

JACQUES NADEAU LE DEVOIR



PUBLIC OU PRIVÉ?

Un retard dans la mise en place de systèmes de budgétisation des coûts

Page 2



ALLERGIES

Plusieurs sont atteints, mais tous n'en souffrent pas

Page 4

À L'HEURE DES CHOIX

«Notre gouvernement est très favorable au privé»

Page 3

TRAITEMENTS

L'immunothérapie ne convient toujours pas aux allergies alimentaires

Page 4

AILLEURS

Le réseau de la santé de la France et du Royaume-Uni sous la loupe

Page 5

MÉDECINS

«Le Québec ne peut gérer son système de santé en vase clos»

Page 6

L'universalité du régime nuit-elle à son accessibilité?

Les syndicats s'entendent pour dénoncer la privatisation

Les travailleurs s'insurgent. Les promoteurs proposent. Privé ou public? Le ministre ne s'interdit aucune option. Y a-t-il quelque part d'autres Michael Moore pour faire l'éloge du système de santé qui prévaut au nord du 49^e parallèle?

NORMAND THÉRIAULT

C'était la semaine dernière. «Il faut maintenant plus que jamais défendre notre système de santé public, gratuit et universel, qui risque maintenant de glisser vers le secteur privé.» Et de lui! Louis Arsenault, le nouveau président de la Fédération des travailleurs du Québec, n'y allait pas de main morte pour décrire sa position concernant l'évolution du réseau de la santé du Québec, lors de cette entrevue publiée dans le cahier «Syndicalisme» du *Devoir*. Et il n'était pas le seul à y aller d'une déclaration de cette nature.

«On s'en va vers un recul de 40 ans. À cette époque, combien de familles se sont retrouvées à la rue parce qu'elles étaient confrontées à la maladie d'un des leurs? Pour mettre fin au glissement vers le privé, il est grand temps de regrouper nos forces et de faire pression auprès du gouvernement.» Et de deux! Claudette Carbonneau, présidente, elle, de la Confédération des syndicats nationaux, témoignait aussi pour une urgence d'agir. En fait, les deux grandes centrales syndicales québécoises font même front commun dans ce dossier de la santé. Et en cet après-midi du

samedi 3 mai, dès midi, le grand rassemblement ouvrier se déroulera sous une bannière qui aura pour slogan «Ensemble pour la santé».

Les infirmières, comme les travailleurs des diverses professions ou des corps de métiers ou de services, se joindront aussi à une foule qui voudra manifester sa résistance à des mesures qu'un rapport, le Castonguay, propose en mode majeur. Et, comme si cela ne suffisait pas, les thématiques des prochains congrès des deux grandes centrales — et pour la CSN ce sera pour bientôt, dès le 12 mai prochain — auront pour effet de centrer les débats sur le monde des soins et des réseaux qui les distribuent.

La santé est prioritaire pour le monde syndical: n'est-ce pas là un secteur qui, lorsqu'il est public, affiche un taux de syndicalisation qui atteint un joyeux niveau de 100% en nombre de possibles cotisants? «Les syndicalistes veulent sauver leurs jobs», diront les cyniques. Ce à quoi une Carbonneau ou un Arsenault répondront en soutenant la nécessité de défendre un système qui offre une qualité égale de services à tous, indépendamment de leurs revenus, de leurs origines ou de leurs capacités de s'offrir des assurances, dont les taux chez nos voisins du Sud semblent s'avérer souvent astronomiques.

Mais on connaît aussi les difficultés qui entachent la pratique ou ralentissent les services. On parle de listes d'attente, d'opérations retardées ou remises, d'un manque de ressources infirmières ou médicales, de grandes zones qui se trouvent sans services réels, comme du débordement de salles ou d'une qualité inégale des prestations.

Certains seraient donc même d'accord si ici un ministre reprenait le slogan utilisé dès

1999 par un Tony Blair qui, à la suite, lançait la réforme de ce système anglais que les uns glorifient pour les résultats obtenus et que les autres vilipendent pour la même raison: «Nous avons 24 heures pour sauver le système de santé britannique!»

En fait, au Québec, la lutte est ouverte et les opposants ou les tenants d'une formule, les uns pour un système volontairement public et les autres pour un système mixte, déposent des informations dont la validité semble être toujours contrée par l'autre partie. Si un Claude Castonguay est séduit par le modèle britannique, une Linda Bonamie, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, formule son bémol: «Je suis allée faire un stage d'observation dans les hôpitaux de Londres, pour me rendre compte que la cote des PPP [les partenariats public-privé] a beaucoup baissé. On s'aperçoit des problèmes que cela a engendré.»

Mais il y a un arrêt de la Cour suprême du Canada dont il faut, la loi y oblige, tenir compte. Dans l'affaire Chaoulli, le droit à des soins privés a été reconnu: ce qui entraîne en corollaire qu'on peut faire des affaires en santé. Aussi, le paysage dans les grands centres urbains offre maintenant, en bordure des rues ou sur les places d'affaires, des cliniques aux services les plus divers. Et un hôpital, comme le Sacré-Cœur, utilise les services de l'un de ces lieux, la clinique Rockland pour ne pas la nommer.

Le ministre Couillard a fait connaître sa position dans le dossier: si on avait un surplus de médecins, pourquoi pas? De là les leviers de boucliers d'une partie adverse qui craint un possible démantèlement d'un réseau qui, à l'exemple de tous les autres du monde occidental, connaît des ratés. Et les

méfais d'une privatisation totale sont connus: ayez le malheur d'être hospitalisé quelques jours à New York, ou dans une autre ville américaine, et vous vous direz que votre budget de voyage vient d'être mis à sec pour plusieurs années!

En pratique, toutefois, le système privé anglais ne fournit que 5% des prestations totales, mais il permet de dénoncer les excès d'une médecine «à deux vitesses»: l'équilibre social est détruit quand l'argent permet à certains d'obtenir ce qui demeure inaccessible à d'autres.

Le débat en santé porte donc sur l'accessibilité et l'universalité. Pour un Bill Gates, on déroulera toujours un tapis royal quand, au même moment, pour un usager d'un CLSC, on indiquera où se trouve la zone des chaises moulées en plastique rose ou beige déteint où débutera une attente, parfois fort longue.

Privé ou public? Aussi longtemps que l'actuel gouvernement sera en place, et rien ne dit qu'un changement de régime renversera la vapeur, le débat perdurera en même temps que le privé implantera ses officines et autres lieux de services de soins et de santé. Il y aura bien sûr un Michael Moore pour faire l'éloge du système universel canadien, et donc québécois, mais qui a besoin de subir une opération ou de voir un spécialiste dénoncera toujours la période d'attente que le système impose.

Pendant ce temps, les contributions financières à l'assurance médicaments ne cesseront d'augmenter: il est plus facile de produire des pilules que des médecins. Dans les deux cas, gare toutefois aux effets secondaires!

Le Devoir

www.csn.qc.ca

POSER

au quotidien

6^e CONGRÈS CSN

SANTÉ

Public ou privé ?

L'efficacité du réseau de la santé passe par la connaissance des coûts complets

Le Québec et le Canada accusent un retard dans la mise en place de systèmes de budgétisation des soins

Il y a des pays, comme l'Angleterre, la France et la Suède, qui en sont arrivés à mesurer l'efficacité des soins de santé tant du côté de la qualité que des coûts réels. Pareil exercice nécessite l'application de règles rigoureuses, et tant le Canada que le Québec trahiraient de la patte dans ce domaine. Analyse d'un spécialiste du réseau de la santé.

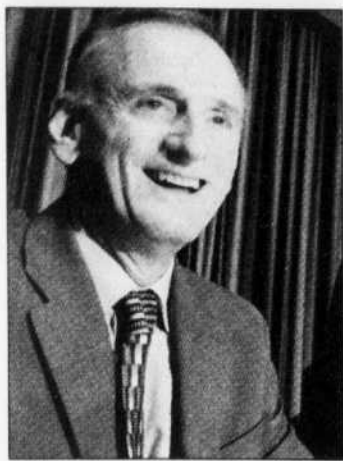
RÉGINALD HARVEY

Michel Clair fut ministre et président du Conseil du trésor. Il a aussi fouillé les entrailles du système de santé en 2000 à titre de président de la commission qui portait son nom; celle-ci a remis un rapport-choc en 2001.

Depuis quelques années, ce gestionnaire occupe le poste de président et chef de la direction du Groupe Sedna et il a visité plusieurs pays pour en connaître les tenants et les aboutissants en matière de santé. Il accepte volontiers la proposition de réfléchir et de répondre à ce questionnement: existe-t-il des barèmes, des balises, des bases, des références ou des modèles qui servent à mesurer l'efficacité et la qualité des services dispensés en santé par le secteur privé et le secteur public?

Sa réponse tient en deux points majeurs et il cerne le premier: «C'est une question complexe que celle-là. Les systèmes de santé d'autres pays qui recourent au privé et au public dans un esprit d'efficacité et de contrôle de la qualité font les choses de manière très très différente de ce qu'on fait ici conceptuellement. Pour la raison suivante: afin d'être en mesure d'établir de vraies comparaisons, il faut d'abord que celui ou celle qui évalue soit placé à distance parce que, si je mesure l'entreprise de mon fils avec celle du vôtre, j'aurai peut-être un penchant.»

