto, Edmonton, Calgary, Vancouver

En théorie, il n'y a aucune limite dans le volume de la consommation des services qui sont couverts par l'Assurance Maladie.

La couverture, par l'Assurance Maladie dépend du type de soins dispensés.

La somme restant à la charge du malade (ou ticket modérateur), a été augmentée en août 93.

Il existe cependant des exceptions: le malade n'a rien à déboursier en cas d'accident du travail, ni pour les soins liés à la maternité de même que pour l'une des 31 maladies répertoriées, du type diabète, cancer, SIDA, psychiatrie...

La Sécurité Sociale, l'État et les prestations de soins.

L'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale joue un grand rôle dans la fixation des prix ou dans le contrôle de l'activité des professionnels libéraux et des cliniques privées que dans les autres secteurs de soins. En effet, c'est l'État qui détermine les montants alloués aux établissements assurant le service public d'hospitalisation.

• La médecine libérale :

Les relations entre les professionnels libéraux et la Sécurité Sociale sont régies par des conventions (entre les représentants des professionnels, des caisses d'assurance maladie et du gouvernement).

Selon ces conventions, les médecins doivent facturer leurs prestations selon des tarifs calculés en fonction de l'importance relative du soin dispensé.

Dans le cadre des conventions, les caisses d'assurance maladie ont la possibilité de contrôler les prescriptions des médecins afin d'observer les comportements moyens mais aussi de prendre des sanctions en cas d'exagération.

• La pharmacie.

La production et la distribution de médicaments sont réglementées par les pouvoirs publics. Tout produit phar-

maceutique doit obtenir, pour être commercialisé, une autorisation de mise sur le marché.

Le prix payé par le malade est égal au prix appliqué par le fabricant (68,5% du prix), majoré de la marge du grossiste (6,8%) et du détaillant (27,5%), ainsi que de la TVA (2,1%).

Les prix, au niveau du producteur, des médica-

VANCOUVER

•

SURREY

•

CALGARY

•

LONDON

•

TORONTO

•

OTTAWA

•

MONTRÉAL

•

QUÉBEC

•

LONDRES

McCarthy Tétrault

les conseillers
juridiques
pancanadiens
dans les domaines
de la pharmaceutique,
de la santé et
de la recherche
scientifique

LE CABINET D'AVOCATS PANCANADIEN

McCarthy Tétrault

MONTRÉAL

Le Windsor
1170, rue Peel
Montréal (Québec)
H3B 4S8
Tél. : (514) 397-4100
Téléc. : (514) 875-6246

QUÉBEC

Le Complexe St-Amable
1150, rue de Claire-Fontaine # 700
Québec (Québec)
G1R 5G4
Tél. : (418) 521-3000
Téléc. : (418) 521-3099

Installez-vous confortablement dans 4,4 millions de pieds carrés

Des dimensions plus réalistes seraient sans doute souhaitables. Cependant, il y a plusieurs avantages à louer un espace faisant partie d'un portefeuille d'immeubles à bureaux d'une telle envergure. Propriétaire, gestionnaire et chef de file, la SITQ IMMOBILIER est un gage de fiabilité et de solidité financière reconnues. Vous y trouverez un choix incomparable d'adresses prestigieuses au coeur du monde des affaires de Montréal.

Même si vos besoins d'espace ne frôlent pas les 4,4 millions de pieds carrés, la SITQ IMMOBILIER mettra tout en oeuvre pour que votre place d'affaires réponde à vos exigences. Vous êtes assuré d'un engagement total envers la qualité.

Pour plus de renseignements, composez sans frais le 1 800 287-1852.



Notre engagement va au-delà des pieds carrés.

ments admis au remboursement de l'Assurance Maladie sont fixés par arrêté des ministres de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie et de l'Economie. Le même arrêté inscrit le médicament sur la liste des produits remboursables et détermine son prix..

Les prix des produits non remboursables ne sont pas réglementés.

• **L'hospitalisation.**

Depuis 1985, l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public reçoivent une allocation annuelle, suffisant quasiment à les financer. Elle provient des caisses d'assurance maladie pivots. Elle est calculée en fonction des comptes de l'exercice précédent et financée par les régimes d'Assurance Maladie au prorata du nombre de journées effectuées par les personnes qu'ils protègent.

Le paiement des hôpitaux privés à but lucratif est différent. Il se décompose en divers forfaits et prix, fixés par les caisses régionales d'assurance maladie. Ils sont révisés chaque trimestre afin de respecter un coût global négocié au niveau national.

III. CONCLUSION.

Globalement, au début des années 90, les malades ambulatoires ont consulté 7,2 fois un médecin par an et on compte 23 opérations pour 100 personnes. Les généralistes assurent 2/3 des actes médicaux. Les services de court séjour représentent 90% de la totalité des admissions à l'hôpital mais seulement 50% du nombre de journées.

Depuis de nombreuses années, l'évolution des dépenses de santé a été jugée trop importante par rapport à celle de l'économie en général. En 92, on atteignait une dépense de 10 700 FF en moyenne par Français. D'où une diminution de la prise en charge des soins pour arriver à un taux de remboursement global de 72,9%.

Les principales mesures de rééquilibrage n'ont pas été prises pour augmenter les recettes mais pour diminuer les dépenses (augmentation du ticket modérateur, fixation d'un budget global pour les hôpitaux publics...)

Pour les années à venir, la question se pose de savoir si les nouvelles dispositions suffiront à freiner la croissance des dépenses de santé ou si d'autres mesures devront intervenir pour atteindre l'équilibre des recettes et des prestations de l'Assurance Maladie ♦

*Dans le monde des gaz industriels,
l'excellence a un nom :
AIR LIQUIDE*

16 centres-clientèle au Canada
pour vous servir.

Notre vision :
devenir le partenaire de choix.



Siège social : 1250, boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3B 5E6

EN SANTÉ AU Québec

Un service axé sur le client

Il se trouve bien peu de gens pour contredire le fait que durant les années 70, les soins et les services de santé au Québec ont eu tendance à se déshumaniser et à laisser pour compte même la satisfaction de la clientèle. Depuis notamment l'accessibilité à la gratuité des soins, le réseau québécois de la santé a adopté une structure organisationnelle compliquée et des plus contraignantes où règlements, procédures, circulaires, directives et conventions collectives sont venus dicter les décisions des gestionnaires, sans incitatif sérieux à la qualité des services ou à la performance autre que budgétaire. Tentant davantage de répondre aux exigences de l'État plutôt qu'aux réels besoins de la clientèle, les gestionnaires avaient oublié en quelque sorte leur véritable raison d'être: le client.

Face aux exigences exprimées par la clientèle québécoise et face aux pressions exercées par l'État depuis les dernières années, les gestionnaires des établissements ont dû recentrer leur objectif de qualité en fonction de ce nouveau concept qu'est «l'approche clientèle». Suivant le parcours de quelques précurseurs et voulant inciter les autres à développer cette nouvelle orientation, le Ministère a imposé à tous les établissements du réseau, par loi et par règlements, d'entreprendre une démarche d'élaboration d'un code d'éthique ayant pour but de rappeler les droits des usagers ainsi que les pratiques et les conduites attendues des personnes qui œuvrent dans ces établissements. Chacun devait donc rétablir ses objectifs d'organisation de service en fonction d'une plus grande satisfaction de la clientèle et revoir sa façon de faire en adoptant cette philosophie d'intervention et de gestion des années 90, celle de «la personne avant tout».

Est-ce qu'aujourd'hui et dans la réalité, les pratiques du personnel sont davantage guidées par les préoccupations et les véritables besoins de la clientèle? Est-ce que la qualité des services et la qualité des interventions se sont vraiment améliorées? Est-ce que l'occasion de rédiger un tel code d'éthique a vraiment permis aux clients d'exprimer leurs besoins et surtout leurs valeurs quant à l'organisation de ces services? Il est possible d'en

Guy Joly
Vice-président
Denis Chaput
Conseiller en milieu de vie
Groupe Champlain inc.

douter. Le code d'éthique étant devenu une obligation, plusieurs l'ont traduit en une démarche théorique sans conviction, une autre réponse à des directives, des règlements et des procédures. Même si la tendance à entreprendre un virage véritable prend visiblement de l'ampleur, et même si l'intention et la volonté règnent, on ne s'y retrouve pas toujours dans les moyens... et les résultats retardent.

Rappelons qu'en service de santé, 75% à 80% des ressources nécessaires sont des ressources humaines. La qualité des services dépend toujours de l'intervention, ce geste quotidien, cette attitude qui fera toute la différence? Comment atteindre la ressource de première ligne et modifier «le cœur» du service? La réponse se trouve probablement autour de la participation et de la mobilisation du personnel, dans le travail d'équipe et dans une gestion claire, rigoureuse et ouverte. La solution est de toucher le cœur de tous ceux qui «rendent service», de les sensibiliser à leur rôle et à leurs véritables fonctions. La volonté profonde de la direction est donc essentielle et indissociable de cette démarche clientèle. Car il est clair que l'on parle aussi d'une transformation de toute l'organisation: horaires, environnement physique, équipe interdisciplinaire, accueil et admissions, relations avec les familles, traitement des plaintes, rôle des cadres, supervision du personnel, etc. Sans cette détermination, peu de changement, sinon superficiel.



*La Banque de Montréal
est heureuse d'être associée à*



*la Chambre de
Commerce Française
au Canada.*



Banque de Montréal



DEMANDEZ-NOUS DE VOUS OUVRIR LES PORTES DU MONDE
EN PASSANT PAR LE CŒUR DE L'EUROPE.



LE MONDE EN PLUS DE 200 DESTINATIONS AU DÉPART DE
PARIS-CHARLES DE GAULLE 2.

Est-ce que tous les établissements québécois vont finalement réagir de façon réellement significative? Certains dont nous sommes ont compris le message et ont réorienté toute leur approche. La démarche entreprise dans nos établissements afin de connaître et respecter les goûts, les préférences, les choix et les habitudes des clients fut complète et sans ambiguïté. Les employés y ont été associés entièrement et cette réflexion collective a permis d'adapter nos services en fonction de nos clients et de leurs besoins. Il ne s'agissait pas d'en demander davantage à notre personnel mais bien de faire les choses différemment, d'organiser les services en fonction de nouvelles composantes, tout en tenant compte des contraintes extérieures, sans toutefois s'y limiter. En effet, l'approche clientèle ne pourra jamais éliminer toutes les contraintes: routines, règlements, ressources limitées, etc. Elle propose une façon originale de les aborder où l'on considère toujours, en premier lieu, le choix du client.

Les effets d'un tel virage ne se font pas sentir instantanément même si tout au long de l'entreprise, les résultats s'accumulent progressivement. Il faut compter 3, 4 et même 5 années d'efforts soutenus, d'échanges, de remises en question et souvent même d'erreurs pour que l'on puisse vraiment parler de réussite. Du point de vue de la clientèle, il est clair que la satisfaction d'être consultée, écoutée et entendue s'est manifestée dès le départ. Il est apparu de façon plus graduelle que pour des résidents en centre d'hébergement par exemple, l'assouplissement de certaines règles de vie et la simple possibilité d'aménager leur chambre selon leurs goûts, de vivre davantage à leur rythme et d'être informés et respectés dans leurs choix, que cette reconnaissance a favorisé donc une plus grande valorisation, le maintien de la dignité et voire même une meilleure santé. Il est maintenant évident que «l'approche clientèle» que nous avons développée ne fait que rendre au client la place qui lui revient. Il en est d'ailleurs reconnaissant.

La vision du personnel est bien sûr quelque peu différente. Dans un contexte de rationalisation, la méfiance est souvent au premier plan et la crainte de voir sa tâche augmentée rend l'intervenant sceptique. En plus, changer une façon de faire acquise depuis parfois de nombreuses années est une idée souvent insécurisante. La peur du changement est le premier obstacle à franchir. D'où la nécessité d'entreprendre toute cette démarche en collaboration réelle avec tous ses principaux acteurs.

Les employés de première ligne aussi bien que les professionnels et les cadres ont donc aussi été consultés. Tous devaient s'entendre dès le départ sur une définition commune de la qualité, tant en ce qui concerne les services que le type de gestion à privilégier. C'est d'ailleurs par cette écoute et cette collaboration qu'a pu se bâtir un lien de confiance permettant un engagement progressif vers ce nouvel objectif. Avec le temps, le personnel en a retiré aussi de grands bénéfices. Même s'il est encore difficile pour certains d'abandonner un mode d'intervention de type «prise en charge» pour celui d'accompagnateur, de conseiller ou de personne ressource, plusieurs laissent paraître une grande valorisation dans ce nouveau rôle plus significatif.

La reconnaissance de la clientèle est aussi très importante pour les intervenants. Tous les employés sont en effet sensibles aux réactions positives ou négatives de la clientèle et chacun se sent personnellement responsable lorsque la clientèle se montre satisfaite. En plus, le travail d'équipe favorisé par une gestion plus souple et plus ouverte contribue directement à l'implication des employés. Ceux-ci se sentent concernés et valorisés lorsqu'ils sont appelés à jouer un rôle actif dans les décisions de leur équipe. Ils expriment ainsi leur créativité et réalisent l'importance de leur travail respectif.

L'approche clientèle implique donc une «approche gestion», une vision globale de la qualité qui fait penser au concept de la qualité totale. Propre au milieu de la santé, ce type de démarche demeure original et favorise une réponse maximale aux besoins de la clientèle mais toujours en fonction des ressources disponibles. Il ne s'agit pas vraiment de faire plus avec moins mais peut être de faire mieux... sans plus de ressource. C'est, en quelque sorte, une question d'attention ♦



L'Association des centres hospitaliers
et des centres d'accueil privés
conventionnés du Québec

204 Notre-Dame Ouest, bureau 200
Montréal, Québec H2Y 1T3
Tél. : (514) 499-3630
Fax : (514) 873-7063

**Plus qu'un centre d'hébergement...
Un milieu de vie !**

La santé malade de son succès

LE PARADOXE

Les systèmes de services de santé du Québec, de France et de tous les pays industrialisés vivent actuellement un dilemme des plus intrigant. D'un côté, la valeur accordée à la santé n'a jamais été aussi grande. La santé est l'un des biens, sinon le bien le plus précieux. Elle dépasse à cet égard la richesse financière. « Vaut mieux être pauvre et en santé que riche et malade » dit l'adage populaire. D'un autre côté, les services de santé sont en crise. Les patients se plaignent de ne pouvoir recevoir les services auxquels ils ont droit. Les professionnels et les établissements de santé déplorent de ne pas disposer des ressources pour desservir adéquatement leur clientèle. Les gouvernements considèrent que les services de santé coûtent chers et même trop chers et qu'il faut réduire le niveau des ressources qui leurs sont consacrées. Comment peut-on simultanément accorder une aussi grande valeur à la santé et permettre que les services de santé vivent une telle crise ?

LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

Il n'y a pas si longtemps, cent ans tout au plus, les services de santé se limitaient aux soins dispensés par les médecins dans leur cabinet et au domicile des patients. L'hôpital jouait un rôle très marginal. Il protégeait la communauté en isolant les cas de maladies infectieuses et de santé mentale et en offrant gîte, couvert, soulagement et compassion aux plus démunis de la société, malades ou mourants.

Le développement technologique a accru la capacité du diagnostic et du traitement médical. L'anesthésie a permis le développement de la chirurgie. L'asepsie a réduit les infections suite aux accouchements et aux chirurgies. La biologie médicale et la radiologie ont conduit au diagnostic précis de plusieurs pathologies. Plus récemment, la médecine nucléaire, la tomographie par émission de positons et la résonance magnétique ont accru encore davantage la capacité du diagnostic médical. La chirurgie cardiaque, les greffes

Paul A. Lamarche

Professeur titulaire et Coordonnateur de l'Équipe de recherche en organisation des services de santé, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec

d'organes, la micro-chirurgie et de nouveaux médicaments ont aussi amélioré la capacité de traitement de la médecine. Ces développements sont à la base des succès actuels de la médecine.

Avec la technologie, les services de santé se sont développés. Les centres hospitaliers, les médecins, et les membres du

personnel paramédical se sont multipliés par deux et même par quatre au cours des dernières décennies. Les services de santé ont été utilisés comme jamais auparavant. Parallèlement au développement des services, les Pays ont observé une amélioration phénoménale de la santé de leur population. La mortalité infantile et maternelle a fondu. L'espérance de vie s'est accrue. Les populations vivent plus longtemps et en bien meilleure santé qu'autrefois. Cette amélioration de la santé est utilisée pour démontrer les succès des services de santé. Alors, pourquoi limiter les ressources d'un domaine qui a fait ses preuves et qui correspond à une valeur fondamentale de la société ?

LA CRISE : PAS UNE QUESTION DE COÛTS ?

La raison la plus visible de la crise que traverse actuellement les services de santé est leurs coûts relativement élevés. Tous les pays considèrent que leurs services de santé coûtent chers. Tous les pays considèrent que la dynamique même de leur système de santé est inflationniste, c'est-à-dire qu'elle incite à une production de plus en plus grande de services, de services de plus en plus sophistiqués et de plus en plus coûteux. Les coûts semblent donc au cœur du débat.

Toutefois, l'intensité du questionnement concernant les coûts est la même dans tous les pays industrialisés et ce, indépendamment des coûts réels des services de santé. Ce questionnement a la même intensité aux États-Unis avec 14% de la richesse du pays (Produit Intérieur Brut) investie dans les services de santé; au Québec et en France avec près de 10%; en Allemagne et en Suède avec près de 8%; ou en Angleterre et au Japon avec 7%. Si le niveau des coûts était la cause principale du questionnement,

directement proportionnelle aux coûts réels. Or, tel n'est pas le cas. Étrange, n'est-ce pas !

LA CRISE : UNE QUESTION DE SANTÉ !

Il existe un autre questionnement qui est plus fondamental. Il touche la raison d'être même des services de santé. Il concerne l'impact prévisible d'un accroissement important des ressources consacrées aux services de santé sur l'amélioration de la santé des populations. Plusieurs commissions d'enquête sur les services de santé tenues au Québec, au Canada et ailleurs au cours des dernières années affirment qu'investir plus de ressources pour produire plus de services, et du même type que ceux que nous produisons actuellement, n'est pas le meilleur moyen d'améliorer la santé de la population ni d'utiliser de façon efficiente la richesse collective.

Ce questionnement trouve certains fondements empiriques. Il est difficile d'établir des liens entre l'évolution des ressources consacrées aux services de santé par un pays et l'évolution de l'état de santé de sa population. Il est difficile d'établir des liens entre le niveau des ressources que les différents pays industrialisés consacrent actuellement aux services de santé et l'état de santé de leur population. Il existe d'énormes variations dans la quantité de services de santé utilisés par les populations

sans que ces variations soient reliées à des niveaux de santé différents. Enfin, des études révèlent qu'un pourcentage non négligeable des services de santé utilisés ne sont ni appropriés, ni nécessaires. La question qui en résulte est la suivante : pour améliorer la santé de la population est-ce ailleurs que dans les services de santé, dans l'éducation, l'environnement, le travail, qu'il faut investir en priorité ?

LA SOLUTION : UN LIEN SANTÉ-SERVICES À RÉTABLIR

Pour résoudre cette crise, le monde des services de la santé doit commencer par faire le ménage dans sa propre cours. Il doit s'assurer que les ressources déjà reçues sont utilisées de la façon la plus judicieuse possible et que les services offerts contribuent réellement à l'amélioration de la santé de la population. Il doit rétablir le lien entre les ressources utilisées, les services offerts et la santé de la population. Des systèmes d'information, de *monitoring* et d'évaluation, tant de l'efficacité dans l'utilisation des ressources, que de l'efficacité des services offerts, doivent être mis en place en priorité. Sans de tels systèmes, le monde des services de santé continuera à être plus apte et enclin à se convaincre des résultats mirobolants qu'il obtiendrait avec l'argent qu'il n'a pas qu'à faire face à la dure réalité des résultats qu'il n'a pas atteint avec l'argent déjà reçu ♦



Télécommande par câble et à billes

T.M.C. recherche partenaire ou agent introduit dans ce domaine pour distribuer notre gamme au Canada et dans d'autres pays :

Notre gamme Our range of products :

- Commande traction-compression - Flexible push-pull system :
- Commande traction - Flexible pull system :
- Tirette de stop/micrométrique - Standard stop control/quick release operator :
- Boîtier de commande - Control head :
- Commande à billes - Ball lined control :
- Câble rotatif - Speedo/Tacho cable :



Clientèle et applications recherchées :

- Fabricants de : Matériel agricole
Matériel de travaux publics
Matériel ferroviaire
Matériel forestier

T.M.C. looks for partner or agent working in this area for distributing our products throughout Canada and other countries.

Applications and customers such as :

- Manufacturers of : Agricultural Equipment
Civil engineering Equipment
Railway Equipment
Forest bush Equipment
- All kind of rolling equipment (except car industry).



T.M.C.

Rue J.B. Colbert - B.P. 27 - 77350 Le Mee sur Seine - FRANCE
Tél. : 33 (1) 64.09.03.78 - Fax : 33 (1) 60.68.73.73

Systeme de santé public et assurance privée au Canada

Y A-T-IL UN AVENIR COMMUN ?

Le Québec, le Canada et la plupart des pays industrialisés assistent depuis une vingtaine d'années à une augmentation considérable des besoins de santé et par conséquent à une explosion des coûts qui y sont reliés. Le vieillissement des populations, leurs attentes plus grandes, l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments toujours plus sophistiqués en sont en grande partie responsables. Devant ce constat, la plupart des gouvernements n'ont pas d'autres choix que de revoir en profondeur le fonctionnement de leur système de santé et de trouver la ou les solutions devant mener à une meilleure gestion de la santé. Tout est susceptible d'être remis en question. La Grande-Bretagne, par exemple, berceau de la socialisation de la santé, envisage l'instauration d'un système de santé basé sur la libre concurrence.

Au Canada, il est question de réforme, de désengagement partiel de l'État et de « régime de santé à deux vitesses ». Quels changements pouvons-nous entrevoir au cours des prochaines années ? Les Canadiens peuvent-ils continuer à s'offrir collectivement un régime de santé aussi généreux que celui dont ils bénéficient depuis un quart de siècle ? Le secteur privé, qui participe déjà à 30 % des coûts du système de santé, pourrait-il prendre le relais du système public dans certains domaines ? Le débat en cours sur ces questions, qui dure depuis plusieurs mois, est loin d'être terminé et l'unanimité sera sans doute difficile à réaliser.

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Les Canadiens jouissent d'un des meilleurs systèmes publics de santé, mais c'est aussi le deuxième plus coûteux au monde, après les États-Unis. Selon des données recueillies en 1993 par Santé Canada, les frais de santé annuel per capita sont de 2 506 \$, pour un total de 72 milliards \$, soit 10 % du produit intérieur brut canadien.

Depuis l'instauration du système de santé public, la facture globale s'est répartie, dans une proportion qui a varié au fil des ans, entre le gouvernement fédéral, les dix gouvernements provinciaux et le secteur privé. Ainsi, depuis 1980, la part du fédéral est passée de 34 % à 20 %, tandis que le fardeau des provinces s'est alourdi, passant de

André Vincent
Premier vice-président,
Réseau collectif
Groupe vie Desjardins-Laurentienne

40 % à 50 %. Le secteur privé, de son côté, contribue aujourd'hui à 30 % de la facture, comparativement à 26 % en 1980. Par ailleurs, nous savons que le désengagement du gouvernement canadien se poursuivra : à

compter de 1996, les transferts fédéraux servant à financer la santé, l'éducation post-secondaire et l'aide sociale seront remplacés par le Transfert social canadien, beaucoup moins élevé que les transferts actuels. Les paiements de transferts aux provinces seront ainsi amputés de 7 milliards \$ au cours des trois prochaines années.

Devant ce retrait du gouvernement canadien, plusieurs se demandent comment il pourra exiger que les provinces continuent à respecter les grands principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. À ce sujet, le bureau de la ministre de la Santé à Ottawa déclarait en août dernier que « le gouvernement fédéral n'allait pas renégocier la Loi canadienne sur la santé qui établit les fondements du système d'assurance universelle ».

LES FONDEMENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC

Le système de santé canadien est né en 1958, avec l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, complétée en 1968 par la Loi sur les soins médicaux. Adoptant le principe selon lequel l'État doit venir en aide aux victimes d'un malheur social, tel que le chômage, la pauvreté ou la maladie, ces lois rendaient inaliénable le droit de tous les citoyens canadiens à l'aide de l'État. En 1984, après avoir constaté que les provinces n'appliquaient pas de façon uniforme des principes de ces lois qui se voulaient universelles, le gouvernement fédéral adoptait la Loi canadienne sur la santé. Encore en vigueur, cette loi accorde au gouvernement fédéral le pouvoir d'imposer des sanctions financières aux provinces qui ne permettent pas un accès raisonnable aux services de santé sans obstacle de quelque nature que ce soit. De plus, chaque régime provincial d'assurance maladie doit, pour être admissible au plein montant de l'aide fédérale prévue, se conformer à cinq critères de base : l'administration publique, la portée des services, la transférabilité, l'universalité et l'accessibilité.

Au-delà des soins hospitaliers et médicaux de base, les provinces ont peu à peu étendu la portée de leur régime en y ajoutant des services complémentaires variés. Ainsi, certains régimes couvrent les soins dentaires pour les enfants alors que d'autres autorisent le paiement des médicaments sur ordonnance pour les résidents âgés de 65 ans ou plus. Les régimes provinciaux ont ainsi été bonifiés au fil des ans et conséquemment, les coûts ont augmenté, sournoisement mais inexorablement. À un point tel que certaines provinces ont dû retrancher subséquemment certains actes médicaux jusque là admissibles.

L'ASSURANCE PRIVÉE, PAR-DELÀ LES SERVICES DE BASE

De leur côté, les programmes d'assurance privée couvrent les frais d'hospitalisation (chambres privées ou semi-privées), les soins paramédicaux, les médicaments, les services ambulanciers lorsque non fournis par l'État. Les régimes collectifs détenus par les entreprises, les associations professionnelles ou syndicales peuvent couvrir, selon la volonté des membres du groupe et du prix qu'ils sont prêts à payer, une gamme relativement étendue de soins, tels que les soins dentaires majeurs, les lunettes, les consultations en matière diététique, les soins d'un praticien en médecines douces, etc. Par ailleurs, si l'assurance privée a pris le relais du système public et pris en charge des coûts de santé que les provinces retireraient de leurs régimes, cette pratique tend aujourd'hui à être remise en question, les employeurs s'inquiétant de la hausse des coûts des régimes collectifs d'avantages sociaux.

L'HEURE DES CHOIX

De façon générale, si les Canadiens souhaitent le maintien d'un système de santé public fort et de qualité, accessible à tous, plusieurs admettent également qu'une réforme est nécessaire. Les avis sont cependant partagés quant aux remèdes à prescrire.

L'éventualité d'une privatisation du système de santé, même partielle, évoquée dans certains milieux, a suscité une opposition farouche de la part de groupes de pression, de syndicats et de défenseurs du principe d'égalité. Qualifiant de « régime de santé à deux vitesses » la co-existence d'un régime public et d'un régime privé de santé, ils s'opposent à une approche pour les riches et l'autre pour les pauvres. L'Association médicale canadienne, lors de son conseil général tenu en août dernier, s'est dite en désaccord avec la mise sur pied d'un tel système dans l'état actuel des choses, tout en demandant un débat public sur la possibilité d'instaurer un régime privé réglementé pour tous les services médicaux.

Les tenants du développement d'un système privé, quant à eux, mettent l'accent sur le fait que celui-ci permettrait aux personnes qui désirent passer certains types d'examen ou qui ont besoin d'une intervention non urgente de s'adresser à des établissements privés et de payer pour ces soins. Ce système privé parallèle, non subventionné par l'État, aurait pour effet de freiner la montée des coûts de santé supportés par l'État et de désengorger les établissements publics et, ce faisant, de maintenir et même améliorer les soins actuels pour les clients du système public.

Outre l'établissement d'un régime de santé privé parallèle, certaines autres pistes de solution méritent d'être explorées, parmi lesquelles l'instauration d'un test de revenu pour tenir compte de la capacité de payer des utilisateurs des services de santé. Avec l'aide des nouvelles technologies, la carte d'assurance maladie, prenant la forme d'une « carte à puces », pourrait permettre d'emmagasiner une foule de données de nature non seulement médicale mais aussi fiscale établissant dans quelle proportion une personne a la capacité de participer aux coûts de santé, sous forme de franchise ou de coassurance. Cette approche diffère de celle du « ticket modérateur » dont l'objectif est de dissuader les « profiteurs du système » ou de ralentir les utilisateurs fréquents, mais qui peut cependant entraver l'accessibilité pour les plus démunis.

Sans renier le principe d'universalité, il faudrait en effet se demander si le concept de redistribution de la richesse ne devrait pas prévaloir dans certains cas. Sous allégation d'égalité, pouvons-nous continuer à payer collectivement des services de santé aussi généreux à toutes les classes de citoyens, quels que soient leurs revenus? N'est-il pas justifié de se demander, par exemple, si les personnes qui s'offrent annuellement le luxe de plusieurs mois de vacances à l'étranger ne devraient pas, pendant cette période, assumer personnellement les frais d'une assurance privée?

