

SANTÉ

# Le Québec aux rayons X

Qu'on soit en période électorale ou non, le système de santé est au cœur de bien des débats depuis plusieurs années, au Québec. Dans quel état est-il, vu de l'intérieur? Bilan de santé et points de vue de ses organisations syndicales et ses travailleurs.

## Plus ou moins bon que les autres, le système québécois?

Quand on se compare, on se console, le dit le dicton. Mais où se situe notre système de santé lorsqu'on le soumet au jeu de la comparaison?

ETIENNE PLAMONDON EMOND

Collaboration spéciale

Les Québécois se montrent plus insatisfaits qu'auparavant de leur système de santé. C'est du moins ce qui se dégageait du bilan publié en 2017 par l'Institut de la gouvernance et des organisations privées et publiques (IGOPP) sur les résultats d'un sondage mené par le Commonwealth Fund auprès de 26 000 personnes dans 11 pays, parmi lesquels on retrouve environ 4500 répondants canadiens. À peine 26% des 1000 personnes interrogées au Québec ont qualifié de façon globale les soins de santé dans la province de très bons ou d'excellents. Un pourcentage identique à celui enregistré aux États-Unis, mais bien en dessous de la moyenne canadienne, située à 45%, et des 11 pays à l'étude, à 51%.

Toujours selon le même sondage, 66% des Québécois considéraient que leur système de santé comportait de bonnes choses, mais nécessitait des changements fondamentaux. Or, seulement 55% des répondants ont donné cette réponse au Canada, et 45% dans l'ensemble des pays sondés.

Pourtant, le Québec ne semble pas avare dans son financement accordé au secteur. Selon les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé en 2017, les dépenses totales de santé au Québec étaient de 6434\$ par habitant, dont 4266\$ versés par le gouvernement provincial, ce qui se compare à la moyenne canadienne de 6604\$ par habitant, dont 4259\$ payés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux.

L'insatisfaction ne semble pas non plus découler des services reçus lors d'un séjour à l'hôpital: les Québécois affirment avoir été traités avec courtoisie et respect par les médecins dans une proportion de 96% et par le personnel infirmier dans une proportion de 94%, ce qui est meilleur que dans les autres provinces et pays.

**Un problème d'accès, pas de qualité**

«Même dans un contexte de surcharge de travail,

quelqu'un qui a une pathologie ou un problème de santé est en général bien soigné au Québec, indique Jacques Létourneau, président de la Confédération des syndicats nationaux (CSN). La compétence des médecins, spécialistes et non spécialistes, est au rendez-vous. Ce n'est pas de ça que les gens vont se plaindre. Le problème, c'est l'accès. Là-dessus, on a du chemin à faire.»

Lara Maillet, professeure à l'École nationale d'administration publique (ENAP) et experte en matière de systèmes de santé, émet un constat similaire. «Une fois qu'on est entré dans le système de santé, que ce soit pour un cancer ou une maladie chronique aiguë, le suivi est excellent, dit-elle. Le gros souci, c'est l'accessibilité. Là, il y a un problème d'équité.»

En 2016, le dernier rapport du Commissaire à la santé et au bien-être sur la performance du système de santé sonnait l'alarme à ce sujet. S'il relevait que l'accessibilité financière demeurait bonne, le document précisait que l'«utilisation des services est plus faible qu'ailleurs», et que les Québécois «utilisent beaucoup moins les services médicaux, sont moins hospitalisés et subissent moins de chirurgie que les résidents des autres pays et des autres provinces.»

Selon le sondage du Commonwealth Fund, 51% des Québécois avaient indiqué avoir attendu plus de quatre heures avant d'être traités la dernière fois qu'ils s'étaient présentés aux urgences de l'hôpital, comparativement à 29% au Canada et 11% dans les 11 pays sondés. 21% des personnes interrogées au Québec ont affirmé que la dernière fois qu'elles avaient été malades, elles avaient attendu plus de deux semaines pour obtenir un rendez-vous avec un médecin ou une infirmière, alors qu'ils n'étaient que 10% au Canada et 5% dans l'ensemble des pays participants à vivre cette expérience.