Il poursuit: «Une des difficultés de départ existe quand l'État, qui



LE DEVOIR
Michel Clair, président et chef de la direction du Groupe Sedna.

est associé lui-même à la livraison de services, demande à ses propres employés de faire la mesure de l'efficacité et de la qualité en comparaison avec le privé; ça penche d'un bord. À l'inverse, je dirais que si vous demandez à un établissement qui est de tendance très privée de faire le même exercice, là encore il y aura du parti pris. On a donc besoin de quelqu'un ou d'un organisme qui est placé à distance; c'est la première des choses sur le plan conceptuel pour dégager une vision objective. Il faut se donner de l'objectivité.»

Le calcul des coûts réels

Michel Clair aborde le deuxième élément en cause: «Il faut

qu'on soit capable d'établir des coûts complets pour procéder à une vraie comparaison, ce qui, au Canada en général et au Québec en particulier, est très compliqué.» Pourquoi en est-il ainsi? «Je fournis une explication très simple. Prenons une clinique privée de type Rockland avec laquelle un hôpital public comme Sacré-Cœur a un contrat. En cas de chirurgie, par exemple, il n'est pas trop compliqué du côté de Rockland d'établir ses coûts complets. C'est pas mal plus problématique du côté de l'établissement public de le faire, même si ce n'est pas sa faute et même si ce n'est pas parce qu'il n'est pas bon.» Les complexités administratives étatiques posent un obstacle à l'atteinte d'un tel objectif dans le public.

Pour contrecarrer la difficulté du calcul des coûts complets, des pays comme l'Angleterre, la France et la Suède ont introduit progressivement une budgétisation par épisode de soins, qui porte différents noms à travers le monde: «Cette méthode vient des États-Unis et a été développée dans les années 1970-1980. Il y avait en présence un payeur, soit les compagnies d'assurance, et des livreurs de services, soit les hôpitaux américains.» Les deux parties, qui étaient évidemment à couteaux tirés concernant les sommes à verser et à recevoir, en sont finalement venues à une entente. Elles ont développé une façon de budgétiser, qui n'a rien à voir avec le privé ou le public, en prenant un grand nombre de chirurgies du même type pour en arriver à établir des coûts uni-



JACQUES NADEAU LE DEVOIR
Deux chirurgiens de l'hôpital Sacré-Cœur dans le bloc opératoire de la clinique privée Rockland MD.

taires complets de telles interventions et pour fixer de la sorte un barème standard des prix à fixer.

Il se tourne à nouveau vers les pays où fonctionnent des régimes mixtes. «Que je sois le gouvernement de l'Angleterre, de la France ou de la Suède, j'établis des prix standard et je dis: maintenant, que tu sois du public, du privé ou du sans but lucratif, peu importe le système en vigueur, je tends à payer le prix qui est le même, le prix standard, pour tel ou tel type de chirurgie.» Il ajoute: «Il peut survenir de petits ajustements à la marge, compte tenu que, par exemple dans le nord du pays en Angleterre, il y a un facteur de rétention de ressources humaines qui change quelque peu la donne.»

Quant au volume le plus important, il évalue la situation de la sorte: «Dans le fond, quand on regarde les êtres humains, je dirais que, relativement aux services médicaux spécialisés d'aujourd'hui, 90 % de ce qui se passe dans les hôpitaux, c'est du répétitif; il y a par exemple de grands volumes pour les chirurgies de la cataracte et des hanches. Pour ce qui est des petits volumes d'interventions, qui sont l'exception et qui se passent dans les milieux extrêmement spécialisés, ils ne font pas l'objet de tarification à l'acte, à ce moment-là ils sont payés en

fonction de blocs horaires ou autrement. Pour le reste, on règle 80 % ou 90 % des cas.»

Du côté du Québec

Le Québec s'est-il déjà livré à un tel exercice de calcul en surface ou en profondeur? «On a commencé à le faire, mais on s'est arrêté et je pense qu'on s'apprête à recommencer. À la fin de son dernier mandat, le ministre péquiste de la Santé, François Legault, avait confié le mandat à un ancien secrétaire adjoint du Conseil du trésor, Denis Bédard, de commencer à établir des coûts unitaires complets. Ces travaux ont été stoppés à l'arrivée du ministre Couillard, qui a pris un autre chemin pour conduire à cela. Il s'est dit qu'il fallait d'abord établir des budgets régionaux et répartir l'argent équitablement en fonction des profils de population, ce qui devrait éventuellement conduire à des coûts unitaires similaires.»

Cela dit, il n'en formule pas moins ce constat: «Il reste que le Québec et le Canada sont pas mal en retard là-dessus. Peu importe les pays qui ont introduit du privé dans leur livraison de services, ils ne l'ont pas fait n'importe comment ni pour n'importe laquelle fin. Ils ont procédé en exigeant du privé et du public qu'ils soient budgétisés de la même façon, et ce, pour des chirurgies données qui satisfont aux

mêmes standards de qualité.» En citant l'exemple de la Suède, dont le réseau est privatisé dans une proportion d'environ 12 % à 15 % de sa production, il souligne que le réseau public a véritablement harnaché le privé, qui est en quelque sorte à son service dans ce pays: «Le privé est toujours à contrat pour le public.»

Malgré cette réserve politique, Michel Clair se montre maintenant favorable à la position actuelle du gouvernement, qui tente des expériences-pilotes pour convertir progressivement les agences régionales en acheteurs de services: «Par ailleurs, celles-ci n'auraient plus d'affaire à contrôler les hôpitaux ou les CSS sur le plan de leur organisation; elles ne peuvent être en même temps acheteurs et livreurs de services, parce qu'il y a alors confusion des rôles.»

Il tire ses conclusions en insistant sur un point: «On doit prendre en compte la façon dont les États sont parvenus à harnacher le privé en fonction de ses objectifs plutôt qu'en compétition, en adoptant une budgétisation par épisode de soins à coût complet. Et, pour obtenir de la qualité, il faut tout juste que ceux qui l'évaluent soient les mêmes dans le public que dans le privé.»

Collaborateur du Devoir

Peter
Suzanne
Marianne
Sarah
Sonia
Hannah
Sonia
Sonia
Sonia

LE 5 MAI 2008
Bonne journée
de l'infirmière
auxiliaire

DU 11 AU 17 MAI 2008
Bonne semaine
de l'infirmière

LE 19 MAI 2008
Bonne journée
des préposés-
aux bénéficiaires

Fédération de la santé et
des services sociaux

FSSS **CSN**

RETROUVEZ VOTRE VRAIE NATURE

OLYMPIC
YOGOURT BIOLOGIQUE

Le yogourt Olympic Biologique. Naturel à 100 %.

En savourant le yogourt Olympic Biologique, vous savourez les bienfaits de la nature. Préparé avec des ingrédients certifiés biologiques, il offre une texture crémeuse et un goût unique. Il est disponible dans la section des produits bios des épicerias et dans certains magasins d'aliments naturels. Avec Olympic Biologique, vous retrouvez la nature. À son meilleur.

Contient 3 cultures actives probiotiques olympicyogourtbio.com

SANTÉ

Vers un système de santé hybride ?

« Notre gouvernement est très favorable au privé »

Le réseau public a déjà du mal à attirer et retenir les travailleurs

Lourd, inaccessible et onéreux. Voilà quelques-uns des maux qui affligent le système de santé public. La privatisation serait-elle une médecine appropriée? Un expert décrit le triste sort qui semble devoir être celui réservé dans un avenir rapproché au système de santé public québécois.

CLAIRE HARVEY

Le réseau de santé public semble engagé dans un processus de privatisation. En témoigne l'arrêt Chaoulli rendu en 2005 par la Cour suprême du Canada. Depuis, les Québécois peuvent souscrire à une assurance privée pour payer les soins médicaux privés. Auparavant, le recours aux assurances privées était interdit, mais les médecins québécois avaient le droit de se désengager du système de santé public et de faire payer la totalité des soins médicaux par leurs patients.

En 2006, l'adoption de la loi 33, pourtant destinée à préserver l'étanchéité entre le public et le privé, a permis de franchir une autre étape vers la privatisation. Cette loi controversée donne, entre autres, aux Québécois la possibilité d'avoir recours à une assurance privée pour certaines chirurgies offertes par des médecins qui ne participent pas au régime d'assurance maladie.