Le vieillissement de la population s'accroît. On prévoit qu'en l'an 2031, quelque 20 % de la population canadienne aura au-delà de 65 ans. Étant donné que, statistiquement, ce sont les aînés qui ont surtout recours aux soins de santé et que le nombre de cotisants au régime de santé ira en diminuant, le problème de financement ira en s'aggravant. Les Canadiens, les Québécois, et plus particulièrement les « baby-boomers », peuvent-ils continuer à fermer les yeux devant l'ampleur de la dette publique reliée aux programmes sociaux qu'ils s'appêtent à laisser en héritage à leurs enfants? Les Canadiens ont un choix de société à faire. Il n'est pas encore trop tard mais il est urgent de prendre les mesures qui s'imposent, dans le respect de leurs valeurs démocratiques et sociales ♦

1995 : l'année PASTEUR

une célébration mondiale

Organisée par l'Unesco et l'Institut Pasteur, *l'Année Pasteur*, inaugurée officiellement le 17 janvier pour célébrer le centenaire de sa mort, a donné le signal aux nombreuses manifestations qui, en France

comme à l'étranger, ont souligné les immenses progrès dans le domaine de la santé, de l'agriculture et de l'industrie dûs à ce grand savant. Depuis plus d'un siècle, la rigueur de sa démarche scientifique inspire les chercheurs du monde entier. Dans l'œuvre de Pasteur chaque recherche est le maillon d'une chaîne ininterrompue de la découverte du monde microbien à la prévention de la contagion et de l'infection, jusqu'à la mise au point du vaccin contre la rage.

Pour lui rendre hommage, l'Unesco, l'Institut Pasteur et la FAO ont organisé de grands colloques scientifiques internationaux avec la Fondation Oswaldo Cruz à Rio de Janeiro (Brésil), l'Institut National d'Hygiène et de l'Épidémiologie de Hanoï (Vietnam), l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal), l'Institut Louis Malardé (Tahiti), l'Université Rockefeller à New-York (É-U).

À Montréal, le professeur Luc Montagnier, découvreur du sida, a été l'orateur vedette de la séance inaugurale du *Congrès international de chimiothérapie*, alors que M. Maxime

**Geneviève de la Tour
Fondue-Smith**
Présidente de l'Alliance Française
de Montréal

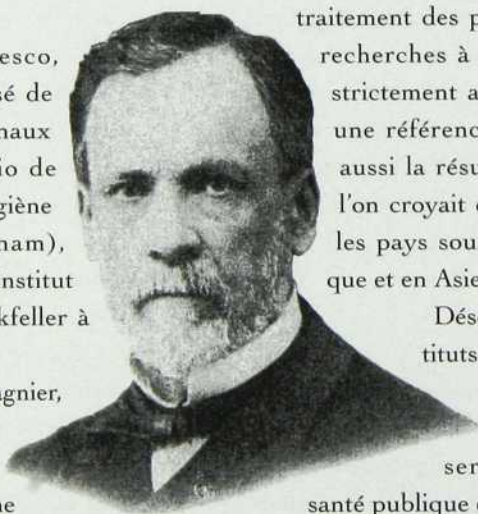
Schwartz, directeur général de l'Institut Pasteur, a donné le 18 septembre (10 jours avant l'anniversaire de la mort de Pasteur) une conférence magistrale à l'*Institut de Recherche Clinique de Montréal (IRCM)*.

Dans les deux cas une très belle exposition a été présentée ainsi qu'à l'Université McGill. L'Alliance Française de Montréal a aussi passé, en octobre, à l'IRCM deux films « regards d'aujourd'hui », notamment sur « les gènes de l'espoir » montrant que « le XXI^e siècle sera celui de la thérapie génique ».

Et c'est là que *l'Année Pasteur* s'avère un phare précieux pour l'Industrie de la Santé. Non seulement face au traitement des pathologies réputées incurables ses recherches à la fois audacieuses et prudentes, strictement analysées et contrôlées, constituent une référence indispensable. Mais elle détecte aussi la résurgence de certaines maladies que l'on croyait domptées, telle la tuberculose dans les pays sous-développés, notamment en Afrique et en Asie.

Désormais les pôles d'activités des Instituts Pasteur ont orienté la solidarité de la communauté scientifique dans le monde en conjuguant à la fois, au service des populations locales, la

santé publique et la recherche ♦



CLARK
LA TRAVERSE

CLARK & LA TRAVERSE
AVOCATS - SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

1250, BOULEVARD RENE-LEVESQUE OUEST, BUREAU 4200
MONTREAL (QUEBEC) H3B 4W8
TÉLÉPHONE: (514) 938-1313 • TÉLÉCOPIEUR: (514) 938-3691

Une affaire
de confiance

LGS

Vous nous confiez vos
projets en technologie de
l'information, nous vous
confions notre réputation.

GROUPE LGS INC.



LE NO. 1 FRANÇAIS DE L'AÉRONAUTIQUE ET DE L'ESPACE



Premier Airbus A340 volant en Amérique du Nord

BRANCHE HÉLICOPTÈRES

- 1^{er} exportateur mondial d'hélicoptères avec Eurocopter (Aerospatiale/MBB)
- Gamme civile :
Ecureuil, Dauphin, SuperPuma, EC135
Développement du EC120
- Gamme militaire :
Cougar, Panther, Fennec, Tigre
Développement du NH90

BRANCHE ESPACE & DÉFENSE

- Architecte industriel du lanceur Ariane 4 (plus de 50% des lancements mondiaux de satellites) et du lanceur Ariane 5
- Maître d'œuvre de programmes : Arabsat, Eutelsat II, Türksat, TDF-1, TDF-2, Télé-X, Météosat, ISO et Huygens

48,5 MILLIARDS DE FRANCS DE CA,
DONT 69% À L'EXPORTATION

BRANCHE AÉRONAUTIQUE

- GIE Airbus en production :
A300, A310, A319, A320, A321, A330 et A340
- GIE ATR : ATR42 et ATR72
- Avion supersonique de seconde génération
- Futur avion de transport tactique



Cougar MK2 en version navale

AVIATION GÉNÉRALE

- Socata : Tampico, Tobago, Trinidad
- Avion d'affaires TBM700

DIVISION MISSILES

- 1^{er} constructeur européen de missiles tactiques
- Missiles anti-chars Milan, Hot et Eryx
- Développement des anti-chars de troisième génération Trigat
- Missiles Sol-Air Roland
- Antinavires Exocet, As 15 TT et développement de l'ANS
- Missile Air-Sol As 30 laser
- Missile Surface-Air Aster
- Production du Lance Roquettes Multiple
- Missiles nucléaires balistiques de la force de dissuasion : SSBS, MSBS et Hadès

25% DU CA CONSACRÉ À LA RECHERCHE
ET AU DÉVELOPPEMENT

Aerospatiale Canada Inc.

275 Sparks Street, suite 902, Ottawa, Ontario K1R 7X9 Tél. : (613) 230-3902 Fax : (613) 230-1442

Systeme de santé canadien

SES PARTICULARITÉS PAR RAPPORT AU système français

Il faut d'abord préciser qu'au Canada il n'existe pas un système de santé unique mais treize (13) systèmes de santé différents puisque chaque régime est administré au niveau d'une province ou d'un territoire donné. L'Assurance-maladie, depuis 1982, est universelle et s'applique à tous les citoyens canadiens, sans exception. Il s'agit

d'un système du tiers-payeur puisque les médecins, tant au bureau qu'à l'hôpital, se font payer à l'acte et directement par l'Assurance-maladie, sans déboursé initial d'aucune sorte. Aucun ticket modérateur n'est appliqué au Canada. Une autre différence majeure avec le système français est le fait que les médicaments ne sont pas remboursés sauf pour les personnes âgées de plus de 65 ans et pour les personnes indigentes bénéficiant de l'Aide sociale.

Dans la province de Québec, le système est administré par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec, créée en 1970, et qui conclut avec la Fédération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes des ententes tarifaires s'échelonnant habituellement sur quatre ans. Aucun dépassement d'honoraires n'est autorisé pour notoriété ou pour toute autre considération. Depuis peu, les revenus annuels de tous les médecins sont soumis à un revenu-plafond.

Ce système, séduisant de prime abord par son aspect universel, connaît actuellement une véritable crise en raison du coût croissant des soins de santé ressentis, d'ailleurs dans tous les pays industrialisés.

Le pourcentage du Produit National Brut (PNB) dévolu à la santé est passé durant les trois dernières années de 10 à 12% en dépit d'une gestion très serrée et de coupures importantes. En effet, les coûts de santé n'ont pas augmenté mais depuis trois ans mais les recettes gouvernementales ont diminué gonflant ainsi de façon artificielle la facture des soins de santé exprimée en % du PNB.

Le contingentement du budget de la santé sera de plus en plus difficile, cette tâche a d'ailleurs été dévolue, en dernière analyse, à des régies régionales qui doivent définir les politiques et les budgets des différentes institutions hospitalières.

François Sestier, m.d.

Ph.D. F.A.C.C.

Cardiologue

Groupe Santé Médisys Inc.

Professeur agrégé, Faculté de médecine

Université de Montréal

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy

Plusieurs solutions ont été envisagées pour limiter les coûts du système :

- L'institution d'un ticket modérateur a été rejetée.
- Certains services comme les soins de prévention et les soins dentaires ne sont plus remboursés.
- Certaines cliniques privées en Alberta

et dans l'Ouest canadien demandent depuis peu aux patients de payer un supplément par rapport au tarif remboursé permettant ainsi des soins plus rapides en clinique privée. Ce système de surfacturation par des cliniques privées est néanmoins illégal et le gouvernement fédéral canadien est en pourparlers avec l'Alberta pour trouver un terrain d'entente à ce sujet.

- On vise également à la rationalisation des services. Déjà, nous voyons des hôpitaux se regrouper avec une Administration unique éliminant ainsi certains coûts d'opération et améliorant le pouvoir d'achat de ces méga-institutions hospitalières.

La vente de services, à l'instar des hôpitaux publics britanniques, est également amorcée par certaines provinces qui envisagent même d'ouvrir des services de haute technologie à nos voisins américains et à des prix moindres que ceux qui prévalent aux États-Unis.

- Toutes ces différentes structures sont toutefois insuffisantes pour maintenir une technologie de pointe dans les institutions de soins tertiaires et de plus en plus les fondations hospitalières organisent des levées de fonds

CCUM
CORPORATION DE CHAUFFAGE URBAIN DE MONTRÉAL

la CCUM chauffe le cœur de Montréal !

1060, rue Université, bureau 9.230, Montréal, Québec H3B 5A2

Tél.: (514) 875-4276 Fax : 864-0117

auprès du public et des entreprises pour assurer le remplacement des appareils de haute technologie.

Ainsi, le système de santé canadien est très différent du système français où les deux systèmes public et privé co-existent de façon pacifique depuis un demi-siècle. Nous sommes probablement à l'aube du retour à un système de santé hybride où l'industrie de l'assurance-santé jouera un rôle prépondérant et croissant.

Il y a une grande résistance théorique en fait des institutions fédérales à éviter ce virage vers la privatisation de la médecine, le gouvernement fédéral redoutant une médecine à deux vitesses, le système privé devenant ainsi l'apanage des classes les plus favorisées. Reste à savoir si cette mesure ne sera pas préférable à la désassurance de soins médicaux jugés comme essentiels par la population.

Mentionnons pour terminer une rigidité du système canadien par rapport aux reconnaissances d'équivalences du diplôme étranger. Nous sommes loin de la liberté de déplacement des professionnels de la santé maintenant courant en Europe et même un citoyen canadien qui a fait ses études de médecine à l'étranger doit souvent attendre plusieurs années avant d'avoir le privilège de

faire son internat et d'obtenir un diplôme canadien lui permettant d'exercer la médecine.

Il y a un réel goulot d'étranglement de ces gradués de facultés médicales étrangères qu'ils soient canadiens d'origine ou immigrants canadiens qui attendent souvent plusieurs années avant de pouvoir pratiquer la médecine au Canada. Des exceptions peuvent néanmoins exister dans des régions éloignées où il y a pénurie de médecins spécialistes. Des médecins étrangers — souvent au Québec il s'agit de médecins français — peuvent ainsi pratiquer avec un permis de pratique restrictif dans des régions dépourvues de spécialistes surtout au niveau de l'anesthésie et de la psychiatrie.

Ainsi, il existe au niveau du système de santé canadien des contraintes budgétaires qui découragent certains médecins qui préfèrent émigrer aux États-Unis; beaucoup d'autres médecins espèrent que le système de santé évoluera vers une prise en charge accrue du secteur de l'assurance privée et des mutuelles. Il est probable que la part de l'industrie privée dans les coûts de la santé (25% actuellement) aura à augmenter rapidement pour soulager un système de santé encore universel mais menacé d'aphysie ♦

UNE COMBINAISON GAGNANTE POUR LES ENTREPRISES QUÉBÉCOISES !



Le Groupe Mallette Maheu et Arthur Andersen se sont associés pour offrir à leurs clients une combinaison gagnante : la connaissance approfondie des entreprises québécoises et l'expertise d'un chef de file mondial.

Si vous désirez mener à bien vos projets, affronter les défis à relever d'ici l'an 2000 et tirer profit des marchés locaux et internationaux, faites appel aux conseils et aux services de nos professionnels. **Vous en sortirez gagnant !**

**Le Groupe
Mallette Maheu**

Comptables agréés
Conseillers en gestion

**ARTHUR
ANDERSEN**
ARTHUR ANDERSEN & Co. SC

MANAGED CARE in Ontario

"MANAGED CARE" ?

Is it another "buzz word", a fashionable topic in the healthcare circles, a strategic trend for the pharmaceutical industry or just the new way to try to define and design our Health Care future? We have to look at the environment and at the different stakeholders needs before we can attempt to answer that question or even just try to give a definition.

As we all know as individuals or patients, our healthcare needs and demands have increased tremendously in the past few decades, together with the availability of better health related information, better products and techniques, thus bringing up the costs for most governments, often in an uncontrolled way. The pharmaceutical industry, with its high profitability image resulting from its successes from the 1970s and 1980s, has been traditionally viewed as the easy target for cost reductions (despite the fact that drug purchases account for 7-8% of the total health care expenditures) and a lot of restrictive measures have been introduced in most of the "western world" markets, threatening very seriously its future profitability and forcing it to change.

How did we get to that point?

For almost two decades now, every stakeholder has been looking at its own problems and has developed its own "partial" solutions and so far, not a single country has found the answer to the only important question: "HOW DO YOU REDUCE THE HEALTH CARE EXPENDITURES WITHOUT ANY SACRIFICE ON THE QUALITY OF HEALTH-CARE?". All the so-called "developed countries" have and still face that same dilemma, being countries with a socialized (as Canada) or a privatized system (as the USA).

After years of cost containment measures of every possible kind, how is the situation viewed by the different players in Canada?

The Patients:

After decades of "luxury" and almost unrestricted access to a "universal health care system" of which Cana-

Christian Frayssignes

President

C. Frayssignes & Associates

dians are proud of, some issues are not resolved, ie: more user fees are introduced, waiting lists are getting longer, more products are delisted from the provincial formularies (for patients having free access to drugs), innovative products benefits are denied to patients as they do not get listed on some formularies for years, the service delivered by hospitals is not always what it was used to be, etc... In simple words, patients have the impression that "they are paying more and getting less out of their system".