En revanche, le gouvernement Couillard a mené deux réformes majeures dans les dernières années. La loi 20, adoptée en 2015, promettait d'augmenter le pourcentage de Québécois ayant accès à un médecin de famille. Sans que l'objectif de 85% ait été atteint, ce taux avoisine aujourd'hui 79%. «Les populations plus vulnérables et les cas les plus lourds ont toujours du mal à entrer dans le système ou à être pris en charge par des médecins», souligne néanmoins Lara Maillet.

VOIR PAGE D 3 : SYSTÈME

MOUVEMENT POUR UN RÉGIME PUBLIC ET UNIVERSEL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

# La pièce manquante.

## SANTÉ / SYNDICALISME

## Des omnipraticiens au bout du rouleau

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Collaboration spéciale

Le système de santé québécois actuel met énormément de pression sur les épaules des médecins de famille. Selon un rapport du Programme d'aide aux médecins du Québec, «la grande majorité des clients ayant consulté le programme en 2016-2017 a évoqué les pressions du système de santé. Dans certains cas, cette pression constituait le motif principal de consultation». «Et encore, ajoute le Dr Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), on ne parle que de ceux qui ont consulté! Malheureusement, on n'a pas de preuves scientifiques, mais on peut facilement extrapoler que le nombre de médecins qui souffrent de difficultés est encore beaucoup plus grand que le nombre de ceux qui ont consulté.»

Lorsque le Dr Godin rencontre des médecins dans leur bureau ou à l'hôpital, il est clair pour lui qu'ils ressentent une souffrance et un épuisement: «les médecins ne savent plus comment faire pour répondre à tout ce qu'on leur demande».

De plus, le président en est convaincu: «Ce qui aggrave ces problèmes, c'est que l'on continue de leur dire qu'ils n'en font pas assez, qu'ils ne savent pas s'organiser et qu'ils sont paresseux.» Le phénomène de la détresse se vérifie auprès des autres professionnels de la santé, «mais les gens pensent que les médecins sont au-dessus de tout ça. C'est faux!» s'exclame-t-il.

## Analyse partielle

Louis Godin assure que les omnipraticiens doivent lutter contre certaines idées reçues, dont celle que les médecins de famille ne travaillent qu'à mi-temps, d'où les problèmes d'accès: «C'était une analyse partielle de la part du ministre de la Santé, mais c'est quelque chose que tout le monde a acheté. Pourtant, la réalité, c'est qu'il y a trois ans, les médecins de famille travaillaient déjà autant que tous les autres médecins au Québec ou au Canada», affirme le président. En général, la référence pour un omnipraticien correspond à un horaire de 40 à 45 heures par semaine.

L'autre élément qui influe sur la santé des médecins de famille, c'est tout l'aspect de la réforme du système: «On a créé des mégastructures, on a dépersonnalisé les institutions», explique Dr Godin. Aujourd'hui, les mégahôpitaux peuvent compter plus de 1000 méde-



«Les médecins ne savent plus comment faire pour répondre à tout ce qu'on leur demande», estime le Dr Louis Godin, président de la FMOQ.

DAAN STEVENS UNSPLASH

cins, «on ne peut plus s'appuyer sur la dynamique locale qui existait auparavant. Toute l'habileté qu'un milieu possédait avec sa propre façon de répondre aux besoins de sa population, on a tout brisé ça et, maintenant, les ordres viennent de Québec et il n'y a qu'un seul modèle, une seule façon de faire», ajoute-t-il.

Le président croit qu'on a ainsi enlevé beaucoup d'autorité aux médecins, surtout dans les régions où il n'y a pas un seul gros établissement, mais plusieurs hôpitaux périphériques, «aujourd'hui, c'est comme si on travaillait tous dans le même hôpital». Un centre décisionnel parfois à plus de 150 kilomètres d'un lieu de travail et des directives qui viennent d'en haut, voilà d'autres éléments qui sont venus miner la santé des médecins.