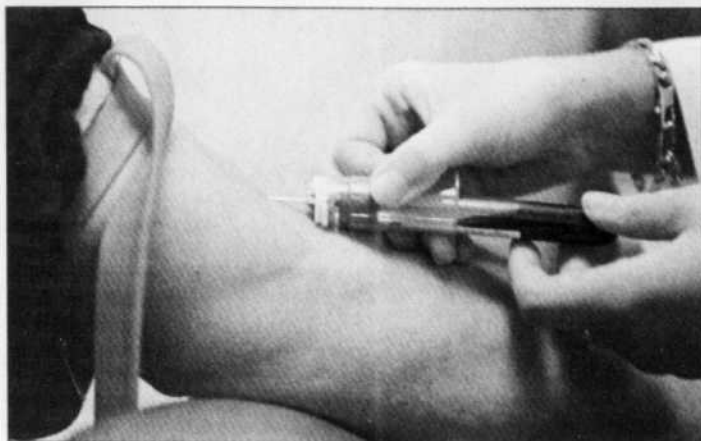
La table est mise

Pour le moment, les établissements privés n'offrent qu'une infime partie des soins dont la population a besoin. Cependant, les

choses pourraient changer. C'est ce que craint Damien Contandriopoulos, chercheur adjoint au Département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) à l'Université de Montréal. «De nombreux acteurs du secteur privé essaient de se positionner pour un marché à venir, indique-t-il. Ces gens-là jouent dans les zones grises de la loi et vont le plus loin qu'ils le peuvent avant de se faire taper sur les doigts.»

Selon M. Contandriopoulos, on se dirige en ligne droite vers une plus grande privatisation du système de santé public. «Notre gouvernement est très favorable au privé. Les groupes d'intérêt font l'apologie du secteur privé de manière très structurée. Et la population est insatisfaite. Il est désormais plus facile de faire croire aux citoyens que le recours au privé permettrait d'obtenir des services efficaces.»

L'expert estime que le gouvernement est en train de lever un par un les loquets qui ferment la porte au privé. «La prochaine étape consistera à permettre aux médecins de pratiquer à la fois dans le public et le privé, prévoit-il. C'est une recommandation du rapport Castonguay et c'est écrit dans le ciel.»



BORIS HORVAT AGENCE FRANCE-PRESSE

Pour le moment, les établissements privés n'offrent qu'une infime partie des soins dont la population a besoin. Cependant, les choses pourraient changer.

Faire faire le saut aux médecins

Actuellement, les gens d'affaires ne parviennent pas à attirer en grand nombre les médecins dans le secteur privé. Ceux-ci n'ont guère intérêt à quitter le secteur public, où le volume d'activité et — par conséquent — les honoraires sont les plus élevés. C'est particulièrement vrai pour les anesthésistes, qui travaillent autant qu'ils le veulent dans le secteur public.

Résultat? «Les cliniques privées ne peuvent pas, à toutes fins utiles, faire des chirurgies sous anesthésie, précise le chercheur. Or le secteur privé s'intéresse aux chirurgies électives, hanche, genou, etc. Les risques sont peu élevés et les coûts d'assu-

rance sont raisonnables. Comme il y a peu de médecins au Québec, il faut donc aller les chercher dans le secteur public et leur permettre de travailler dans les deux systèmes.»

Les coûts augmenteront

Si cela s'avérait, on assisterait à l'apparition d'une médecine à deux vitesses. «Les médecins pourront poser des diagnostics dans le système public et proposer aux patients de les traiter rapidement dans les cliniques privées ou en quelques années dans le système public, dit M. Contandriopoulos. Les personnes les plus démunies auront accès à une médecine de deuxième ligne. Elles attendront, dans des établissements plus ou moins délabrés, que les médecins aient le temps de les soigner.»

Il y aura également une explosion des coûts. «Pour attirer les médecins, le secteur privé devra augmenter les salaires qu'il offre. De nombreux médecins quitteront alors le secteur public, où les délais d'attente s'allongeront. Les médias relateront des histoires d'horreur sur les patients qui n'ont plus accès aux soins. Surtout que les problèmes de santé les plus lourds continueront d'être traités dans le système public. Devant les pressions, le ministère haussera à son tour les salaires et... On jouera au ping-pong pour le plus grand bonheur des professionnels.»

Les remèdes

Le chercheur ne s'en cache pas. Il est fortement en faveur d'un réseau public. Ses propos vont donc à l'encontre de ceux des chantres de la privatisation. Comment pourrait-on, selon lui, améliorer l'accès aux soins? «Il faudrait financer les établissements de santé de façon plus cohérente et les rémunérer à l'acte, précise l'expert. Actuellement, le ministère exerce de grandes pressions pour que les hôpitaux ne fassent pas de déficit. Comme les chirurgies représentent des coûts, les hôpitaux en font moins pour économiser.»

D'après lui, il faudrait aussi revoir la rémunération à l'acte des médecins. «Dans notre système de santé, les médecins sont autonomes face aux établissements. Ce sont eux qui décident des examens et des soins à prodiguer. Les gestionnaires ont peu d'emprise sur l'organisation

des soins. Si on veut que la pratique médicale soit en lien avec les besoins de l'organisation, celle-ci doit être le patron des médecins. Elle doit pouvoir les rémunérer en fonction de l'atteinte de ses objectifs.»

Donner du pouvoir au personnel

Pour mettre un baume sur le réseau public, il serait aussi opportun de se pencher sur les relations patronales et syndicales. «Celles-ci ont un grand impact sur la productivité du réseau, précise Michel Grant, expert en relations de travail. Le branle-bas de combat actuel dans le réseau s'est traduit par une plus grande précarité pour le personnel. Il s'est également accompagné d'une réduction des effectifs. Le réseau a du mal à attirer et à retenir les travailleurs.»

La mobilisation du personnel représente un autre facteur incontournable. «Il faut reconnaître que ceux qui connaissent le mieux le travail sont ceux qui le font, note l'expert. Actuellement, le ministère exerce de grandes pressions pour que les hôpitaux ne fassent pas de déficit. Comme les chirurgies représentent des coûts, les hôpitaux en font moins pour économiser.»

D'après lui, il faudrait aussi revoir la rémunération à l'acte des médecins. «Dans notre système de santé, les médecins sont autonomes face aux établissements. Ce sont eux qui décident des examens et des soins à prodiguer. Les gestionnaires ont peu d'emprise sur l'organisation

Collaboratrice du Devoir

Gestion des dossiers

Telus lorgne le marché des soins de santé

La technologie sans fil au chevet des patients

La technologie souhaite venir à la rescousse du système de santé. Telus, l'une des plus importantes sociétés de télécommunications au Canada, a mis en marché une solution sans fil par réseau téléphonique pour maximiser la gestion des soins de santé. Il s'agit d'un système qui permet aux fournisseurs de soins d'accéder aux dossiers informatisés complets de leurs patients, et ce, où qu'ils soient. Une innovation qui touche notamment le domaine des soins à domicile. Le monde des télécommunications au service de la santé.

STÉPHANIE MARIN

Le bobo est là: lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital, il peut avoir besoin d'une infirmière pour changer ses pansements, d'un physiothérapeute pour soulager ses douleurs et aussi d'un médecin pour le suivi de sa médication. Autant de professionnels de la santé, autant de dossiers. Chaque dossier peut être conservé par le médecin responsable: les autres professionnels qui souhaitent les consulter doivent en faire la demande, ce que le temps ne permet pas toujours.

De plus, si le patient reçoit ses soins à domicile, le dossier n'est pas forcément accessible aux infirmières et aux médecins qui y effectueront des visites.

Telus a voulu pallier ces difficultés en lançant cette application technologique, spécifiquement conçue pour les organismes de soins de santé dont les employés sont très mobiles.

Pour avoir accès à ce système, il faut utiliser un appareil mobile comme un ordinateur portable ou un assistant numérique personnel (de type palm pilot). À l'aide de cet appareil, infirmières et médecins peuvent accéder au dossier du patient, le mettre à jour en y ajoutant notes et observations, obtenir les résultats des tests et partager ces informations instantanément avec tous ceux qui s'occupent du patient. Plus besoin de consulter une pile de dossiers. Ni de les transporter avec soi. «Ce système rend l'information disponible à l'extérieur des murs de l'hôpital et ce, jusqu'au lieu de traitement», décrit Lindsay Healey, directrice du marketing de la division santé chez Telus communications. Le système est évidemment accessible à toute heure de la journée.

Selon Mme Healey, un meilleur suivi du patient est ainsi effectué et le patient n'a pas à répondre aux mêmes questions jour après jour pour informer les autres professionnels qui s'occupent de lui.

Des systèmes informatiques de gestion des dossiers médicaux, où toutes les données sur le traitement des patients sont compilées, existent depuis un certain temps. «Ce qui est nouveau et unique ici, c'est le fait de pouvoir accéder à l'information avec la technologie sans fil, avec un ordinateur portable et même avec un téléphone cellulaire. Les

utilisateurs n'ont pas à être assis à un bureau pour avoir accès à Internet», renchérit Mme Healey.

Telus n'est évidemment pas la seule compagnie à chercher à percer ce marché du sans-fil. Teletracking Technologies en est un exemple: cette compagnie vient de lancer une application sans fil pour les équipes d'ambulanciers, qui fonctionnent aussi avec un assistant personnel numérique.