The Payers (Federal and Provincial Governments):

The cost of Health Care, at more than 9% of GDP, is the second highest in the world, after the USA, and is still rising despite a relative control of the drug bill (after years of cost-containment measures: increasing use of generics, more formularies restrictions, pharmaceutical advertising / promotion controls, lower cost alternative, reference pricing attempts, a very selective usage of health-economics theories in evaluation guidelines, etc...). Governments are now looking at the big spending items and hospitals costs are being challenged, with more hospital mergers, closures and reorganisations / regionalizations happening (the latest being announced recently in the Toronto area by the new provincial government), programs are being challenged, contracted out or cancelled...whilst the "universality" of the system is confirmed, and some provinces user-fees introductions are perceived as attempts to develop a "two-tier system" and are "punished" by Ottawa.

The Providers:

Physicians, surgeons, nurses, pharmacists, chiropractors, dentists, midwives, specialists, nutritionists, alternative therapies providers, etc... there is no-one who is not raising his / her voice to complain about the situation and the negative impact cost-containment measures and spending cuts are having on the patients, their profession and Health Care in general. Some are leaving Canada when some areas of our country are looking for healthcare services providers!

The Pharmaceutical Industry:

The "Innovative / Research based" Industry (PMAC* companies) have seen their prices increase declining year after year as their costs were rising, generic substitution was encouraged, development costs and time to market were skyrocketing, less innovations were listed on provincial formularies (17 new drugs listed on the ODB / Ontario Formulary between 1990 and 1994, out of 113 approved by the Health Protection Branch as safe and effective!). Introductions of new products on the ODB list getting now more linked to the ability of the companies to offset the potential extra cost of the innovations by offering \$ savings out of their own products portfolio ("equal offset" principle) or using basic health economics evaluations (cost comparisons) to demonstrate cost savings, rather than basing the listing on potential health or quality of life benefits for the patients, or more "societal / global" health economics benefits. This Industry is re-structuring, "right sizing", merging, changing strategies, adjusting to a new environment.

The "Generics" Industry (CDMA** companies), after years of sustained growth and increased market penetration, has seen its progression slowed down by Bill C-91 in 1993 and has now to re-focus its strategy to a new market place where innovative drugs and generics will have to co-exist more.

The above few examples (out so many more available) should indicate clearly or even demonstrate that the past solutions are solutions of the past and are no answer to our above-mentioned dilemma, especially to-day when the need is evolving further from: reducing costs and maintain the same level and quality of care towards increasing value in HealthCare, meaning reducing costs and improving quality of care at the same time.

HOW TO ACHIEVE THE IMPOSSIBLE ?

Many experts in the pharmaceutical industry, management consultants, stock market analysts, some government agencies believe that there is an answer. They think that it is possible to constraint the total cost of healthcare not by attacking in an almost empiric way the individual components of the system but by tackling the problem globally, recognising that the outcome is more important than the single components. They believe rightly that it is possible to provide a better and cheaper alternative by recognising that all the elements are interde-

pendent. It is not for sure the easier and faster solution but I believe

that to-day it is the only way and that everybody should and will go in this direction, following the good points out of the US example in that matter.

"Managed Care" is the word used, amongst others, when we want to talk about an organised and global way to address healthcare needs. From an origin traced by some to 1933 and Dr Sidney Garfield's small hospital in the southern California desert where railway workers could get pre-paid health care services up to the resulting Kaiser Permanente organisation (with now more than 6,000 physicians across the USA), managed care is a reality in the US, where managed care organisations (mainly HMOs: Health Maintenance Organisations) and programs are estimated to influence almost 80% of the US pharmaceutical market. HMOs are sometimes been regrouped under PBMs (Pharmaceutical Benefits Management organisations), some of them counting several hundred HMOs, and some will be linked with drug mail order companies. It goes without saying that PBMs have a very strong bargaining power when it comes to include drugs and products in their formularies and services in their guidelines.

A Managed Care organisation, such as an HMO, will have subscribers (individuals & corporations) paying periodic fees for most of their healthcare needs. The care will be given at specific institutions, by specific providers, using specific guidelines, drugs, products, for that predefined subscription rate, independently of the real cost for the HMO of providing these services ("risk sharing" concept).

The way these managed care organisations are managing the cost efficient delivery of Health Care is an effective combination of 2 elements:

- Disease management
- Information exchange networks,

and that is where they are close to what is going to happen in Canada (and is already being discussed in Ontario) and in other parts of the world very soon.

Why? Because most of the players are likely to be satisfied with this global approach: — governments (as the state of California with its Managed Care Plan since 1994) — as well as patients (well looked after), — most healthcare providers (being empowered by their crucial role in the global picture) — and the pharmaceutical industry (with an important part in the play, as several companies have already demonstrated in several ways, from acquisitions of mail order and PBMs organisations to generic alliances and other participations in companies with a potential managed care involvement).

* Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada
** Canadian Drug Manufacturers Association

HOW WILL IT WORK ?

In a Managed Care world, healthcare delivery will be called: Disease Management / Case Management / Treatment Protocol or Algorithm / Treatment - Disease Guidelines / Wellness Improvement... By looking at the global picture, it becomes possible to consider a combination of preventative measures, education, and even innovative "expensive" drugs as a cheaper alternative to hospitalisation (at a cost sometimes higher than \$1,000 per day!) or poor "partial" management. Every way to ensure or improve wellness, and avoid diseases and expensive consequences could then be considered, from education, better diagnostic, diet, homeopathy, massage, psychotherapy, etc... What is important is to develop the right combination for the right disease and to make it the most cost effective, not with only the cost in mind but the outcome first. In this perfect managed care scenario, where the right algorithms (treatment protocols) have been developed and the treatment guidelines are being implemented, everybody could again become satisfied with the system.

The pharmaceutical industry has a strong vested interest to develop ideal treatment guidelines / protocols which will include everything which is needed to treat a patient at a negotiated price. Individual companies will establish partnerships with the governments to be the one "taking care" of a given disease for a certain price (and risk sharing). They will have to be able to add to their innovative drugs other generics, services, education and prevention programs, etc... and keep the "package" effective and competitive with time. Hospital stays should become shorter, number of beds should be reduced, home care services should increase and improve, administered by health professionals employed by private sub-contractors companies. Governments will be sure to control and reduce their costs and at the same time to improve the quality of care instead of having to make difficult and unpopular choices on a continuing basis as before. They will also be able to reduce significantly the size and operating costs of the infrastructure and to increase the regionalisation of healthcare, for the good of everyone. In every element of the above scenario, it becomes obvious that the first one to benefit from a competition aimed at delivering the best outcome is going to be the patient, and everybody should be satisfied.

But if you think that this seems too good to be true, you will be almost right because it is not possible to do it all at once and immediately for two reasons.

The main reason is that the key to the development

of good, optimum algorithms and disease guidelines is the existence of integrated information networks to collect, gather and analyse good clinical data, from which raw patient data from their charts, as well as health economic and quality of life data will be used to do valid outcomes research and help establish practice guidelines and control that they are enforced. This process has begun, and a lot of databases exist already, from provincial formularies, hospitals, telephone companies (to optimise cable use), private companies, health networks, pharmacists, drug mail order companies, etc... A lot of softwares still have to be designed in order to be able to collect rapidly, completely and continuously clinical, administrative and economic data in Health Information Networks.

The second reason is time. Even if we assume that we have all the information needed to develop the right treatment guidelines for a given disease, it will still require time to establish, test, validate them and then negotiate with the government(s) the contracting out of such disease management (may be in a competitive situation). Just imagine the number of times this process will have to be repeated and you will understand that this will have to take a long time,... and if you assume rightly that no disease, nor its treatment will stand still for ever and that the algorithm will have to be modified on a continuous basis,...it will continue to take time forever.

But as we have seen that this vertical and horizontal integration of providers, payers and manufacturers seems to be the only solution to continue to reduce costs and improve quality in healthcare... we should, despite the potential difficulties and limits, stand behind such an approach as it seems to serve us all.

If every province in Canada is trying its own approach to the healthcare issue it seems that Ontario is going ahead a little faster in the managed care direction: — out sourcing of home care services, diagnostic and lab-tests have been a reality for a while and renal dialysis may follow, — drug mail order exist, — hospital information networks exist in Toronto, — and the recent announcement of hospitals closures and mergers in the GTA (Greater Toronto Area) may force a few more steps in the Managed Care direction.

The Government of Ontario seems to encourage it, and if these attempts were to be successful, as I wish they will be, it will be excellent news for Canada, as I believe all provinces will benefit from such an approach, as well as other countries with a single payer: the Government.

For a good quality Health Care at a better cost, even if it takes time, it is worth trying, don't you think? ♦



UNE FORCE EN MOUVEMENT



Une position de premier plan dans plusieurs créneaux spécialisés: une gamme complète de matériel de transport-passagers ferroviaire; les avions d'affaires de Canadair et de Learjet; les avions de transport régional de Canadair et de de Havilland; les systèmes de défense aérienne rapprochée de Shorts; la motoneige Ski-Doo®; la motomarine Sea-Doo®.



Une compétence reconnue dans la fabrication de composants de cellules d'avions et de nacelles de moteurs.

**Une entreprise canadienne
qui privilégie la gestion
décentralisée et
la croissance à long terme.**

Des installations de fabrication en Amérique du Nord et en Europe: Canada, États-Unis, Mexique, Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, France, Royaume-Uni.

Des marchés dans quelque 60 pays.

Un effectif de 37 000 personnes.

Stratégie, organisation

ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

À l'instar de pans entiers de l'économie, le secteur de la santé au Québec participe activement au développement et à l'utilisation des « nouvelles technologies de l'information ». Il constitue actuellement un axe de développement prioritaire dans le domaine des autoroutes de l'information.

Le vieillissement de la population, la pression croissante de la société pour une médecine de qualité et de haut niveau, ainsi que la forte contrainte budgétaire pesant sur le gouvernement sont autant d'éléments qui ont poussé les acteurs du secteur de la santé à redéfinir ensemble leurs grandes orientations stratégiques, à la fois en termes de choix technologique, de structure du réseau, d'organisation et de financement de la santé.

Dans ce contexte, le recours aux nouvelles technologies de l'information accompagné de profondes modifications structurelles et organisationnelles, constitue la pierre angulaire du changement, et représente une option stratégique qui a l'avantage de revêtir un intérêt scientifique et médical d'une part, économique et social d'autre part. C'est en réunissant ces deux dimensions que les investissements trouvent toute leur légitimité.

Les projets sont nombreux. En voici un tour d'horizon, loin d'être exhaustif bien sûr.

Télémédecine

La télémédecine peut être définie comme une prestation interactive à distance de services de santé grâce à la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, voix, données, textes, vidéos).

• Le projet de télémédecine entre l'Hôpital Cochin à Paris et l'Hôtel Dieu de Montréal est un bel exemple de coopération scientifique et technologique franco-québécoise.

Entre novembre 1994 et février 1995, une vingtaine de patients ont fait l'objet de télédiagnostic entre ces deux centres hospitaliers. Les interven-

Olivier Dubos
Attaché commercial adjoint
Poste d'expansion économique
de Montréal

tions chirurgicales, retransmises outre-mer, ont permis aux spécialistes d'échanger leurs diagnostics en direct, dans un environnement de visio-conférence voire de télé-interprétariat.

La qualité des images scanner était garantie grâce aux technologies mises en œuvre par Bell Canada, CBCI Télécom, et le Téléport Paris - Île de France.

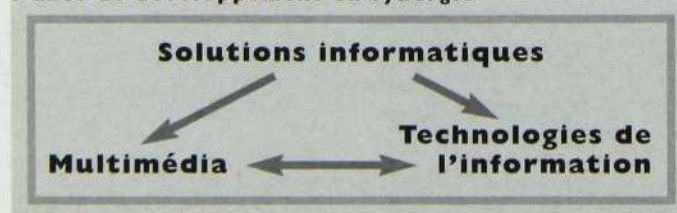
Des applications en médecine nucléaire, en transmissions d'échographies sont prévues pour 1996.

• Dans le même domaine, une application de télé-médecine fut mise en place lors du Grand Prix Molson Canada (Juin 95) par l'équipe de traumatologie de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal, permettant la transmission d'images et de données médicales entre un centre de soins mobile situé près du circuit automobile et l'Hôpital du Sacré Cœur. Pour cette première mondiale, les aspects technologiques étaient assurés, là encore, par Bell Canada et CBCI Télécom.

• Un projet de télédiagnostic en milieu clinique doit également permettre de relier 15 centres hospitaliers au Québec. Cette expérience vise à poser les jalons d'une nouvelle organisation du système de santé au Québec, ouvrant la voie à des prestations plus efficaces et plus économiques. Parmi les partenaires, citons Gecko Electronique, le Cefrio, Bell Québec et Québec Téléphone, le groupe IST (Division Santé), le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et 15 centres hospitaliers participants.

Au Québec, et plus globalement au Canada, la télé-médecine apparaît donc comme un moyen efficace de briser l'isolement géographique des médecins en régions éloignées, d'augmenter le niveau des soins dispensés, et peut constituer également, à terme, un facteur de réduction des coûts associés à la médecine.

3 axes de développement en synergie



La Carte Santé

Cette carte à micro-processeur, que possède le patient, contient l'intégra-

lité de son dossier médical, à travers 5 zones distinctes: identification, urgence, vaccinations, médicaments et enfin suivi-médical.

L'Université Laval et la Régie de l'Assurance Maladie du Québec ont pour mission le développement et l'implantation de cette carte, actuellement en expérimentation dans la région de Rimouski.

Les aspects de sécurité et de confidentialité constituent une condition sine qua non du projet, le principe de base étant que l'information appartient au patient.

Novateur, ayant surmonté le problème de la confidentialité de l'information, le projet fut présenté devant la réunion du G-7 à Bruxelles en février dernier.

UBI Santé

Il s'inscrit dans le cadre de l'introduction de la technologie UBI (télévision interactive) dans 34000 foyers de la région Saguenay - Lac St-Jean.

Fruit d'un travail collectif entre Vidéoway Multimédia, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de cette région, ainsi que le MSSS, le système permettra au patient en convalescence, grâce au télémonitoring et à un terminal vidéo-numérique, d'être en relation constante avec le centre de soins dont il dépend.

SIDOCI

Ce projet, devenu aujourd'hui MEDIVISION, mené principalement par le groupe IST (Division Santé) et DMR, est un système d'information clinique multidisciplinaire centré sur le patient. Les prescriptions, requêtes, résultats et notes sont des parties intégrantes du dossier-patient centralisé. Toutes les informations sont transmises aux professionnels électroniquement.

Ce projet est aujourd'hui expérimenté dans 4 sites pilotes, que sont le Centre Hospitalier de Gatineau, de Sainte Justine, de Valleyfield et enfin celui de Pierre Boucher.

Utilisant les nouvelles technologies de l'information, il s'inscrit, tout comme UBI, dans la logique de restructuration et de réorganisation du système de soins au Québec.