La FMOQ n'a pas attendu la récente campagne électorale pour faire entendre ses inquiétudes au gouvernement: «Depuis trois ou quatre ans, on a fait des dizaines et des di-

zaines d'interventions où on mettait en avant nos propositions», explique le Dr Godin. Parmi celles-ci, le retour vers une décentralisation, une cogestion des établissements partagée avec les médecins, une prise en compte de la réalité des régions ou des sous-régions dans l'organisation du système de santé, plus de souplesse dans l'administration des groupes de médecine familiale et des supercliniques et, finalement, «qu'on reconnaisse que les médecins n'ont pas tous la même clientèle, qu'ils n'ont pas tous la même façon de travailler et qu'on ne peut pas tous travailler avec des cibles qui sont non négociables».

## L'avenir de la profession

Mais plus que tout, le souhait du Dr Godin et de la FMOQ, c'est qu'enfin change «le climat dans lequel on a évolué au cours des dernières années. Ce climat de mépris, d'obligation et de coercition, ça ne marche pas et ça ne marchera ja-

mais à moyen et à long terme». Le président précise que de telles mesures peuvent donner une impression de résultats à court terme, mais «ce n'est pas vrai qu'on peut forcer des professionnels à maintenir une haute qualité de services seulement avec des menaces».

## «Maintenant, les ordres viennent de Québec et il n'y a qu'un seul modèle, une seule façon de faire»

L'immense enjeu auquel fait face le système de santé aujourd'hui est la rétention des médecins: «Le problème, c'est qu'on ne réussit pas à pourvoir le nombre de postes fixés d'avance», explique le président. Pourquoi? «On a changé les règles du jeu en cours de route et on a proposé des conditions de pratique qui ne correspondent pas aux attentes des futurs médecins», ajoute-t-il. Résultats: 65 postes étaient vacants

l'an passé. Ce qui signifie que, dans deux ans, il y aura toujours 65 médecins de moins que prévu qui arriveront sur le marché du travail.

De plus, et c'est ce que cherche à préciser la FMOQ avec des données qui devraient être exploitées sous peu, «on sait qu'au cours des deux ou trois dernières années, on a eu plus de retraites que ce qu'on avait prévu», explique le Dr Godin. De ce fait, le bilan risque de s'alourdir et le fossé, de se creuser. «On est en train de recréer la pénurie qu'on a vécue dans la première décennie des années 2000.»

Selon le Dr Godin, être médecin n'est absolument pas une condition indispensable pour devenir ministre de la Santé. Toutefois, «la personne qui occupera ce poste aura un net avantage si elle connaît bien le réseau de la santé et son fonctionnement. L'important, c'est son style, sa capacité à écouter et à obtenir des consensus, et tout ça n'est pas relié au fait d'être ou non médecin».

## Pour le bien-être des aînés

Davantage de ressources pour prendre soin des aînés sont nécessaires, mais surtout une volonté de changement

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Collaboration spéciale

«La proportion de personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile est demeurée assez stable, à 15%, pendant huit ans. En 2015-2016, cette proportion a chuté à 12,1%. Alors que la population vieillit, ce chiffre signifie que ce sont 176 250 personnes âgées de moins qui ont bénéficié de ces soins», explique Nancy Bédard, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. De son côté, Carole Dubé, présidente de l'Alliance du personnel professionnel et technique et des services sociaux (APTS) souhaite que le nouveau gouvernement fasse preuve de volonté pour la santé et le bien-être des aînés. Selon elle, il est impératif de réinvestir dans les soins à domicile: «C'est ce que les gens veulent, rester à la maison!»