Sécurité oblige

Toutes les données des dossiers pourront transiter par le réseau téléphonique de Telus. Selon Mme Healey, cette technologie est supérieure au réseau sans fil traditionnel, qui ne fonctionne qu'à l'intérieur d'une certaine distance du modem, soit généralement un étage ou deux à l'intérieur du même édifice. La solution mise en place par Telus n'a de limite que l'accessibilité du réseau téléphonique.

Telus souligne que le système présente des garanties de sécurité. «Comme on parle d'informations médicales spécifiques, cela requiert deux choses: la sécurité et le respect de la vie privée du patient», souligne la directrice du marketing. Elle précise que le système bénéficie du standard le plus élevé de l'industrie en matière de sécurité, soit la troisième version du HL7 (health level). Ce standard renvoie à la façon sécuritaire dont les données sont emmagasinées.

Cette application permet aussi de faciliter la planification des horaires du personnel soignant. Le médecin superviseur peut envoyer à ses collègues la liste des consultations requises à même le système, qui fonctionne comme un service de courriel interne. En plus sécuritaire, selon Lindsay Healey.

Des logiciels distincts

Telus travaille déjà avec Microsoft et Healthphone — une entreprise néo-zélandaise de conception de logiciels adaptés aux soins de santé — pour améliorer la prochaine version. Leur collaboration a déjà porté fruit avec une innovation: constatant que 40 % des visites à l'extérieur de l'hôpital étaient reliées à des changements de pansements, les partenaires ont développé un logiciel pour inclure des photos de la plaie au jour le jour. Et ainsi mieux détecter les plaies qui guérissent mal.

Lindsay Healey croit que cette application de Telus peut jouer un rôle de premier plan dans le traitement des maladies chroniques comme le diabète. «Les maladies chroniques sont le sujet chaud de l'heure. Les gens sont préoccupés par le fardeau que ces maladies représentent pour le système de santé.» En permettant à ces patients de rester chez eux tout en recevant des soins, elle croit que cela pourra diminuer la charge de l'État.

Pour l'instant, le système n'existe qu'en anglais, mais Mme Healey assure qu'il sera disponible en français d'ici un an.

Un Québec intéressé

Ce type de technologie sans fil et ses utilisations pour la médecine soulèvent de plus en plus l'intérêt du milieu de la santé. Récemment s'est tenu à Montréal le colloque Informatique-Santé de l'Association

québécoise des établissements de santé et de services sociaux, qui expose et analyse tout ce qui se fait en matière d'expériences de technologie en santé.

En septembre dernier, des cliniciens — médecins, personnel infirmier et pharmaciens — ont lancé le Réseau de cliniciens pour le partage des expériences en santé électronique. Il s'agit d'un groupe de professionnels qui partageront leurs expériences avec les

systèmes de santé électroniques. Et offriront soutien et information à ceux qui voudront les utiliser. Cette initiative est soutenue par le gouvernement fédéral, qui y voit l'occasion d'avoir un système de santé offrant «une qualité, une accessibilité et une productivité accrues... ainsi qu'une réduction des coûts.»

Collaboratrice du Devoir

Ensemble pour un système de santé

PUBLIC!

SCFP
Syndicat canadien de la fonction publique FTQ

www.scfp.qc.ca

Des alliées indispensables pour soigner

Journée de l'infirmière auxiliaire 5 mai 2008

une alliée



Journée de l'infirmière 12 mai 2008

une alliée



Journée de l'inhalothérapeute 19 mai 2008

une alliée



Journée de la perfusionniste 26 mai 2008

un allié



fiq

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

SANTÉ

Allergies, allergènes et autres inconforts

Plusieurs sont atteints, mais tous n'en souffrent pas

«Aujourd'hui, c'est 25 % de la population qui souffre d'allergies respiratoires»

Acariens, arachides et noix, poissons, crustacés et fruits de mer, guêpes et frelons, pollens, cosmétiques, latex et produits industriels. Même minou et pitou figurent sur la liste des allergènes. Certaines de ces allergies peuvent être dangereuses, voire fatales. Mais si la mort n'est pas toujours au rendez-vous, l'inconfort et le désagrément le sont toujours.

PIERRE VALLÉE

Le nombre de personnes affligées par une allergie ne cesse d'augmenter. Au début des années 80, on estimait la proportion à 10 % de la population. «Aujourd'hui, c'est 25 % de la population qui souffre d'allergies respiratoires», estime le docteur Michel Petit. Le D^r Petit est le propriétaire d'une clinique médicale spécialisée dans le traitement des allergies. La Clinique Allergie, située à Rosemère, est une clinique privée hors RAMQ (www.cliniqueallergie.com).

Selon le D^r Petit, plusieurs facteurs expliquent cette augmentation. «En premier lieu, il faut dire que l'on diagnostique mieux et plus tôt les allergies. Avant, les gens attendaient souvent d'avoir une maladie chronique avant de consulter.» Il y a aussi des raisons liées à l'environnement. «Nous sommes de plus en plus exposés à des agents polluants à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur des maisons.» S'ajoutent à cela certaines habitudes de vie. «Tous ces aérosols, chandelles parfumées et autres "pouche-pouche" dont on se sert à la maison pour chasser les odeurs sont autant d'irritants qui n'aident en rien.» En effet, l'exposition à ces agents polluants et irritants peut créer une inflammation de la muqueuse respiratoire. «La muqueuse étant enflammée, elle devient plus fragile et donc moins imperméable aux allergènes.»

On estime qu'environ 3 % de la population souffre d'une allergie alimentaire et on constate ici aussi une hausse du nombre des personnes atteintes. «Cela est dû à un changement dans notre alimentation. Nos grands-parents n'avaient pas d'allergie aux arachides, par exemple, parce qu'ils n'en mangeaient pas. Mais aujourd'hui, surtout avec la transformation des aliments et l'arrivée sur le marché d'aliments plus exotiques, les risques d'exposition sont plus grands.»

Qu'est-ce que l'allergie?

L'allergie est une réaction exagérée et excessive du système immunitaire de l'organisme à la présence de substances qui devraient normalement être tolérées mais qui sont perçues par l'organisme comme dangereuses. On donne le vocable d'allergènes aux sub-



L'allergie peut apparaître dès le premier contact avec l'allergène, mais elle peut aussi se développer même si la personne a déjà été exposée à l'allergène sans problème pendant plusieurs années.

stances qui provoquent les réactions allergiques.

Le système immunitaire humain produit plusieurs anticorps. Celui qui est en cause dans le cas d'une réaction allergique se nomme IgE. Lors d'une réaction allergique, l'allergène vient en contact avec des cellules, les mastocytes, que l'on trouve dans les parois du nez, des poumons, de la peau et du système gastro-intestinal. Au contact avec l'allergène, les anticorps IgE qui se trouvent fixés aux cellules mastocytaires libèrent plusieurs substances chimiques, dont l'histamine, grande responsable de l'inflammation et des réactions allergiques.

Mises à part certaines allergies particulières, comme celles au latex, aux produits industriels et aux piqûres d'insecte, on divise généralement les allergies en deux groupes: les allergies respiratoires et les allergies

alimentaires. Les principales causes d'allergie respiratoire sont les pollens, les acariens, les moisissures et les animaux domestiques à poil. Les principales causes d'allergie alimentaire sont les arachides, le blé, les poissons et fruits de mer, les graines de sésame, le lait, les noix, les œufs, le soja et les sulfites.

Les réactions allergiques

La réaction allergique diffère selon les allergènes et les individus. Par exemple, deux individus allergiques aux chats pourront avoir deux réactions allergiques différentes: l'un aura une respiration difficile, l'autre éternuera. Autre exemple: la rhinite saisonnière ou, comme on disait autrefois, le rhume des foins. La rhinite durera quelques jours chez certains, tout l'été chez d'autres.

L'allergie peut apparaître dès le premier contact avec l'allergène, mais elle peut aussi se développer même si la personne a déjà été exposée à l'allergène sans problème pendant plusieurs années. Les allergies peuvent se résorber d'elles-mêmes ou durer toute une vie.

La réaction allergique varie aussi en intensité selon l'allergène et l'individu. La réaction allergique la plus violente est l'anaphylaxie, ou choc anaphylactique, qui provoque une chute de la tension artérielle, une tachycardie, des troubles respiratoires et des troubles digestifs. Elle peut rapidement entraîner la mort par arrêt circulatoire, par asphyxie ou œdème pulmonaire, en l'absence d'une intervention médicale urgente.

Choc anaphylactique

Le choc anaphylactique est le plus souvent provoqué par un contact avec certains aliments, dont les principaux sont l'arachide, les noix, les poissons et fruits de mer ainsi que les piqûres de guêpe et de frelon. Le choc anaphylactique ne se produit pas toujours au premier contact avec l'allergène. «Mais il y a toujours un signe précurseur, une première manifestation. Par exemple, une personne, après avoir mangé des fruits de mer, ressent un picotement dans la gorge ou un resserrement de la gorge. Très souvent, elle l'attribuera à autre chose que l'aliment qu'elle vient de manger et ne s'inquiètera pas outre mesure.»