De nombreux autres projets sont en cours, comme celui de Réseau Santé Québec qui assure notamment le transfert électronique de résultats de laboratoires vers les centres hospitaliers, l'archivage et la consultation à distance d'images médicales. Y sont associés le groupe IST (Division Santé), Bell, Bell Sygma, et General datacom.

Liaison SSS se positionne comme un système d'information à l'usage des professionnels des CLSC, assu-

rant l'échange de données entre les établissements, la régie régionale, le Ministère de la santé.

L'EDI est également déjà utilisé par les hôpitaux du Québec afin de centraliser les commandes de fournitures dans un centre régional, ce qui est générateur d'économies d'échelles.

Ces divers projets mettent tous l'accent sur la communication et l'utilisation de l'autoroute électronique. Chirurgie d'un jour, traitement à domicile, virage ambulatoire (c'est-à-dire l'externalisation d'activités autrefois gérées en hôpital) constituent les principaux axes de la reconfiguration du système de santé au Québec, et s'inscrivent parfaitement dans la volonté de regrouper des hôpitaux, de créer des centres de référence, des centres spécialisés auxquels les autres établissements pourront se référer.

L'enveloppe du Fonds de l'Autoroute de l'Information au niveau provincial, celle du programme CANARIE au niveau fédéral, ainsi qu'une fiscalité particulièrement favorable à la R&D représentent une aide financière non négligeable au développement des nouvelles technologies appliquées au domaine de la Santé.

Les initiatives, impulsées par le secteur privé et le secteur public, confirment que le système de Santé au Québec est en phase de discontinuité organisationnelle et que le point de rupture auquel il est rendu constitue un puissant vecteur de changement et de développement technologique.

À l'heure où la notion de partenariat tend à succéder à la traditionnelle notion d'économie concurrentielle — le concept de « nouvelle économie » s'applique de façon très pertinente au Québec —, cette évolution du secteur de la santé constitue une occasion unique de créer de nouveaux partenariats industriels franco-québécois, et bien sûr de renforcer la coopération scientifique entre les deux pays ♦

PELLEMON

Services
d'ingénierie

Bâtiment
Énergie
Environnement
Industrie
Travaux publics

8000, boul. Décarie
Montréal (Québec)
H4P 2S4
Tél. : (514) 735-5651
Fax : (514) 737-7988

LA CRISE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

et le rôle-clé des nouvelles technologies

« La médecine changera plus durant les 20 prochaines années qu'elle n'a pu le faire au cours des 2000 dernières.* »

Dans la plupart des pays dits industrialisés, de grands facteurs de changement tels le vieillissement de la population, l'émergence de nouvelles tendances sociales, la crise des finances publiques et l'accélération des développements technologiques appellent une réinvention complète des systèmes de santé. À plus ou moins court terme, ce sont les principes de base, les structures, les règles de jeu et les pratiques mêmes qui risquent d'être modifiés radicalement.

- Toutes les provinces canadiennes entreprennent des processus majeurs de réorganisation centrés autour des axes suivants : contraintes budgétaires, régionalisation, regroupement d'établissements de santé, réduction du nombre de lits de courte durée et rôle accru des services de première ligne.
- Aux États-Unis, malgré l'échec du plan de réforme du président Clinton, un vent de transformation secoue les institutions de santé, appelées à se réinventer via les mécanismes du marché et une approche réglementaire.
- Les pays d'Europe occidentale ne sont pas en reste. Que ce soit la France, l'Angleterre, l'Allemagne ou les pays scandinaves, tous sont en voie de réorienter leur système de santé selon de nouvelles réalités sociopolitiques et économiques.

Alors que partout de grands débats sont en cours et que plusieurs changements se dessinent et s'implantent déjà, fondamentalement, ce sont les mêmes grandes problématiques qui sont en cause. Soient :

- l'escalade des coûts du système ;
- son mode de financement ;
- son organisation ;
- l'impact réel sur l'état de santé de la population ;
- la pertinence et la mesure exacte de l'efficacité des pratiques ;
- l'émergence de nouveaux problèmes éthiques et moraux ; et
- l'implantation des nouvelles technologies.

À cet égard, dans beaucoup de pays dont le Canada, la crise des systèmes de santé impose la résolution d'un problème a priori insoluble, l'atteinte simultanée de deux objectifs qui semblent nettement contradictoires : l'amélioration de la qualité des soins et, parallèlement, la diminution des coûts.

Le rôle des nouvelles technologies

Les nouvelles technologies — celles dites de l'information et celles qu'on pourrait qualifier de médicales — ont sans aucun doute un rôle important à jouer. Entraîneront-

Eric Raza, M.Sc. A.

Conseiller principal
Innovtech inc.

elles des contraintes additionnelles en termes de coûts ? Ou, au contraire, s'agit-il d'une occasion unique de transformation ? Ce sont là deux grandes questions, deux facettes d'une

même interrogation dont la réponse relève, pour plusieurs, d'analyses coûts-bénéfices longues et minutieuses et, pour quelques-uns, d'actes de foi inévitables.

Au moins jusque dans les années 70, les technologies n'étaient qu'une composante relativement mineure de la prestation des soins de santé. Il s'agissait alors surtout d'outils, de techniques et d'utilitaires, au même titre que la scie du menuisier ou la règle à calcul de l'ingénieur.

Depuis, l'accélération des développements ont graduellement conféré aux technologies un rôle et une importance potentielle croissante, que ce soit dans la salle d'opération, dans le bureau du gestionnaire de l'hôpital ou dans les locaux de l'infirmière. Les toutes dernières techniques d'imagerie, l'avènement de la chirurgie minimalement invasive, le concept du dossier patient électronique ou, plus généralement, l'apparition des systèmes d'information cliniques, pour ne citer que ceux-là, promettent aujourd'hui sinon une réinvention du moins une réorganisation en profondeur de la pratique même des soins.

Le potentiel des nouvelles technologies

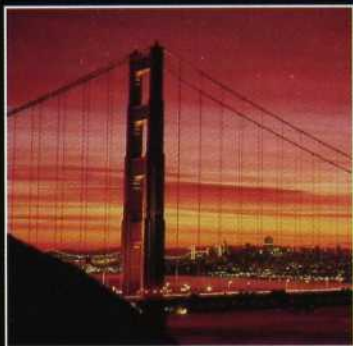
Nombre d'intervenants invoquent, à juste titre, le coût d'implantation de ces nouvelles technologies et doutent de leur capacité réelle, du moins dans un proche avenir, à apporter des solutions concrètes et économiques à la crise actuelle des systèmes de santé.

Cependant, il est indéniable que le potentiel réel des technologies, en particulier celles dites de l'information, reste largement inexploité dans le secteur de la santé.

Au Québec, le système de santé représente la plus grande entreprise gouvernementale avec 250 000 employés. Selon l'économiste Nuala Beck, ce secteur emploierait plus de personnes que les industries traditionnelles de la construction, de l'automobile, de la foresterie, des mines, des textiles, du vêtement et de l'ameublement réunies. Et pourtant :

- En Amérique du nord, selon une étude menée par Deloitte & Touche (1994), le secteur de la santé dépense, en pourcentage du budget opérationnel, jusqu'à 9 fois moins que le secteur des services financiers en technologies de l'information (0,7% contre 6%) (voir figure 1).

* Chef, Royal College of Surgeons des États-Unis.



La Banque Nationale de Paris (Canada), qui travaille en contact étroit avec :

- le réseau international implanté dans 77 pays,
- la Direction des Financements de Projets à Paris,

est en mesure de vous faire bénéficier de la compétence de la BNP dans le secteur des infrastructures.

Le montage et le financement de vos projets au Canada comme à l'étranger seront traités avec professionnalisme et succès par nos experts.

Responsable des Financements de Projets au Canada

M. Vincent JOLI-COEUR
Montréal

Tél. : (514) 285-2904

Télec. : (514) 285-6207

La Banque de référence

dans les financements

de projets

d'infrastructures



Banque Nationale de Paris
(Canada)

Implantations des cellules de Financements de Projets du Réseau BNP :

Europe: Paris, Londres, Madrid, Lisbonne, Milan

Amériques: New York, Los Angeles, Montréal

Asie: Singapour, Hong Kong

Océanie: Sydney

• D'après Statistique Canada (1994), les recettes de l'industrie de la production de logiciels et des services informatiques proviennent pour environ 6% du secteur de la santé, contre 27% des finances et des assurances et, par exemple, 17% des secteurs de la foresterie, des mines et des industries manufacturières. (voir figure 2)

• Les dépenses totales du système de santé québécois en technologies de l'information sont d'environ 132 millions de dollars (MSSS, 1995), soit à peine 1% d'un budget total de 13 milliards de dollars et un montant inférieur à celui consacré par la Banque Nationale du Canada.

Plusieurs experts américains, dont David R. Hanke, auteur de « Information Technology: The Competitive Advantage in a Changing HealthCare Environment (1994) », estiment que, sur une base transactionnelle et informationnelle, il y a de grandes similitudes de processus entre le secteur de la santé et le secteur financier. Tous deux sont de grandes consommatrices d'information et sont structurés autour du traitement et de la gestion de celle-ci. David R. Hanke va même jusqu'à estimer qu'un hôpital communautaire de 300 lits équivaut à un réseau de plus de 180 succursales bancaires traitant environ 500 000 transactions par jour.

La comparaison entre le secteur de la santé et le secteur financier est donc particulièrement intéressante en termes d'investissements technologiques. À toutes fins pratiques, elle fait ressortir qu'aujourd'hui, les établissements de santé se trouvent au même point que les banques, quinze ans plus tôt, avant la grande vague d'automatisation, à l'époque où des activités telles la vérification de chèques, les annulations et les aiguillages étaient des opérations manuelles intensives.

Le paradoxe de la productivité

S'il y a donc une dissonance grave entre les investissements technologiques réels et les besoins pressants du système de santé, tout permet de croire que le potentiel resté inexploité pourra raisonnablement contribuer à la résolution de l'équation « amélioration des soins-diminution des coûts ». Cependant, pour réellement emporter la conviction, un mythe reste à détruire.

Dans les années 70 et 80, plusieurs analystes se deman-

daient pourquoi les milliards de dollars dépensés dans les ordinateurs ne semblaient pas augmenter la performance des compagnies. L'impact anticipé n'était pas au rendez-vous, ce qu'on a appelé le *paradoxe de la productivité*. Cette observation sert encore aujourd'hui de rhétorique à nombre d'intervenants de

la santé qui prônent une approche défensive envers les technologies de l'information. Mais tout indique que ce fameux paradoxe de la productivité a disparu. En particulier, un chercheur du M.I.T. (Érik Brynjolfsson, 1993) s'est employé à démontrer qu'il fallait désormais parler de *rentabilité technologique* (« Technology Pay-off »). Son étude, menée de 1987 à 1991 sur 367 grandes entreprises aux États-Unis, et dont les résultats ont été repris depuis par nombre de chercheurs, a conclu, entre autres, que le retour sur investissement du capital investi dans l'équipement informatique était supérieur au retour sur investissement de tout autre type d'investissement en capital.

FIGURE 1

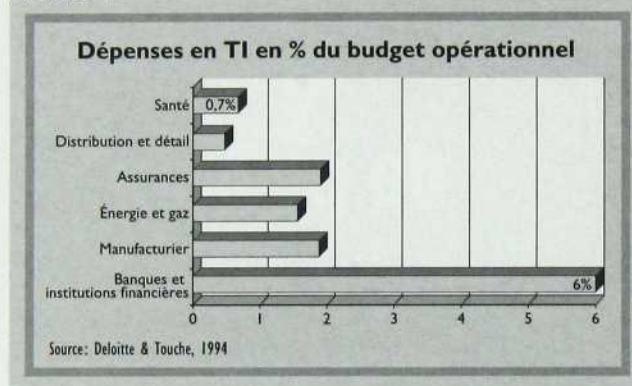
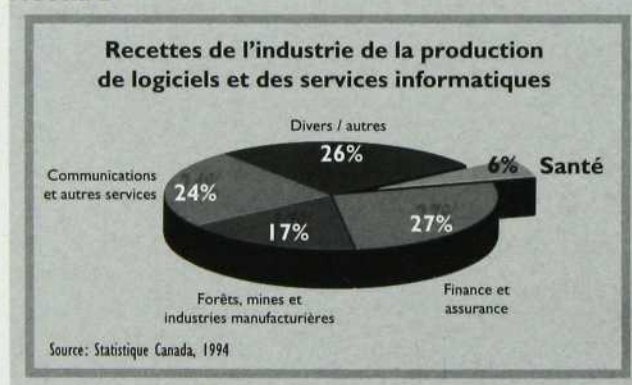


FIGURE 2



Les systèmes de santé et le « Concurrent Engineering »

En définitive, à en croire les experts cités, les systèmes de santé doivent donc de toute urgence embarquer dans le train technologique. Il faut rattraper un retard considérable d'autant plus critique que le potentiel resté inexploité peut être un des éléments clés de la résolution de la crise actuelle.

Au Québec, depuis quelques années, on parle de « reconfiguration », une approche qui, en matière de technologie, préconise, entre autres, une réingénierie articulée autour d'analyses coûts-bénéfices préalables et systématiques.

Il y a lieu cependant de se demander si le temps ne manque pas pour peser et soupeser longtemps encore des actions inévitables dans un contexte d'impasse économique, structurelle et organisationnelle. À cet égard, nous sommes convaincus qu'il faudra favoriser plutôt une approche inspirée du concept de « concurrent engineering », issu de la grande réorganisation de l'industrie de l'automobile:

- favoriser la mise sur pied de projets technologiques concrets en sites-pilotes;
- procéder à des implantations phasées mais immédiates; et
- mener de façon parallèle et incrémentale les analyses économiques qui serviront de balises décisionnelles, au fur et à mesure des phases d'implantation •

La sous-traitance des services d'hôtellerie en MILIEU HOSPITALIER

Le point de vue du Groupe Sodexo, chef de file mondial de la restauration et des services aux collectivités*

Les pays industrialisés, nous le savons, sont soumis à de fortes compressions budgétaires. Les problèmes du Québec ne sont pas exceptionnels, ni par leur ampleur, ni par leur complexité. Les gouvernements éprouvent de plus en plus de difficultés à répondre aux nouveaux besoins du secteur de la santé. Les services font l'objet de questionnement quant à leur financement, leur accessibilité et leur qualité. C'est pourquoi plusieurs pays ont initié des réformes en profondeur afin de revoir la dimension et les modes d'intervention de leur secteur public. Au Québec, les services de santé sont en pleine reconfiguration pour qu'ils deviennent plus productifs et plus performants, afin de réduire de façon importante les dépenses gouvernementales.

Un choix difficile pour les hôpitaux

Les services alimentaires, pour réaliser leur mission, ont dépensé en 1992-93 environ 600 millions de dollars, dont près de 75% pour couvrir la rémunération des ressources humaines.