Durant la récente campagne électorale, les partis se sont tous engagés à faire du dossier des aînés une priorité. «Pour y parvenir, c'est un virage à 180 degrés que

devra envisager le nouveau gouvernement. Effectivement, on doit investir dans toute une panoplie de services pour garder les aînés à domicile», soutient Carole Dubé. «La qualité des soins à domicile va passer par les CLSC, il faut les doter de moyens financiers et de personnel suffisant», lance Nancy Bédard, qui affirme que le Québec compte assez de ces professionnels capables de travailler en équipes multidisciplinaires.

Les problèmes auxquels sont confrontés les aînés sont la conséquence directe de l'organisation des soins de santé au Québec, selon Nancy Bédard: «On a choisi d'investir dans les structures plutôt qu'en première ligne. On a passablement vidé les CLSC au profit des groupes de médecins de famille. Aujourd'hui, c'est ce qui fait qu'on a moins de services à domicile.»

Quand ces services ne sont plus offerts, la santé des personnes âgées se détériore alors rapidement. «Il faut vite réinvestir dans les CLSC et aussi dans les centres d'hébergement de soins de longue durée [CHSLD]», ajoute-t-elle. Ca-

rolle Dubé affirme quant à elle que «miser sur la prévention est aussi un moyen de garder les gens à domicile».

Les CHSLD font les manchettes depuis plusieurs années. «La stabilité des équipes de soins assure la qualité et la sécurité des bénéficiaires», explique Nancy Bédard. La FIQ a sondé ses membres l'an dernier et ceux qui travaillent en CHSLD disent ne plus être capables de donner les soins selon les normes, et ce, de façon régulière. Ce que les professionnels en soins déplorent aussi, c'est le constant manque de temps: «Les personnes âgées ont besoin de parler, de se faire tenir la main et nos membres en sont déchirés, mais ils n'ont plus le temps d'accompagner les patients et de leur offrir cette présence.»

Nancy Bédard et Carole Dubé le répètent; le bien-être des aînés passe par un réinvestissement dans les CLSC. Ces cliniques sont déjà présentes dans toutes les communautés, les structures sont là, il s'agit seulement d'y ajouter le personnel nécessaire.

## Famille d'accueil: reconnaissance demandée

MARIE-HÉLÈNE ALARIE

Collaboration spéciale

Les familles d'accueil ouvrent les portes de leur maison à des adultes ayant une déficience intellectuelle ou un handicap et à des enfants provenant de centres jeunesse dans le seul but de leur offrir un foyer stable et de leur permettre de s'épanouir. C'est poussées par un grand humanisme et presque par vocation que ces familles accueillent les usagers, mais elles le font souvent dans des conditions difficiles.

«On souhaite mettre fin à l'arbitraire quand vient le temps de déterminer les services qu'on doit rendre à nos usagers», lance Diane Ménard, présidente du secteur des ressources familiales et certaines ressources de type intermédiaires de la Centrale des syndicats démocratiques (CSD). Comme elle vit en permanence avec son usager, c'est la famille d'accueil qui est la mieux placée pour évaluer les services dont il a besoin affirme-t-elle. Pourtant, c'est l'établissement de référence qui les détermine unilatéralement. Rappels que la famille d'ac-

cueil est rétribuée selon les services offerts. «On demande que l'établissement reconnaisse notre expertise», ajoute M<sup>me</sup> Ménard.

## «On souhaite mettre fin à l'arbitraire quand vient le temps de déterminer les services qu'on doit rendre à nos usagers»

La directrice dénonce aussi la lourdeur des tâches administratives: «On nous demande de remplir quantité de rapports et de grilles d'observation. C'est extrêmement exigeant et souvent, c'est fait au détriment du temps de qualité qu'on va passer avec nos usagers», explique la présidente, pour qui les rapports directs et ouverts qu'elle avait avec les intervenants quand elle a commencé ce métier il y a 28 ans manquent.

Un demi-siècle voué à défendre et promouvoir l'expertise professionnelle de ses membres de tous horizons!

Un combat essentiel pour conserver des services publics de qualité!