Mais voilà justement ce qu'il ne faut pas faire. «Ce n'est pas parce que l'anaphylaxie ne s'est pas produite lors des premiers contacts avec l'allergène qu'elle ne se produira pas. Au contraire, le choc anaphylactique peut survenir à n'importe quel moment.» D'où l'obligation d'être prudent et de consulter le médecin dès qu'on a un doute. Et il faut toujours demeurer à l'affût des signes précurseurs. «C'est particulièrement important avec les jeunes enfants qui ne parlent pas et qui ne peuvent pas communiquer leur malaise. Par exemple, un enfant à qui on donne un biscuit contenant de l'arachide et qui le repousse ou qui le laisse de côté nous dit peut-être qu'il a eu une sensation désagréable au contact avec l'aliment. C'est peut-être un signe qu'il est allergique.»

Heureusement, la plupart des allergies ne sont pas aussi violentes et aussi dangereuses. Mais elles demeurent désagréables et peuvent gâcher la qualité de vie de toute personne qui en est atteinte. Un simple coup d'œil sur les principaux symptômes suffit pour s'en convaincre. Enflure des lèvres et de la gorge, difficulté à avaler, toux et étourdissement dans le cas des allergies alimentaires; congestion nasale, écoulement du nez, sinusite et rhinite dans le cas des allergies respiratoires. «Non seulement les personnes atteintes souffrent de ces symptômes, mais leur inconfort déteint aussi sur les membres de leur entourage.»

Collaborateur du Devoir

Contre les allergies

Le taux de productivité des travailleurs allergiques non traités chute de 26 %

L'immunothérapie ne convient toujours pas aux allergies alimentaires

Que faire lorsqu'une personne souffre d'une allergie? Si les symptômes de cette allergie sont relativement peu importants, il est possible d'apprendre à vivre avec celle-ci en évitant les occasions propices à déclencher une réaction allergique. Mais si les symptômes sont plus prononcés ou s'il s'agit d'une allergie alimentaire susceptible de provoquer l'anaphylaxie, il faut consulter un médecin spécialisé dans le traitement des allergies.

PIERRE VALLÉE

Un médecin, ou allergologue, procédera d'abord au dépistage de l'allergie par le biais de tests cutanés indolores qui lui permettront de bien identifier l'allergène en cause. Certains tests complémentaires exigent une prise de sang. Ensuite, s'il y a lieu, et c'est de plus en plus souvent le cas, il proposera le traitement approprié.

Le tout premier traitement est simple et n'est pas médical. Il s'agit de l'évitement. Une personne allergique aux chats évitera d'aller chez des personnes possédant un chat. Idem pour les rhinites saisonnières: le pique-nique à l'extérieur lors des périodes de pollinisation est à éviter.

Quant aux allergies alimentaires, il faut éviter tout contact avec l'aliment en question. Mais ici la chose se complique. «La transformation des aliments a fait en sorte que les producteurs ont rajouté des substances aux aliments, comme des arachides, des noix et des graines de sésame, explique le docteur Michel Petit, ce qui fait qu'il est parfois difficile d'éviter un aliment allergène.» De plus, il suffit souvent d'une infime trace de l'al-

liment allergène pour provoquer une réaction allergique, allant parfois même jusqu'au choc anaphylactique. Ce dernier se traite par l'injection d'adrénaline, ou épinéphrine. Des seringues d'adrénaline auto-injectable sont disponibles sur le marché et les personnes susceptibles de subir un choc anaphylactique doivent les avoir sur elles en tout temps.

Les traitements possibles

Dans le cas des allergies alimentaires, il n'existe actuellement pas de traitement autre que l'évitement. Par contre, ce n'est pas le cas en ce qui concerne les allergies respiratoires. «Dans le cas des allergies aux acariens et aux moisissures causées par l'humidité, un meilleur contrôle environnemental de la maison suffit souvent à éliminer les allergènes. On doit aussi mettre de côté l'usage de produits polluants ou irritants.»

Pour ce qui est des allergies respiratoires, plusieurs traitements sont disponibles et donnent de bons résultats. Le premier traitement est la prise de médicaments antihistaminiques. Plusieurs de ces antihistaminiques, comme Clearitin, pour ne nommer que ce-

lui-ci, sont en vente libre dans les pharmacies. «Les antihistaminiques soulagent parce qu'ils diminuent les symptômes de l'allergie. Mais ils ne s'attaquent pas à la cause de l'allergie.» Ils conviennent surtout aux personnes dont les allergies ne provoquent pas de symptômes très prononcés. «On peut aussi s'en servir de façon préventive, et par exemple en prendre avant d'aller chez une personne qui possède un chat si on est allergique aux chats.»

Un second traitement plus efficace est l'anti-inflammatoire, très souvent un corticostéroïde. «Ce sont des anti-inflammatoires à action locale que l'on inhale grâce à un vaporisateur nasal. Ces médicaments sont plus efficaces que les antihistaminiques car ils s'attaquent directement à la réaction inflammatoire. Mais ce sont des médicaments sous ordonnance et il faut donc consulter un médecin avant de les obtenir.»

L'immunothérapie

Certaines allergies, notamment les allergies au pollen, peuvent être traitées par immunothérapie. L'immunothérapie consiste à injecter à la personne souffrant d'une allergie de petites doses de l'allergène en cause. On augmente progressivement la dose et, avec le temps, l'organisme se désensibilise et ne réagit plus ou réagit moins à la présence de l'allergène. «Dans le cas d'une allergie au pollen, en particulier celui des graminées et de l'herbe à poux, le taux de succès est de 75 %.»

Pour le moment, l'immunothérapie ne convient pas aux allergies



Le travailleur d'un laboratoire manipule des échantillons contenant différents pollens. Certaines allergies, notamment les allergies au pollen, peuvent être traitées par immunothérapie.

alimentaires. Par contre, les personnes allergiques aux piqûres de guêpe et d'abeille peuvent profiter de ce traitement. «Ces traitements d'immunothérapie pour les piqûres de guêpe sont disponibles dans les cliniques d'allergie des centres hospitaliers et le taux de succès est de 97 %.

Par contre, comme il reste 3 % et que le choc anaphylactique pourrait se produire, les personnes qui suivent ces traitements doivent tout de même garder sur elles en tout temps leur seringue d'adrénaline.»

Il existe aussi des cas de désensibilisation spontanée. C'est le cas des enfants allergiques aux œufs et au lait. «En donnant à ces jeunes enfants une diète d'évitement, on s'est aperçu que certains enfants,

avec le temps, étaient devenus insensibles à ces deux allergènes.»

À venir

Cela veut-il dire qu'un jour l'immunothérapie pourrait être efficace contre les allergies alimentaires? «La recherche dans le domaine des allergies alimentaires à ce sujet est encore très embryonnaire. Mais rien n'indique que cela ne sera pas possible un jour. La science médicale avance à grands pas. On n'a qu'à comparer les médicaments pour contrôler l'hypertension dont on disposait il y a 30 ans avec l'arsenal d'aujourd'hui.»

La recherche en immunothérapie porte surtout sur la façon d'administrer le traitement. «Ce n'est

pas encore sur le marché, mais on pourra bientôt administrer un traitement d'immunothérapie de manière sublinguale plutôt que par injections. Ce sera évidemment moins invasif.»

Les allergies ont des conséquences négatives pas seulement pour les personnes qui en souffrent, puisque l'entourage est aussi affecté, comme le milieu de travail. «Des études ont démontré que le taux de productivité des travailleurs allergiques non traités chute de 26 %. Ce n'est pas l'absentéisme qui est en cause ici. Les personnes se présentent au travail, mais elles sont là sans être là. Les symptômes les empêchent de bien se concentrer, et comme les allergies ont souvent un sommeil plus difficile, ils se présentent au travail moins en forme.»

Les allergies commencent donc à préoccuper les grandes entreprises, qui y voient là une autre source de perte de productivité. Surtout que des études américaines indiquent que, chez certaines entreprises, le taux d'allergiques est très élevé, allant de 22 % chez les employés d'une entreprise comme Bank One jusqu'à 37 % chez les employés de Dow Chemical. «Ces grandes entreprises aux États-Unis sont parties prenantes de l'assurance santé de leurs employés, et la santé en milieu de travail devient pour elles une priorité.» Selon le docteur Petit, il s'agit là d'un courant qui prend de l'ampleur et qui mènera peut-être à un meilleur dépistage et un meilleur traitement des allergies.

Collaborateur du Devoir

GRANDE MARCHÉ NATIONALE

ENSEMBLE

le 3 mai pour la santé

NOUS Y SERONS !



Centrale des syndicats du Québec



CSQ

www.csq.qc.net

SANTÉ

Ailleurs dans le monde

«24 heures pour sauver le système de santé britannique»

«L'instauration d'hôpitaux à but lucratif en Angleterre n'a pas amélioré la capacité de prestation des services»

S'il est un système de santé qui est loin de faire l'unanimité, c'est bien celui du Royaume-Uni. Les façons de faire des Britanniques sont effet encensées d'un côté, notamment en raison d'une réduction drastique des listes d'attente, mais aussi décriées de l'autre, entre autres à cause du recours au secteur privé. Quelques éléments clés d'un système complexe.