Tirailés entre la gestion directe et la sous-traitance, les hôpitaux ne parviennent pas toujours à s'engager dans cette voie. Car faire appel à une entreprise privée entraîne souvent des décisions déchirantes même si, dans bon nombre d'hôpitaux, les services alimentaires tendent à devenir un enjeu important.

Au Québec, une douzaine d'établissements publics seulement ont fait appel aux entreprises privées et ont ainsi concédé leurs services alimentaires. C'est une proportion très faible comparée aux marchés des entreprises et administrations ou des établissements scolaires. Mais cela constitue aussi une raison d'espérer pour les sociétés de restauration collective, qui peuvent ainsi penser récupérer une part des 33 millions de jours/repas servis chaque année dans les 500 établissements hospitaliers à travers le Québec.

John Swatski
 Directeur des opérations
 Division Santé
 Sodexo Canada inc.

naire », remarque ainsi M. Jean-Yves Folliot, Président de Sodexo Canada, principalement à cause des nombreux freins inhérents à ce secteur. Les services alimentaires et de nutrition du Québec em-

ploient en effet 20,000 personnes dont 8,000 sont à temps plein. L'intervention d'une société extérieure oblige l'hôpital à redéployer son personnel; les conventions syndicales actuelles ne permettent pas de telles réorganisations et la garantie d'emploi est un handicap supplémentaire.

La gestion déléguée

Elle représente l'une des formes les plus fréquentes du partenariat public-privé. L'hôpital confie au sous-traitant la mission de gérer son service alimentaire. Le gestionnaire établit, de concert avec l'hôpital, un plan directeur définissant les objectifs, les actions à entreprendre et les résultats attendus. Il est ainsi fait appel au savoir-faire des entreprises privées et à l'expertise qu'elles ont développée et qu'elles rendent accessible à leurs clientèles. Les gestionnaires de la firme en place se rapportent à la structure administrative de l'hôpital et à la firme tout en faisant partie de la vie quotidienne de l'établissement.

L'organisation du travail dans un nouvel environnement technologique

En mars 1994, L'Hôpital Général LaSalle, en banlieue de Montréal, inaugure sa toute nouvelle cuisine fonctionnant sur les principes de la liaison froide. D'une cuisine désuète, les employés se retrouvent dans un nouvel environnement moderne, muni d'équipements de haute technologie. L'hôpital demande à Sodexo d'apporter sa collaboration pour l'implantation d'une nouvelle organisation du travail et de mettre en place un mode de gestion participatif qui permettra d'impliquer et de motiver le personnel.

Suite à l'atteinte des premiers objectifs, l'hôpital accorde à Sodexo en décembre 1994 le contrat de gestion déléguée de son service de diététique. Le nouveau mandat consiste aujourd'hui à utiliser l'expertise du ges-

« La sous-traitance dans le secteur public reste encore embryon-

* Sodexo emploie 110 000 personnes réparties dans 60 pays sur près de 12 000 sites, dont plus de 1500 établissements de soins de santé, et réalise un chiffre d'affaires de 21,2 milliards de francs (environ 5,8 milliards de \$)

tionnaire pour la restructuration de la nutrition clinique, des opérations et de l'informatisation, avec comme objectif principal, de diminuer les coûts jours/repas et de préparer le service alimentaire à doubler son volume d'activités en 1996.

Comment autofinancer les rénovations de ses services alimentaires

L'hôpital de Montréal pour Enfants est un hôpital universitaire de 214 lits. Cet établissement, comme beaucoup d'autres, possédait des installations de cuisine vétustes qui ne répondaient plus aux besoins de la clientèle.

L'hôpital avait également un problème de distribution décentralisée des plateaux, où les repas étaient portionnés sur les étages. En 1989, l'Administration était donc à la recherche d'une solution qui lui permettrait à la fois de rénover son service et de trouver un système de distribution des plateaux plus économique. L'hôpital accorde à Sodexho un premier mandat d'étude de faisabilité, pour ensuite gérer et coordonner le projet de rénovation l'année suivante.

Avec l'expertise de ses filiales européennes, Sodexho met en place le concept de cuisine compartimentée et y implante les technologies adaptées. La production alimentaire se fait aujourd'hui en liaison froide sur 5 jours. Les plateaux sont montés à froid sur une chaîne centrale de distribution et rethermalisés sur les étages. La production alimentaire est maintenant fonctionnelle pour les nouveaux besoins de la clientèle et respecte des contraintes majeures d'espace et de budget. Pour mener à terme un tel projet, Sodexho a dû former les employés et le management à ces nouvelles technologies.

La cafétéria a aussi été rénovée avec une ligne de service redessinée afin d'améliorer l'utilisation restreinte de l'espace disponible. De plus, Sodexho a élaboré des menus spécifiques pour les

besoins des enfants et mis à leur disposition un menu à la carte. Les installations du service alimentaire sont maintenant modernes, performantes et efficaces, elles répondent aux démarches proposées dans les différents rapports sur la réingénierie des services alimentaires. Le projet a permis de réduire les heures travaillées de 30% et d'améliorer la satisfaction du patient. Le réaménagement de la cafétéria a permis d'augmenter ses ventes de 20% et d'accroître le degré de satisfaction des employés. Grâce à l'atteinte des objectifs fixés, l'hôpital pourra en 1997, à la suite de son auto-financement, rediriger le surplus budgétaire libéré par le service alimentaire vers d'autres besoins et aura un des coûts par jour/repas les plus performants dans sa catégorie.



La possibilité de financement

dans les projets en partenariat

Il apparaît donc clairement que les solutions apportées par le secteur privé répondent à des besoins spécifiques identifiés avec l'établissement hospitalier. Dans d'autres situations, les hôpitaux n'ont pas les moyens d'investir et demandent parfois d'apporter des solutions de financement. La France a une longue tradition de recours à des partenaires privés pour l'investissement et la gestion des services publics.

En effet, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système requiert, dans la majorité des cas, des investissements pour le renouvellement d'équipement désuet, l'implantation de technologies nouvelles et de nouveaux procédés de production fort onéreux.

Au mois d'avril 1993, le CHG (Centre Hospitalier Général) de



Longjumeau, en banlieue parisienne, a confié à Sodexho un contrat de gestion déléguée. Établi pour une durée de quinze ans, ce contrat implique le financement pour

L'expertise en GESTION DE LA SANTÉ, où que vous soyez!

Innovation

Le Groupe Champlain Inc.

Gestion en propre de centres d'hébergement et de soins pour **personnes en perte d'autonomie**

Performance

Partenariat

Hôpital Service GSS Inc.

Gestion des services auxiliaires de la santé - (Restauration - Entretien ménager - Buanderie)

Les Résidences Champlain Inc.

Gestion pour le compte de tiers, et en propre, de résidences pour **personnes semi-retraités et retraités**

Perspectives

Qualité

GSS N.A. Inc.

GÉNÉRALE DE SERVICES SANTÉ N.A. INC.

Pour un milieu de vie tel
que vous le souhaitez!

Sodexo de trois grands chantiers: la restructuration de la cuisine, l'aménagement d'un nouveau restaurant pour le personnel (1250 salariés) et la mise en place d'un système informatisé de prise de commandes des repas. Le CHG de Longjumeau abrite 650 lits, dont une maison de retraite de 50 places et un centre de convalescence et de réadaptation fonctionnelle de 120 lits.

À travers ce partenariat, Sodexo a su répondre aux exigences de son client dans quatre domaines: qualité de prestation, innovation dans la conception d'équipements performants, optimisation des coûts de fonctionnement et évolutivité de la prestation dans le temps, avec le projet de l'établissement, dans le cadre d'un engagement clair et global à long terme.

Cuisine centrale: une réponse aux attentes de 19 établissements?

Il y a plus de deux ans, un regroupement d'hôpitaux de la région métropolitaine de Toronto forme un comité dans le but d'explorer les possibilités de centraliser la production et la distribution de 20 000 repas quotidiens (hors cafétérias) de façon à réaliser des économies tout en rencontrant de hauts standards de qualité. Le groupe est composé de 19 hôpitaux de courts et longs séjours, totalisant plus de 7500 lits.

Après un long et rigoureux processus de sélection, le groupe a choisi de s'associer à Sodexo pour son expérience notable et ses connaissances de la technologie pour les cuisines centrales: Sodexo gère plus de 90 cuisines centrales à travers le monde.

Sodexo conduit actuellement cette étude de faisabilité, travaille conjointement afin de répondre aux différents points délicats fréquemment soulevés dans un projet aussi complexe que celui-ci. Le groupe a formé six équipes de travail, en partenariat avec Sodexo, qui évaluent en

détails les normes nutritionnelles, le développement des menus pour les patients et/ou résidents, les systèmes de livraison, l'administration, la propriété et la gestion, les ressources humaines, la communication et les relations publiques.

À l'issue de cette étude, le regroupement hospitalier sera en mesure de décider du bien-fondé et de l'avantage de construire une cuisine centrale de production capable de combler ses besoins à moindre coût et selon des standards de qualité à la fois constants et élevés.

La satisfaction de la clientèle rémunère le gestionnaire

Le « Saint Barnabas Medical Center » de Livingston, NJ est un hôpital à but non lucratif comptant 620 lits. Confronté au défi quotidien de fournir des services de qualité aux patients, tout en diminuant les budgets, Saint Barnabas a effectué une étude détaillée de ses services diététiques et de contrôle de coûts. Voulant implanter un système de services hospitaliers qui amènerait Saint Barnabas vers le prochain siècle, le conseil d'administration a demandé à plusieurs sociétés de gestion de déposer des offres de services qui démontreraient plus d'imagination dans le but de créer un programme innovateur et efficace de gestion des coûts.

Le choix s'est porté sur l'approche de Sodexo dont le contrat lie la satisfaction de la clientèle avec la compensation financière du gestionnaire. À Saint Barnabas, les patients évaluent la qualité du service de la même façon que s'ils avaient à le faire dans un grand hôtel. Un questionnaire couvrant des éléments tels que la qualité des chambres, la qualité des aliments et le service aux chambres est distribué aux patients; le résultat de ce questionnaire est proportionnel à la compensation que Sodexo reçoit.

Sodexo USA a également révolutionné le service et la préparation des aliments à Saint Barnabas. Le centre de production a été imaginé en fonction du XXI^e siècle

Expertise + expérience Partager pour mieux réussir

Grâce à son réseau, notre équipe de professionnels du Québec est en mesure de vous orienter dans vos décisions à l'échelle locale ou internationale. Nous avons 447 bureaux répartis dans 118 pays pour vous offrir expertise + expérience !

Price Waterhouse

Comptables agréés, conseillers en gestion



avec un équipement à la fine pointe de la technologie, permettant de combiner les méthodes de production pour les aliments pré-préparés et les aliments conventionnels. La cuisine a été conçue pour atteindre un niveau de productivité maximum avec un minimum de perte d'aliments et un usage optimal des équipements, grâce à l'apport du design et de la technologie européenne qui n'avaient jusqu'à maintenant jamais été implantés aux États-Unis.

Les innovations Sodexho se sont révélées tant au plan qualitatif que quantitatif. La qualité et le service se sont grandement améliorés et les résultats à la hausse des évaluations reflètent la satisfaction des patients. Le réaménagement de la cuisine a dégagé 30% de la surface disponible qui était auparavant utilisée pour la préparation des aliments et, tel qu'anticipé, il y a maintenant moins de gaspillage dans la cuisine, ce qui réduit aussi les coûts d'enlèvement des déchets.

L'intégration des services hôteliers et environnementaux

Le « Boston University Medical Center Hospital » est un hôpital à but non lucratif affilié à un centre de recherches de haute réputation. Comme plusieurs hôpitaux, ses services non médicaux ont été divisés en différents segments tels que Services Alimentaires et Services Environnementaux. Il y avait très peu de cohésion et de collaboration entre les départements et le système ne fonctionnait pas au profit des patients.

La direction de l'hôpital a alors voulu réorienter le système de soins aux patients, alors perçu comme une foule de « tâches », en un système orienté sur le service: le patient est maintenant perçu comme un convive.

En 1991, l'hôpital fait appel au Service d'entretien ménager de Sodexho USA. En six mois, les relations de travail entre employés changent de façon très satisfaisante et la propreté du bâtiment s'améliore grandement.

L'hôpital décide ensuite de confier, également à Sodexho, son département de Services auxiliaires. Cette décision permet une restructuration complète des Services administratifs et l'intégration de Sodexho dans presque tous les départements non médicaux de l'hôpital.

Sodexho et l'Hôpital ont consacré un an à l'implantation du nouveau système de soins aux patients. Sodexho gère à présent 16 départements différents, de l'entretien ménager aux services alimentaires en passant par la sécurité, la maintenance, la livraison et le service d'aménagement.

Une nouvelle équipe de gestionnaires orientés sur le service a été constituée. Au lieu d'un Directeur des services environnementaux, l'Hôpital a maintenant un Direc-

teur des services aux convives. Tous les employés reçoivent une formation d'accueil qui leur apprend à considérer les patients comme des convives. Ce changement n'est rien de moins qu'un renouveau de culture pour les employés.

L'approche des services intégrés sert à améliorer la qualité des services et à réduire les coûts d'exploitation. Ce système nécessite moins de gestionnaires à l'exploitation et moins d'employés pour l'implantation. Le comité de gestion de l'Hôpital a indiqué qu'après les premiers six mois d'exploitation, Sodexho avait dépassé leurs attentes de performance et permis une réduction du budget d'exploitation d'un million de dollars pour l'exercice. Les résultats des enquêtes de satisfaction effectuées auprès des patients se sont révélés extrêmement positifs, confirmant ainsi que les convives sont eux aussi les gagnants.

Même si les appréhensions et réticences de la part du monde hospitalier demeurent nombreuses, en raison même des contraintes actuelles auxquelles il fait face, les exemples développés ci-dessus illustrent quelques uns des innombrables partenariats réussis entre les secteurs publics et privés. À n'en pas douter, ils constituent une des principales voies d'avenir dont disposent les gouvernements aux finances exsangues, à l'aube du 21^e siècle ♦

UN RÉSEAU INTERNATIONAL

Notre équipe de professionnels et nos services
multidisciplinaires :

des atouts précieux pour la réalisation de vos
projets d'exportation, d'implantation ou de
recherche de partenaires

Raymond Chabot International Inc., un alié dans
le développement de vos marchés
internationaux

CANADA
600, rue de La Gauchetière Ouest
Bureau 1900
Montréal (Québec) H3B 4L8
Téléphone : (514) 878-2691
Télécopieur : (514) 878-4326

FRANCE
Tour Fiat, Cedex 16
92084 Paris La Défense
Téléphone : (33,1) 47,96.63,90
Télécopieur : (33,1) 47,96.63,96



**RAYMOND, CHABOT,
MARTIN, PARÉ**

Société en nom collectif

LA FORCE DU CONSEIL



LE PARC SCIENTIFIQUE ET DE HAUTE TECHNOLOGIE DE LAVAL

Au coeur du parc

l'Institut Armand-Frappier

**l'Institut de recherche
en pharmacie industrielle (IRPI)**

*partenaires privilégiés
des entreprises
pharmaceutiques*



**LAVAL
TECHNOPOLE**



Des nouvelles technologies À L'ÉCOUTE DES PATIENTS

Le secteur de la santé subit actuellement des transformations profondes. Le virage ambulatoire, la fermeture d'hôpitaux obligeront les gestionnaires et les professionnels de la santé à revoir leur façon de travailler, tant au niveau technique qu'humain. Compte tenu de contraintes budgétaires, plusieurs pays dont le système de santé est public n'ont pas d'autre choix que de s'engager dans une reconfiguration de leur système de santé. Même si elle est essentielle, cette réforme globale doit toutefois être guidée tout au long du processus par une volonté d'améliorer la qualité des soins. Des nouvelles technologies et des nouveaux instruments médicaux pourraient aider les gestionnaires, les médecins et le personnel infirmier à relever cet important défi du secteur de la santé.