ALEXANDRE SHIELDS

«Nous avons 24 heures pour sauver le système de santé britannique», a lancé le premier ministre Tony Blair en 1999, deux ans après son arrivée au pouvoir. Il a aussi durement critiqué la dégradation de la qualité des soins de santé sous les gouvernements précédents. Son gouvernement affirmait du même coup vouloir donner un sérieux coup de barre, une nouvelle réforme du système de santé, dont la nouveauté est la collaboration en réseau entre les acteurs de santé.

A partir de 2000, la santé publique a donc reçu une manne d'investissements, souligne François Béland, professeur titulaire à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, en administration de la santé. De 2001 à 2008, les budgets consacrés à la santé ont augmenté de 7 % chaque année. Le National Health System (NHS), le service de santé public, a été le principal bénéficiaire des dépenses publiques, tandis que les dépenses en santé accaparent près de 9 % du PIB.

C'est surtout en matière de gestion que des gestes majeurs ont été faits, orientés vers une décentralisation du système. On a ainsi mis sur pied, dès 2000, des réseaux de soins régionalisés mettant en collaboration médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, etc. Le gouvernement a ainsi créé les groupements de soins primaires (Primary Care

Trusts ou PCT), ceux-ci desservant une population de 100 000 personnes en moyenne.

Chaque PCT reçoit une enveloppe budgétaire des autorités sanitaires régionales pour négocier les contrats de soins avec les hôpitaux. Chacun est géré par un comité composé de professionnels de la santé. Au total, les groupements de soins primaires administrent 75 % du budget du NHS. Fait à noter, dans le cadre de la décentralisation du système, 28 autorités stratégiques de santé (Strategic Health Authorities) ont remplacé les anciennes autorités sanitaires de district et ont pour seule mission de piloter le système.

Par ailleurs, un organisme public, le National Institute for Clinical Excellence (NICE), s'est vu confier la mission de veiller à l'égalité de la qualité des soins dans l'ensemble du pays et à la validation des pratiques médicales. Cependant, le NICE a essentiellement «des pouvoirs de recommandation», mais peu de pouvoirs d'«intervention», indique M. Béland.

Concurrence et autonomie

En décembre 2003, le gouvernement britannique a également modifié le statut des hôpitaux. A partir de ce moment, ceux qui sont considérés comme les plus performants, selon un certain nombre de critères, bénéficient d'une autonomie accrue en matière budgétaire, en investissements et en choix de financement. Qu'ils soient admi-



Le Royal Marsden Hospital, à Londres. De 2001 à 2008, les budgets consacrés à la santé ont augmenté de 7 % chaque année.

nistrés par les autorités publiques ou par des entreprises privées, ils peuvent agir plus librement. Ce sont d'ailleurs eux qui rémunèrent leurs médecins, et ceux-ci ont vu leur salaire bondir ces dernières années, explique M. Béland.

La même année, on a introduit des mesures garantissant un certain libre choix pour les patients, qui ont le droit de déterminer où ils souhaitent être traités. Les indicateurs de «performance» en vigueur peuvent les aider à choisir. Les hôpitaux sont donc en concurrence, de même que les professionnels de la santé. Par exemple, les médecins généralistes sont rémunérés par capitation, mais aussi en fonction de leur charge, de la zone couverte et de leur «performance» en matière de qualité des soins. Ils sont en quelque sorte ré-

compensés lorsqu'ils prodiguent des conseils à leurs patients en matière d'alimentation ou qu'ils envoient moins aux spécialistes.

Enfin, point litigieux s'il en est un, on a créé un partenariat public-privé liant le NHS et le secteur privé. Ainsi, les hôpitaux du service de santé public et les groupements de soins peuvent envoyer certains patients vers le privé pour éviter une trop longue attente, explique Marie-Pascale Pomey, professeure adjointe à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le NHS est autorisé à financer des opérations effectuées dans les cliniques privées. Environ 5 % des soins électifs sont fournis par des cliniques ou des hôpitaux privés.

Le système public cohabite en outre avec une médecine privée complètement payante et très coûteuse. Seulement trois millions de personnes sont couvertes par des contrats proposés par les assureurs, qui ne prennent en charge que les consultations chez le spécialiste et les frais hospitaliers. Dans plusieurs cas, il faut de plus obtenir l'autorisation de son assureur avant tout soin.

Seulement trois millions de personnes sont couvertes par des contrats proposés par les assureurs, qui ne prennent en charge que les consultations chez le spécialiste et les frais hospitaliers. Dans plusieurs cas, il faut de plus obtenir l'autorisation de son assureur avant tout soin.

Résultats et critiques

Des résultats probants ont été observés, notamment dans la réduction des délais d'attente, souligne Mme Pomey. L'objectif pour une opération est une attente moyenne de dix-huit semaines en 2008, contre dix-huit mois il y a dix ans. Un généraliste est vu au plus tard dans les quarante-huit heures, contre trois à sept jours il y a quelques années. En plus des réformes de la structure même du système de santé, on a procédé à des embauches importantes. On a ainsi créé 20 000 postes de médecins, mais aussi 70 000 postes en soins infirmiers.

En matière de critiques, le NHS est cependant pointé du doigt en raison de sa lourde structure, qui compte 1,4 million de fonctionnaires. Selon un rapport de la Commission de la santé publié en 2006, plus d'un tiers des groupements du NHS, qui exercent le rôle d'acheteurs de soins, sont mal gérés. Même chose pour quelques-uns des nouveaux hôpitaux parmi la centaine qui ont été ouverts. Leur construction, confiée au secteur privé, a donné lieu à certains ratés. Des structures sous-utilisées ont été bâties, alors que les petits unités spécialisées font souvent défaut.

Au-delà des ratés, des éléments majeurs du système britannique ont, semble-t-il, plu au groupe de travail sur le financement de la santé qu'a dirigé Claude Castonguay. Dans son rapport, il souligne par

exemple le caractère novateur du «processus permanent de réforme» dans lequel s'est engagé le Royaume-Uni, doublé d'une «décentralisation régionale». Les auteurs du document estiment aussi que le Québec aurait tout à gagner à s'inspirer des programmes d'évaluation de la performance mis en place en Angleterre, mais également des «nouvelles façons de faire» pour la construction des hôpitaux, soit le recours au secteur privé.

Dans le volumineux et controversé rapport, on a également salué le fait que l'Angleterre a «mis en place une politique visant l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques et la réduction des hospitalisations, en effectuant un transfert de la prise en charge de l'hôpital vers le médecin généraliste et s'appuyant sur une démarche associative forte. Une rémunération fondée sur des indicateurs de performance sanitaire concernant les patients sert d'incitatif pour faire évoluer les pratiques».

L'aspect le plus critiqué du système anglais, soit le recours au secteur privé, n'aurait cependant pas eu les résultats escomptés en matière de réduction des coûts et de qualité des services, selon un rapport publié en février par l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques: «Selon une étude du Comité de la santé de la Chambre des communes britannique, l'instauration d'hôpitaux à but lucratif en Angleterre n'a pas amélioré la capacité de prestation des services. Ce recours au privé n'est pas nécessairement plus efficace et son coût n'est pas inférieur à ce qu'il était dans la situation qui prévalait avant. En somme, la concurrence entre les hôpitaux se fait aujourd'hui au détriment de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé.»

Le Devoir

Le système de santé en France fait la fierté de ses habitants

Bête complexe, incontrôlable et lourde de bureaucratie, le système de santé français semble toutefois satisfaire ses habitants. Dans l'Hexagone, on ne connaît presque pas les listes d'attente ni les pénuries de médecins ou d'infirmières et presque tout le monde a accès à des soins complètement gratuits. Très contrôlé, le secteur privé cohabite bien depuis toujours avec le secteur public, mais depuis peu ce dernier est davantage en concurrence avec le secteur privé, ce qui crée de plus en plus de pression.

MARTINE LETARTE

La France a un système de santé qui fonctionne bien: telle serait l'évaluation que fait Marie-Pascale Pomey, médecin d'origine française établie au Québec depuis huit ans et professeure au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

D'abord, il faut savoir que le système de santé français est complètement différent de celui du Québec. «Si on met de côté les États-Unis, qui ont un système complètement différent, on retrouve deux grandes familles de systèmes de santé dans le monde. Il y a d'abord le modèle anglais, duquel descend le modèle québécois, qui est financé par la taxation de l'État. Il y a aussi le système français, qui descend du modèle bismarckien et qui est financé par les employeurs et les employés», explique d'ailleurs Michèle Saint-Pierre, professeure au département de management de l'université Laval.

Les caisses de travailleurs

Ainsi, la très grande majorité des Français ont une couverture médicale en fonction de leur statut professionnel. Par exemple, 80 % de la population est couverte par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, alors que les deux autres caisses importantes sont la Mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants et artisans.

«Ces caisses sont gérées par le patronat et les syndicats d'employés. Grosso modo, les couvertures se ressemblent, tout comme les cotisations à payer, sauf pour les travailleurs autonomes, qui doivent payer la partie de l'employé ainsi que la partie de l'employeur», affirme Marie-Pascale Pomey.

Et en France, contrairement à ici, il y a un ticket modérateur. «Une personne qui est hospitalisée doit payer une petite partie des frais pour empêcher que des gens abusent du système. Or, l'effet du ticket modérateur est pratiquement annulé par les assurances complémentaires de la très grande majorité des Français, qui le remboursent», explique la D^e Pomey.

Les couvertures complémentaires

Mais qu'est-ce que ces assurances complémentaires? Est-ce qu'elles sont accessibles à une grande proportion des Français? En fait, en 2005, plus de 92 % de la population française était couverte par une assurance maladie complémentaire.

«Les assurances complémentaires, qu'elles soient fournies par des compagnies ou par des mutuelles à but non lucratif, font vraiment partie du système de santé en France. C'est pratiquement un automatisme pour une compagnie d'en offrir à ses employés. Ces assurances couvrent presque tout ce qui n'est pas cou-

vert par l'assurance de base», soutient la D^e Pomey.

Couverture maladie universelle

Mais, avec un système qui repose sur le statut professionnel, qu'en est-il des chômeurs et des gens sans emploi?

«Jusqu'en 2000, les chômeurs et les gens qui recevaient le Revenu minimum d'insertion étaient couverts, mais environ 1 % de la population, qui n'avait personne de couvert dans sa famille et qui ne recevait rien de l'État, n'avait aucune assurance et se retrouvait dans un état épouvantable. Tellement, que Médecins du monde venait s'occuper d'eux! C'était un très grand problème, mais la France l'a réglé en instaurant la Couverture maladie universelle (CMU)», indique Marie-Pascale Pomey.

En plus d'assurer une couverture de base à 100 % de la population française, la CMU propose une assurance complémentaire aux personnes à faibles revenus. Cette couverture complémentaire gratuite, qui comprend le ticket modérateur, l'hospitalisation sans limitation de durée ainsi que le remboursement dans une certaine limite des frais de prothèse, d'orthodontie et de lunettes, s'adresse toutefois seulement à ceux qui disposent d'un revenu imposable inférieur à un certain plafond, ce qui tout de même laisse de côté les plus démunis.

«Par exemple, les gens de la rue n'ont pas d'assurance complémentaire, c'est donc pour eux que le ticket modérateur fait mal», remarque la D^e Pomey.

Cohabitation public-privé

Enfin, dans le système français, le secteur public cohabite depuis toujours avec le secteur privé. Les assurances complémentaires fournies par les grandes compagnies à but lucratif, par les mutuelles ou par l'E-

tat permettent aux gens de se faire soigner dans les hôpitaux publics comme dans les cliniques privées.

«Il faut dire que le privé en France est très réglementé. Par exemple, les médecins généralistes, à part le petit pourcentage qui est désaffilié, appliquent les tarifs négociés avec l'État. La cohabitation s'est toujours bien passée, mais depuis une dizaine d'années on sent que le privé exerce plus de pression sur le public. On commence à sentir que les médecins sont plus attirés par le privé qui offre de meilleures conditions de travail. Le public se plaint également que le privé fait seulement les interventions les plus lucratives et les cas les plus légers pour s'assurer un maximum de profits, alors qu'il laisse tout le reste au public. Des réformes sont donc nécessaires pour faire diminuer cette pression», affirme Marie-Pascale Pomey.

Tout de même, actuellement, tous les Français sont couverts par une assurance maladie et ont facilement accès à des soins de qualité. Un rêve devenu réalité?

«C'est vrai que les Français ne connaissent pas vraiment les listes d'attente et sont généralement très satisfaits de leur système de santé», précise la D^e Pomey. Toutefois, il est évident que les Français ont un système de santé très coûteux, largement au-dessus de leurs moyens. Or aucun ministre de la Santé n'a encore eu le courage de faire les réformes nécessaires pour réduire les coûts. Les Français sont très attachés à leur système de santé et, lorsqu'ils regardent les pays autour d'eux, ils ont peur! Ils ne veulent pas se retrouver comme les Anglais, par exemple!»

En guise de comparaison, les dépenses totales en matière de santé correspondent à environ 11 % du PIB de la France, contre un peu moins de 10 % au Canada et un peu plus de 8 % au Royaume-Uni.

Collaboratrice du Devoir

Nos 26 000 techniciennes et professionnelles travaillent au quotidien

pour un réseau en santé et 100 % public

info@aptsq.com • www.aptsq.com

APTS Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux

SANTÉ

Répartition des nouveaux médecins entre les régions

«Le Québec ne peut gérer son système de santé en vase clos»

Couillard rappelle que les plans de gestion des effectifs médicaux visent à assurer une distribution équitable des ressources

Plusieurs voix se sont élevées parmi les regroupements de médecins pour demander un assouplissement des plans de gestion des effectifs médicaux. Certains ont argué qu'un système jugé trop contraignant risquait d'inciter des médecins à quitter le Québec ou à travailler dans le secteur privé. Le ministre Philippe Couillard se dit ouvert à certaines formes d'assouplissement. Selon lui, il ne faut toutefois pas perdre de vue l'objectif des plans: répartir de la façon la plus équitable possible les médecins entre les différentes régions du Québec.

BRIGITTE SAINT-PIERRE

Le Québec ne peut gérer son système de santé en vase clos», fait valoir la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). Des règles jugées trop contraignantes pourraient inciter de jeunes médecins à aller travailler dans une autre province ou un autre pays ou encore à opter pour le secteur privé, selon la FMRQ.

La Fédération souhaiterait par exemple qu'un plus grand nombre de postes soient offerts dans les différentes spécialités médicales. Le président de la FMRQ, le Dr Martin Bernier, estime que la façon dont sont actuellement mis au point les plans régionaux de gestion des effectifs en médecine spécialisée relève un peu de la «pensée magique». «C'est présumer que si on a huit finissants et qu'on ouvre huit postes dans la province, forcément, les choses vont tomber en place, dit-il. C'est ignorer différents facteurs dont les gens doivent tenir compte, notamment le fait que certains ont des familles, ont des conjoints qui ne sont pas forcément en mesure d'aller travailler n'importe où, de se déplacer comme ça.»

Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Philippe Couillard, rappelle l'objectif des plans de gestion des effectifs: la répartition la plus équitable possible des médecins entre les différentes régions du Québec. «Dans un monde idéal, on n'aurait pas besoin de plans d'effectifs. Dans un monde idéal d'offre suffisante, ce ne serait pas nécessaire», dit-il, soulignant l'actuelle pénurie de médecins et le nombre limité de finissants en médecine.

Des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont mis au

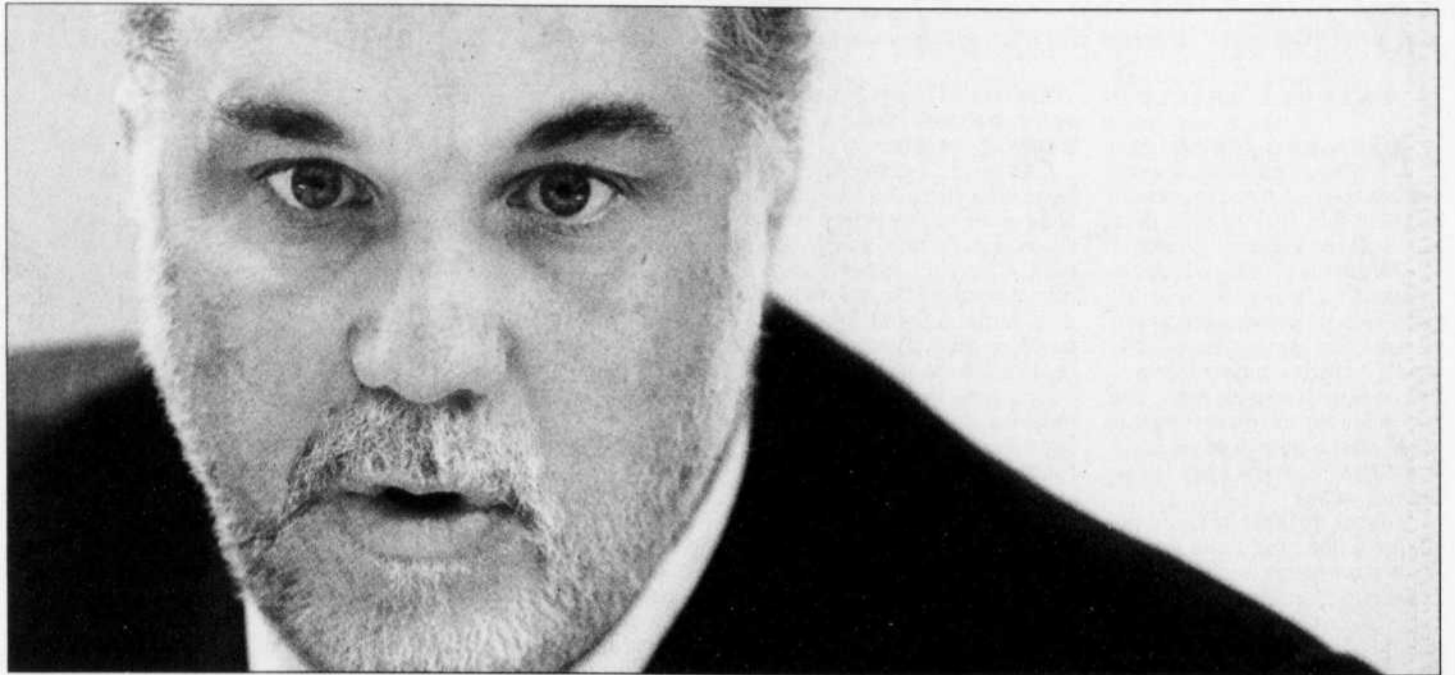
point chaque année en omnipraticque, d'une part, et en médecine spécialisée, d'autre part. En médecine spécialisée, le PREM est constitué des plans d'effectifs médicaux par établissement (PEM) pour toutes les spécialités.