UN NOUVEAU STÉTHOSCOPE ÉLECTRONIQUE

Un nouveau stéthoscope entièrement électronique (STÉTHOS), bientôt mis en marché par Theratechnologies en collaboration avec la société Baxter, illustre bien l'apport de la technologie de pointe au milieu médical.

En raison de son acuité acoustique exceptionnelle, ce nouvel instrument représente une importante percée technologique par rapport au stéthoscope acoustique traditionnel. Il adapte les fréquences difficiles à entendre lors d'aus-

Johanne de Villers
Présidente, JDEVI Communications inc.

cultations cardiaques ou pulmonaires. Grâce à huit différents niveaux d'amplification, il permet d'accentuer ou d'atténuer les sons du cœur tout en réduisant efficacement les bruits ambiants environnants grâce à des filtres électroniques.

Ce nouveau stéthoscope ouvre aussi de nouveaux horizons à l'enseignement médical, au suivi du dossier

patient et à la télémédecine. Par l'entremise d'une carte d'interface et d'un logiciel, compatible à l'environnement Windows, il permet d'enregistrer numériquement les sons du cœur d'un patient et de les visualiser à l'ordinateur. Plusieurs stéthoscopes pouvant être branchés ensemble pour une écoute simultanée des sons cardiaques, STÉTHOS s'avérera sûrement un outil précieux pour l'enseignement aux futurs médecins. Par le biais de l'enregistrement informatique, il permet également de sauvegarder et d'archiver les sons entendus lors d'une visite d'un patient et ainsi de mieux suivre l'évolution des conditions de santé du patient. De plus, le nouveau stéthoscope électronique ouvre une nouvelle voie à la télémédecine en permettant d'acheminer



STÉTHOS, le nouveau stéthoscope électronique de Theratechnologies

spécialisés les sons cardiaques digitalisés de patients habitant en régions éloignées et d'établir ainsi des diagnostics à distance. STÉTHOS, un nouvel instrument de diagnostic conçu pour les cardiologues, les omniprati-

ciens, le personnel infirmier et les médecins vétérinaires illustre bien l'importance pour les professionnels de la santé de s'adapter à des changements technologiques, notamment de nouveaux instruments médicaux plus perfectionnés qui leur permettront d'établir un diagnostic plus précis et par conséquent, de réduire certains coûts et d'améliorer la qualité des soins.

UN SYSTÈME D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

Dans le contexte actuel de la reconfiguration des services de santé, les gestionnaires de la santé auront besoin d'outils d'information pour évaluer l'effet de certains changements et de la mise en place de nouvelles structures sur la qualité des soins et des services de santé ainsi que pour assurer un suivi au fur et à mesure de l'implantation des nouvelles mesures.

Theratechnologies a récemment mis en marché, de concert avec les Systèmes Atrion, le système d'information SEQUS qui permet d'identifier les perceptions de la clientèle relativement à la qualité des soins fournis dans le milieu hospitalier plus spécifiquement aux services ambulatoires, soit à l'urgence, dans les clinique externes des hôpitaux et dans les CLSC, lors d'une hospitalisation de courte durée ainsi que lors de chirurgies d'un jour.

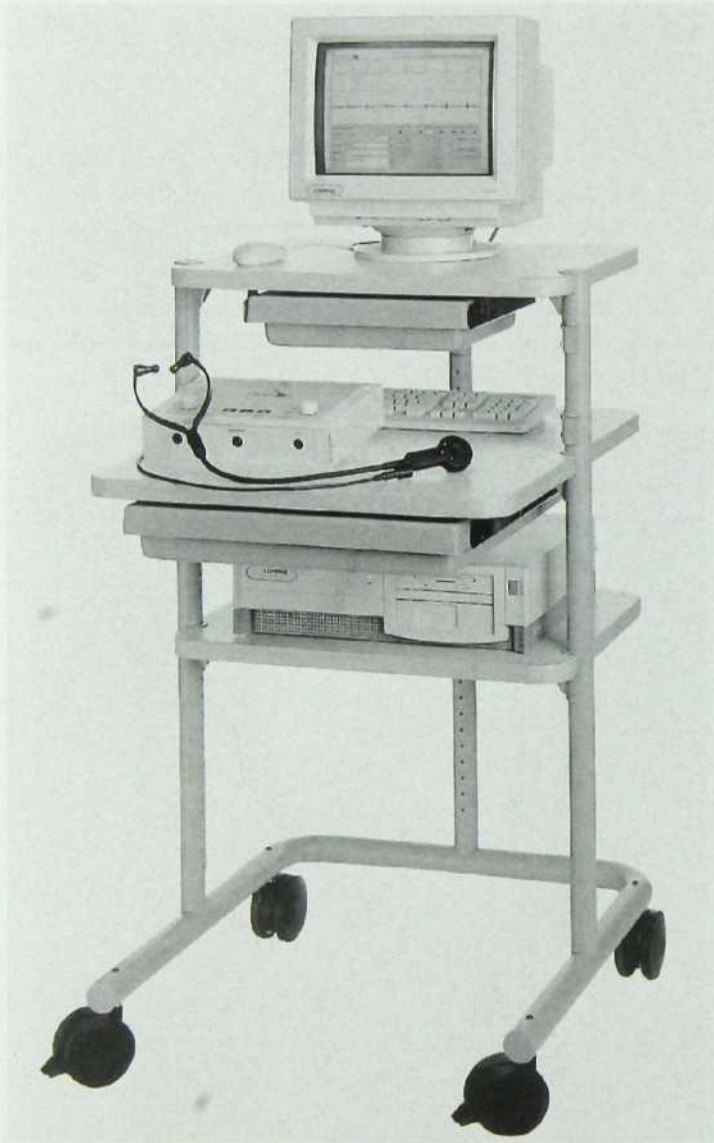
Le système d'information SEQUS, qui a été validé à l'Hôpital Notre-Dame, comprend une banque de questions ainsi qu'un logiciel permettant de créer des questionnaires adaptés aux besoins d'information, de saisir les données et d'analyser rapidement les résultats donnant ainsi accès à une évaluation efficace de la satisfaction des

usagers relativement aux différents services de santé. Il pourrait ainsi servir de guide aux directeurs d'hôpitaux et de centres de santé ainsi qu'aux médecins dans le processus d'implantation d'un système de santé visant l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé.

NOUVELLES TECHNOLOGIES ET ALLIANCES STRATÉGIQUES

En plus de la mise en marché de certains produits de diagnostic innovateurs, Theratechnologies, une société québécoise inscrite à la Bourse de Montréal, se spécialise dans la recherche et le développement de nouveaux produits thérapeutiques reliés à la santé humaine et animale. Ses travaux de recherche sont principalement axés sur les maladies cardiovasculaires, le cancer, la guérison des plaies et les maladies infectieuses telles que le SIDA.

Comme l'ont récemment démontré les nombreuses fusions dans le monde pharmaceutique, il est essentiel pour



Le stéthoscope électronique jumelé à l'ordinateur: un outil d'avant-garde pour la télé-médecine

des sociétés telles que Theratechnologies de conclure des alliances stratégiques avec d'autres sociétés pour commercialiser ses nouveaux produits diagnostiques ou finaliser la recherche dans le domaine thérapeutique. La société Theratechnologies s'est associée au printemps dernier avec la société française Vétoquinol pour la mise en marché et la distribution de tests diagnostiques vétérinaires. Dans le but de conclure des alliances stratégiques, Theratechnologies a également entamé des discussions avec d'autres sociétés françaises. Le développement et la mise en marché de nouvelles technologies dans le secteur de la santé repose sur l'établissement d'un solide partenariat entre différentes sociétés de haute technologie ♦

CCFC INFOS

É V É N E M E N T S C C F C

DÉJEUNER-CAUSERIE DU 29 AOÛT 1995

La Chambre recevait le 29 août M. Yvon Demers, Sous-Ministre des Transports du Québec et Président du XX^e Congrès de la Route. Voici un résumé de son intervention :

Les nouvelles exigences en matière de commerce, engendrées par la concurrence internationale croissante due à la disparition progressive des barrières tarifaires et aux accords de libre échange, le vieillissement des infrastructures routières et les nouveaux besoins de la population conduisent à rechercher une plus grande efficacité dans les activités de transport.

La recherche-développement et le transfert technologique sont deux des voies qui s'offrent au Québec comme à la France pour répondre à ces différents besoins et pour optimiser la portée de leurs interventions. La coopération franco-québécoise dans ces domaines a donné des résultats tangibles, elle a permis un échange de connaissances qui a contribué à parfaire les expertises de chaque côté dans plusieurs domaines et des transferts de technologies qui ont apporté des solutions à des problèmes routiers dans nos deux pays.

DÉJEUNER-CAUSERIE DU 16 NOVEMBRE 95

En collaboration avec le Cercle de la Finance Internationale de Montréal, nous avons reçu le 16 novembre 95, M. Jean-Claude Scraire, Président du Conseil et Directeur général de la Caisse de Dépôt et Placement du Québec.

M. Scraire a présenté la Caisse et ses liens croissants avec les structures publiques et privées, françaises et canadiennes. Ce déjeuner-causerie a attiré plus d'une centaine de personnes.

DÉJEUNERS TECHNIQUES : L'INVESTISSEMENT EN FRANCE.

La Chambre offre depuis septembre la possibilité à ses membres de s'informer de manière précise sur les divers aspects d'un investissement en France dans le cadre de petits déjeuners techniques. Ces séminaires sont animés par des spécialistes qui peuvent répondre à vos questions dans les domaines concernés (fiscalité, financement, comptabilité, social...). Le détail des interventions vous parvient régulièrement par fax-modem.

COCKTAIL DE NOUVEL AN DE LA CCFC

Cette année de nouveau, M. Joseph Bitton accueillera les membres de la Chambre dans les locaux de la Compagnie Cosmair pour notre cocktail de Nouvel An. Cet événement aura lieu le 17 Janvier 96; nos membres recevront début décembre un courrier de rappel de cette invitation. Le nombre de places étant limité à 120, il sera utile de nous donner réponse très rapidement.

TOURNOI DE GOLF DU 11 SEPTEMBRE 1995

La Chambre organisait le 11 septembre dernier son premier tournoi de golf. 130 participants se sont mesurés sur les verts du prestigieux Club de la Vallée du Richelieu, dans une ambiance chaleureuse propice à la détente mais également aux contacts d'affaires. La journée a été clôturée par un souper de qualité, la remise des prix aux gagnants et l'attribution par tirage au sort de cadeaux offerts par nos nombreux commanditaires. La réussite de ce tournoi nous a incités à le reconduire l'année prochaine, le 9 septembre et nous attendons déjà davantage de participants pour sa seconde édition.



De gauche à droite, Pierre LAPOINTE, Président de la CCFC, Carl MICHETTI (Cosmair), gagnant de l'édition 95 du tournoi de golf de la CCFC catégorie membre, Pierre DUMONT, Trésorier de la CCFC et Président du comité du golf, Olivier LEPARC, Directeur Général de la CCFC.



Foursome Price Waterhouse. De gauche à droite: Guy LEBLANC, René MENKES, Alain DUGAL, Pierre DUMONT

CCFC INFOS

NOUVELLES DE TORONTO

The first seminar organized by the French Chamber of Commerce took place in the Venice Room at the Sutton Place Hotel on October 4, 1995. The theme was Employee Benefits; The French Solution. The seminar was presented by M. Gilles Fréchet of Fréchet & Associated Ltd., an international consultant specialized in employee benefits.

The first part of the seminar focused on the legal and social framework of the French Employee benefit system. Employee benefits are actively negotiated by national unions through collective negotiations and at the company level, through work councils in areas such as working conditions, social programs, production, training. Employee benefits consist of retirement, death, survivors, disability, health care, workman compensation, unemployment and family allowances. Retirement benefits come from two mandatory sources: social security, national complementary programs (AGIRC for management employees, ARRCO for non-management employees).

The basic social security is calculated on the basis of trimesters credited in France or in countries which have an agreement with France. AGIRC and ARRCO retirement benefits are additional to the basic social security, and "pay as you go" systems administered by a number of institutions. The pension benefit is determined by the value of points calculated from yearly contributions to the system. Finally, a lump sum payment, which is non-potable unlike the other forms of pension, is paid by the last employer and is set according to collective agreement, the employee category and on average represents up to six months of the final salary. Pension age starts at 60; however, with some penalty: at 65 for full pension benefits. Pension income level from mandatory programs generally represents between 35 and 60 percent of the final salary, depending on career evolution.

The second part briefly reviewed other social benefits. Contributions to all benefits represent up to 20% of the employee gross annual salary and up to 50% as a cost to the employer.

All benefits, except for death lump sum, are taxable. Company sponsored benefit programs for retirement are gaining more ground.

The third part of the presentation was devoted to French retirement pensions for expatriates. The benefits one enjoys will depend on the type of expatriations. There are basically two types of expatriations: temporary and indefinite, whether for work or individual reasons.

The temporary expatriation or "détachement" must fulfill certain conditions: availability in countries which have an agreement with France; employer must be located in France;

the expatriation must be limited in time or assignment (3 years in Canada; 5 in the USA), renewable once in some cases; the acceptance of the procedures must be secured — it is not an automatic procedure. Under those conditions, all contributions and benefits are those of the home country; the French work contract is kept in force.

Indefinite duration expatriation concerns long-term transfers outside France, or non-resident employees of non-resident companies, employees after the temporary expatriation period. In such cases, the host country social security legislation applies automatically. Strict procedures are available for keeping AGIRC and ARRCO in force.

The first tier of pension benefits, the social security old age pension is calculated based on periods accrued in France and in host countries. The second tier, AGIRC and ARRCO pensions, will be maintained if certain procedures are followed. These pensions are not linked to Social Security Coverage and not dependent on agreements between France and host countries. The

first procedure (CAS A) must be requested by the French resident company; the extension applies to all employees transferred to any one country and for a limited duration. The contribution level must be the same as the one in France; the administration is effected by the French company. This procedure which is irreversible applies to all eligible employees. French collective agreements continue to apply.

The second procedure (CAS B) must be requested by the host employer and applies to all eligible employees in the host country. The program — irreversible as in CAS A — is administered by the host employer.