Demandes d'assouplissement

La FMRQ ne plaide pas pour l'abolition de toute forme de règles. Le président de la Fédération estime que certaines restrictions quant à l'installation des nouveaux médecins constituent un «mal nécessaire à court terme» en raison de l'actuelle situation de pénurie et de la nécessité de desservir les différentes régions du Québec. Selon le Dr Bernier, un «excès de contraintes» ne sert toutefois pas l'objectif visé. «On n'a pas ce luxe-là de pouvoir dire: vous prenez tel poste ou on n'est pas intéressé à vous avoir». On n'a pas ce surplus de médecins justement pour se permettre ce genre de luxe-là.»

Tant la Fédération des médecins résidents du Québec que le Collège des médecins du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec demandent des assouplissements dans l'application des plans régionaux d'effectifs médicaux. La FMRQ mentionne par exemple que de jeunes femmes médecins peuvent souhaiter travailler à temps partiel pour des raisons familiales et elle estime que le système n'est pas vraiment adapté à cette réalité.

Le ministre Philippe Couillard affirme que le régime des PREM et des PEM est en évolution constante. «Chaque année, on s'assoit avec les fédérations médicales pour l'améliorer. Dans le mot «amélioration», on retrouve certainement le concept d'assouplissement. Cepen-



Les finissants recherchent surtout des postes en médecine spécialisée, estime le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Philippe Couillard. «Lorsqu'ils veulent absolument être spécialistes, ils décident d'aller chercher l'entraînement ailleurs qu'au Québec s'il n'est pas disponible.»

dant, comme j'expliquais en commission parlementaire la semaine dernière, il faut voir ce qui se cache derrière le mot «assouplissement», dit-il. «Si on veut dire, par «assouplissement», mieux tenir compte des situations individuelles, des situations de couple, par exemple, qui peuvent se présenter et d'autres éléments semblables, il n'y a aucun problème pour nous à aller plus loin dans l'assouplissement», soutient-il, ajoutant qu'il ne faut toutefois pas perdre de vue l'objectif du régime.

Centres urbains et régions

Selon M. Couillard, les critiques concernant les PREM et les PEM viennent surtout de médecins habitant dans les centres urbains. Le point de vue des régions est tout à fait différent, affirme-t-il.

Dans un texte publié mardi dans *Le Devoir*, le Dr Donald Aubin, directeur des services de santé, des affaires médicales et universitaires pour l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, se dit favorable au maintien de l'approche actuelle. «Jusqu'à une époque assez récente, les nouveaux médecins s'installaient là où ils le souhaitent, sans contraintes autres que celles propres à chacun des milieux hospitaliers, et ils exerçaient dans le secteur d'activité de leur choix. Ces règles limitées faisaient en sorte que la répartition médicale ne répondait pas nécessairement aux besoins de la population», fait-il valoir.

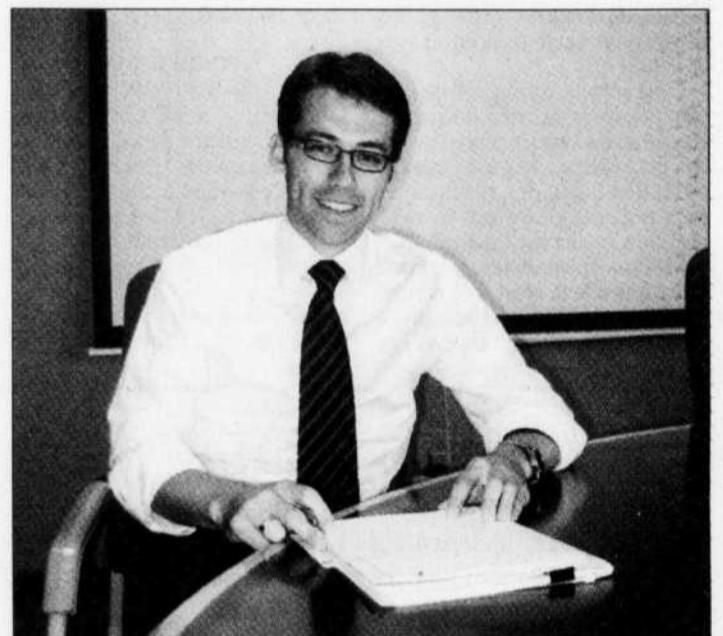
Le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, le Dr Réjean Hébert, a un point de vue différent sur le régime actuel. «On se rend compte que les contraintes des plans régionaux d'effectifs médicaux [PREM] ont finalement des effets pervers plus importants que ceux qu'on essaie de corriger», a-t-il déclaré au *Devoir* la semaine dernière.

M. Couillard répond qu'en général «ce genre de commentaires provient justement des régions universitaires qui sont en situation d'effectifs relativement favorable par rapport aux autres régions du Québec». Il fait valoir que le gouvernement doit trouver un équilibre pour répondre le mieux possible aux besoins des régions urbaines et universitaires, d'une part, et à ceux des autres régions du Québec, d'autre part. Les besoins en effectifs médicaux de régions comme la Mauricie, Lanaudière et les Laurentides sont particulièrement importants, souligne le ministre.

Places vacantes en résidence

Chaque année, des étudiants en médecine québécois choisissent de faire leur résidence dans une autre province. Le Québec perd davantage d'étudiants qu'il n'en accueille d'ailleurs au pays. Le déficit s'élève cette année à 65 étudiants. Un record.

La raison principale de cette situation résiderait dans le fait qu'on offre au Québec un nombre assez élevé de postes en médecine de famille, alors que les finissants re-



Le président de la FMRQ, le Dr Martin Bernier, estime que la façon dont sont actuellement mis au point les plans régionaux de gestion des effectifs en médecine spécialisée relève un peu de la «pensée magique».

cherchent surtout des postes en médecine spécialisée, estime M. Couillard. «Lorsqu'ils veulent absolument être spécialistes, ils décident d'aller chercher l'entraînement ailleurs qu'au Québec s'il n'est pas disponible.»

Environ le tiers des étudiants canadiens en médecine optent pour la médecine de famille, et les deux autres tiers, pour une spécialité, souligne le ministre. «Pour ar-

river à un ratio plus près d'une répartition équitable entre les deux, il faut que les étudiants en médecine soient exposés plus tôt dans leur formation à la médecine de famille et qu'ils aient l'occasion de développer des modèles de rôle ou des ambitions de pratique et de carrière qui correspondent également à la médecine de famille.»

Collaboratrice du Devoir

DERNIER AVIS	
2 nuitées (dont une sur une civière à l'urgence)	3 100 \$
Salle d'opération	5 340 \$
Anesthésie et chirurgie	5 000 \$
Salle de réveil et de récupération	540 \$
Deux scanners	850 \$
Examens et tests	2 120 \$
«Patch» de nicotine (un p'tit cadeau)	1 150 \$
Frais ultérieurs pour mauvaise créance	8 \$
Total	19 180 \$

LA SANTÉ AU QUÉBEC AVANT LE SYSTÈME PUBLIC

- ENDETTEMENT ET FAILLITES ÉTAIENT MONNAIE COURANTE
- LES ACCOUCHEMENTS ET LA MALADIE ÉTAIENT LES PRINCIPALES CAUSES D'ENDETTEMENT ET D'APPAUVRISSMENT DES FAMILLES
- PAS D'ARGENT SIGNIFIAIT PAS DE TRAITEMENT

LES HORREURS DU PRIVÉ AUX USA

- POUR ÊTRE ASSURABLE, IL FAUT ÊTRE EN SANTÉ
- LES DÉPENSES MOYENNES ANNUELLES PAR FAMILLE POUR LA SANTÉ : 12 000 \$ US
- 47 MILLIONS D'AMÉRICAINS N'ONT AUCUNE ASSURANCE SANTÉ
- 9,4 MILLIONS D'ENFANTS N'ONT AUCUNE PROTECTION
- PLUS DE LA MOITIÉ DES FAILLITES PERSONNELLES SONT RELIÉES AUX COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

TOUCHE PAS À MA CARTE!