The last procedure (CAS D) — there is no CAS C — must be requested by the individual in any country and for any duration. Contributions are selected by the person according to French legislation and the administration is effected by the individual. While it provides flexibility on the choice of contribution level, the individual must pay employer and employee contributions to AGIRC and ARRCO. In both CAS B and D, contributions will probably be non-tax deductible in the host country.

Why keep the French retirement programs in force when facing an indefinite duration expatriation? These provide a comfort level for the expatriate whatever the host countries are during his career. The employee keeps the possibility of retirement from age 60 as local French employees can. Other advantages include a full immediate vesting, free pension credits while unemployed, free pension credits while disabled and escalating survivors benefits.

Après avoir dirigé l'antenne de Séville de la Chambre de Commerce Française à Madrid, et la section de Toronto de la Chambre de Commerce Française au Canada, Philippe COSTEMALE prend en charge les affaires internationales de la Région Aquitaine à Bordeaux.

*

Jean-Loïc PAYAN, Directeur depuis 1993 de la Chambre de Commerce Franco-Dominicaine lui succède à la direction de la Chambre à Toronto.

CCFC INFOS

NOUVELLES DE NOS MEMBRES

DEUX ANS APRÈS AVOIR INVESTI PLUS DE 100 MILLIONS DE DOLLARS, SOCIÉTÉ GÉNÉRALE (CANADA) ACCÉLÈRE SON DÉVELOPPEMENT

Société Générale (Canada) poursuit ses efforts pour devenir l'une des principales banques d'affaires opérant au Canada. Depuis 1993, cette filiale de Société Générale, premier groupe bancaire privé français, a augmenté son capital de base de 103,2 millions de dollars et a accru son personnel de 25% au Canada.

« Nous avons engagé du personnel hautement qualifié et développé plusieurs départements très "techniques". Nous avons aussi ouvert, à Montréal, FIMAT Produits Dérivés Canada, affiliée à l'un des premiers réseaux de courtage en "Futures" dans le monde », a déclaré Monsieur Alain Clot, président de Société Générale (Canada).

« Notre stratégie consiste à offrir des produits à haute valeur ajoutée, bien adaptés aux besoins des grandes sociétés et à faire bénéficier ces dernières de l'énorme



Salle des marchés de la Société Générale (Canada). Photo: Claude-Simon Langlois

potentiel de notre réseau international», a-t-il ajouté à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de son siège social à Montréal, le 12 octobre dernier.

Monsieur Daniel Bouton, directeur général de la maison-mère, a souligné lors de son passage à Montréal que ce sang nouveau permet désormais à Société Générale (Canada) d'offrir les services de haut niveau que la Société Générale offre sur les autres places financières majeures.

Ainsi, tout en continuant à offrir à ses clients du financement classique, Société Générale (Canada) dispose dorénavant de compétences dans différents domaines sophistiqués tels que la trésorerie, l'ingénierie financière et

les financements internationaux. Elle développe notamment depuis deux ans un savoir-faire reconnu en matière de produits dérivés dits de « seconde génération » permettant à ses clients de se protéger contre les fluctuations des taux de changes ou d'intérêt, des cours des matières premières, des actions, des indices, etc.

NOUVEAUX MEMBRES

CORPORATIFS

L'HÔTEL LE WESTIN MONT ROYAL

Jacques Gaumont, VP Entreprises Nationales
Jocelyn Désy, Directeur Général Marché International
Charles Bourgeois, Premier Directeur Affaires Publiques

INDIVIDUELS

REMBOURRAGE PRINCEVILLE TECHNOLOGIES

Patrick Le Du, Président

AGENCE POUR L'IMPLANTATION DES ENTREPRISES

Bruno Tateossian, Représentant pour l'Est du Canada

STIKEMAN ELLIOTT

Jean-Boris Grayson, Avocat

PEREIRE CONSEIL

Guy St Aubin, Consultant

CARON BELANGER ERNST & YOUNG

Myriam Pairault, Associée

CABINET CAROLE CHICHEPORTICHE

Carole Chicheportiche, Avocate

CABINET NADINE MOISSONNIER

Nadine Moissonnier, Notaire

DELSEY

Jean-Paul Thiéblot, Directeur Général

UNIBROUE INC.

Pierre Paquin, Vice-Président - Développement international

FRANTECH - BUREAU DE PRESSE FRANCE TECHNOLOGIES

Alexandra Sutton, Directrice

LES ÉDITIONS FLAMMARION LTÉE

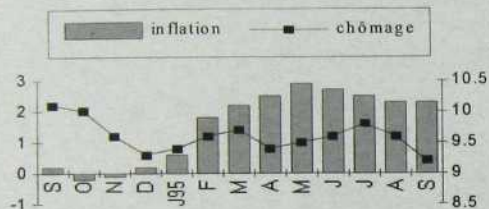
Manon Racicot, Directrice générale

Toutes les bonnes choses ont une fin: Jérôme Darder, C.S.N.A. au sein de la Chambre depuis juillet 1994 nous quitte après avoir coordonné les activités de la Revue pendant les cinq derniers numéros. Le numéro que vous avez entre les mains a également été coordonné par Patrick Laurencier qui reprend donc le flambeau avec l'objectif de contribuer au développement de la qualité et de la diffusion de cette revue. Le comité des publications leur souhaite à tous deux bonne chance dans leurs nouveaux défis respectifs.

ÉCONOMIE en bref

Source:
Lettre du Canada, octobre 1995

INFLATION ET CHÔMAGE (en %)



DERNIER MOIS CONNU

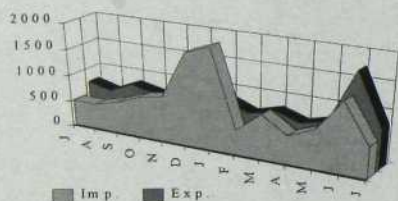
Septembre 1995

Chômage: 9,2 %
(Août: 9,6 %) (Septembre 1994: 10,7 %)

Mai 1995

Inflation: 2,3 %
(Août: 2,3 %) (Septembre 1994: 0,2 %)

COMMERCE BILATÉRAL FRANCE-CANADA (Millions de F.F.)

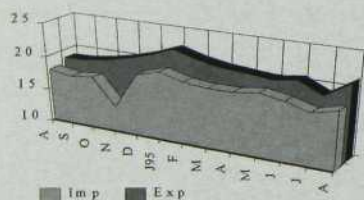


DERNIER MOIS CONNU

Juillet 1995

Exportations France: 744 M F.F.
Importations France: 600 M F.F.
Solde France: + 144 M F.F.

COMMERCE EXTÉRIEUR DU CANADA (Mds de \$ CAN)



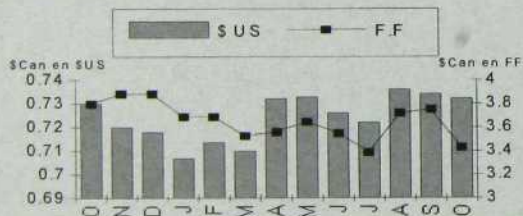
DERNIER MOIS CONNU

Août 1995

Exportations: 21,30 Mds \$ CAN
Importations: 18,60 Mds \$ CAN
Solde: 2,70 Mds \$ CAN

(Source: Statistique Canada)

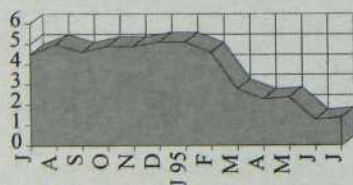
PARITÉS \$ CAN ET \$ U.S. — F.F.



TAUX DE CHANGE AU 24/10/95

1 \$ CAN = 0,7322 \$ U.S. 1 \$ U.S. = 1,366 \$ CAN
1 F.F. = 0,2915 \$ CAN 1 \$ CAN = 3,431 F.F.

VARIATION ANNUELLE DU P.I.B. (en %)



P.I.B. AU COÛT DES FACTEURS (prix de 1986)

Juillet 1995: 541,2 Mds \$ CAN
Glissement annuel: + 1,4 %
Variation mensuelle: + 0,1 %

LES TENDANCES ÉCONOMIQUES du Canada et du Québec

François Jonathan

Président de la section Canada des Conseillers du Commerce
Extérieur de la France

Depuis la très grave récession qu'a connue le Canada en 1990 et en 1991, avec ses effets ravauteurs, tous les experts s'interrogent sur la pérennité de la reprise amorcée en 1991. Ces questions se sont posées cette année avec d'autant plus d'acuité que le contexte économique américain est moins serein, et que par ailleurs les perspectives référendaires au Québec ajoutaient un élément d'incertitude se répercutant sur les taux d'intérêts et la tenue du dollar canadien.

L'échéance référendaire étant maintenant passée, nous pouvons analyser la situation économique en fonction de seuls critères économiques.

Disons d'abord que si la sortie de la précédente crise a été lente et laborieuse, avec une année 1992 particulièrement hésitante, les deux années qui ont suivi ne laissaient plus aucun doute sur la réalité de la reprise, même si on pouvait légitimement s'interroger sur la qualité. En 1994, le rythme de croissance s'est situé à 4,5%, ce qui plaçait le Canada en tête des pays du G7.

La croissance était principalement tirée par l'exportation, en liaison avec la reprise américaine qui, au fil des mois, s'était elle-même affirmée, ainsi que par l'investissement industriel. En revanche, la demande des ménages, très erratique, continuait à peser sur la reprise et l'emploi avait du mal à redémarrer, notamment du fait des plans de restructura-

tion des grandes entreprises, plans par ailleurs indispensables pour la bonne santé économique.

Depuis quelques mois, des signes de faiblesses apparaissent dans tous les domaines, et plus particulièrement au niveau des deux moteurs de l'expansion (l'exportation et l'investissement), et surtout, la demande interne, après avoir manifesté des velléités de croissance, est de nouveau retournée vers l'atonie qui la caractérisait jusqu'ici. Seuls éléments réconfortants: la santé financière des entreprises, qui pour la plupart avaient profité de la crise pour effectuer une cure de rajeunissement, et le dynamisme des marchés financiers.

Qu'en ira-t-il dans les mois à venir? Les signes avant-coureurs d'un fléchissement de l'économie et peut-être d'une récession sont là: les indicateurs, pour la plupart, en témoignent. En fait, la véritable question n'est plus de savoir si la reprise se maintiendra: il est évident que le Canada entre progressivement dans la période descendante d'un cycle économique. Il faut surtout se demander si cette tendance mène à une nouvelle crise économique ou s'il s'agit simplement d'une classique inversion de cycle.

La réponse passe par l'examen que l'on peut faire des fondamentaux:

- l'inflation continue à être maîtrisée, avec par ailleurs une volonté des différents échelons gouvernementaux de réduire les déficits,
- mais la dette publique demeure importante, à tous les niveaux,
- et les taux d'intérêts sont élevés, avec un différentiel par rapport aux États-Unis qui concrétisent notamment le poids des déficits, conséquence évidente des régimes de protection sociale, dont la réforme, annoncée, a été différée.

Ce sont donc les points qui mériteront, dans l'avenir une analyse approfondie: en particulier, il conviendra de voir comment les marchés financiers vont apprécier l'action des pouvoirs publics (au fédéral comme au provincial) pour la réduction des déficits et l'abaissement des niveaux d'endettement, ce qui conditionnera la persistance de la confiance et donc le niveau des taux d'intérêts. Il est évident que la marge de manœuvre en ce domaine, avec un cycle économique qui s'inverse, sera plus réduite ♦

DE LA BIOLOGIE À L'ÉCOLOGIE : les déchets biomédicaux

M^e Hélène Lauzon
Lavery, de Billy

Afin d'enrayer les effets néfastes qu'engendre la production de déchets biomédicaux pour l'environnement et afin de se doter d'instruments pour assurer cet objectif, le gouvernement québécois a adopté, en 1992, le Règlement sur les déchets biomédicaux, qui vise à assurer une gestion efficace de ces déchets.

Le Règlement vise d'abord tout déchet anatomique humain constitué d'une partie du corps ou de l'un de ses organes, à l'exclusion des phanères, du sang ainsi que des liquides biologiques. Il vise aussi les résidus anatomiques provenant des animaux et les déchets non anatomiques tels les objets piquants, tranchants ou cassables qui ont été en contact avec le sang. Finalement, le nouveau règlement vise tous les déchets biomédicaux, anatomiques ou non, provenant de l'extérieur du Québec.

Les déchets biomédicaux seront traités, en vertu de la nouvelle réglementation, par incinération ou par désinfection. Cependant, seulement les déchets non anatomiques peuvent être traités par désinfection.

La nouvelle réglementation vise l'ensemble des producteurs de déchets biomédicaux. Il s'agit des établissements de santé tels les centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques médicales, les cabinets dentaires, les cabinets de vétérinaires, les laboratoires de biologie. On pense aussi aux abattoirs et

aux salons funéraires, etc.

Le Règlement impose quatre types d'obligations au producteur. L'obligation de sécurité reliée à l'entreposage de déchets biomédicaux sur le lieu de leur production. L'obligation de vérification qui consiste à s'assurer que le destinataire et le transporteur de déchets biomédicaux se conforment à la Loi. L'obligation de conformité laquelle oblige le producteur à se doter de tous les certificats et permis requis afin de traiter sur place ses déchets biomédicaux et ceux des tiers. Enfin, l'obligation d'information lui impose de tenir un registre hebdomadaire dans lequel il consigne la nature et la quantité de déchets biomédicaux qu'il produit.

Les sanctions au manquement de ces obligations sont diverses. En effet, un établissement qui contrevient au règlement peut d'abord voir sa responsabilité civile engagée dans la mesure où des tiers subissent des dommages résultant de la perpétration d'une infraction.

Le contrevenant peut également faire l'objet de recours administratifs, telles la révocation du certificat ou du permis, la cessation des opérations, ou une ordonnance relative à la décontamination, lorsqu'il y a contamination de l'environnement.

Les manquements aux exigences du règlement peuvent également engager la responsabilité pénale de l'établissement, ainsi que de ses administrateurs ou dirigeants.

En conclusion, le Règlement sur les déchets biomédicaux constitue un nouvel instrument visant à contrôler un type de déchet bien spécifique et ciblant surtout les établissements de santé, qui sont les principaux producteurs de ces déchets. Le gouvernement québécois, en adoptant ce règlement, semble prôner l'autodiscipline des producteurs de déchets biomédicaux. La sévérité des sanctions en fait néanmoins un règlement dissuasif qui devrait inciter le producteur à faire preuve de vigilance dans le traitement de ses déchets biomédicaux puisque le ministère de l'Environnement et de la Faune s'est doté d'un instrument de contrôle efficace en exigeant la tenue de registres et rapports ♦

LE PARFUM SPORT DE RALPH LAUREN





Les grottes de Lascaux, en Dordogne, arborent l'une des toutes premières formes de communication.

Il y a 20 000 ans,

nous étions à la pointe

de la technologie de

l'information. Et nous

y sommes toujours.



 **France Telecom**