SPGQ  
50 ans

spgq.qc.ca

## SANTÉ / SYNDICALISME

SAGES-FEMMES

## Assurer l'accès aux services et la viabilité de la pratique



SIMON VAN VLIET

Collaboration spéciale

Ce n'est pas faute de demande que les sages-femmes assurent aujourd'hui moins de 5% des suivis de grossesse au Québec. Un sondage commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2005 rapportait que près du quart des parents préféreraient donner naissance ailleurs qu'à l'hôpital.

Le Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec de 2015 prend d'ailleurs acte de l'intérêt croissant pour une démedicalisation des grossesses et des accouchements présentant peu de risques de complications. Réitérant la volonté d'atteindre la cible de 10% des naissances avec sage-femme, établie dans la Politique de périnatalité 2008-2018, le MSSS s'est donné jusqu'en 2019 pour « que toutes les régions du Québec soient dotées de services de sage-femme ».

**Difficile accès aux services**

De nombreux projets de points de services ou de création de maisons de naissance sont en développement aux quatre coins du Québec, mais plusieurs régions sont encore mal desservies.

« Trop de personnes voulant accoucher avec une sage-femme se retrouvent sur des listes d'attente, tandis que dans plusieurs régions à faible densité de population, et même dans des régions urbaines comme celle de Laval, l'espoir de voir des sages-femmes pratiquer sur leur territoire demeure incertain », déploie d'ailleurs la coordonnatrice de la Coalition pour la pratique sage-femme, Lorraine Fontaine, dans une lettre ouverte publiée le 5 mai dernier à l'occasion de la Journée internationale de la sage-femme.

Outre le manque de ressources et d'infrastructures, l'amélioration de l'accès au service sage-femme se heurte à une complication : la pénurie de sages-femmes au Québec, observée de Nicolet jusqu'à Chicoutimi.

**Pénurie « multifactorielle »**

Si la pénurie de sages-femmes est « multifactorielle », comme l'avance la vice-présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ), Jo-

syane Giroux, la qualité d'emploi et les conditions de travail des sages-femmes se dessinent en filigrane.

Lié à la Fédération des professionnelles de la CSN (FP-CSN) depuis 2009, le RSFQ a mené plusieurs rondes de négociations avec le MSSS, notamment pour améliorer les salaires et bonifier les primes de garde. Et bien que des écarts importants subsistent avec d'autres professionnelles de la santé ou avec les sages-femmes d'autres provinces, les questions salariales ne sont pas le principal facteur de la pénurie, estime la vice-présidente du RSFQ.

Le faible nombre de nouvelles diplômées dans le programme de formation des sages-femmes à l'Université du Québec à Trois-Rivières explique en partie la pénurie. En 2017, l'Association canadienne des sages-femmes dénombrait un peu plus de 200 praticiennes au Québec, et à peine 25 diplômées ont terminé leur formation cette année.

Le phénomène de l'épuisement professionnel, observé dans d'autres professions de la santé, frappe aussi les sages-femmes, note Josyane Giroux. Elle ajoute que plusieurs travailleuses partent également chaque année en congé de maternité. Vu le faible effectif de sages-femmes au Québec, chaque départ se fait donc sentir sur le terrain.

**Des « irritants » dans la pratique**

Même si les sages-femmes sont des professionnelles « passionnées » par leur métier, le milieu connaît des « enjeux de rétention », note Bronwen Agnew. De retour d'un congé de maternité, la sage-femme est partie pratiquer à l'extérieur du Québec pour quelques mois, mais envisage de revenir travailler à Montréal l'an prochain.

« Il y a beaucoup d'instabilité partout au Québec », observe Karianne Duperron-Goulet, une sage-femme affiliée au Service de sage-femme du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Avec des collègues, elle s'est penchée, en 2015, sur les « irritants » dans la pratique. Le modèle actuel en duo permet d'offrir un maximum de continuité de soins et garantit, en principe, que le suivi de grossesse et l'accouchement sont assurés par les deux mêmes sages-femmes. Il

arrive toutefois souvent qu'une sage-femme n'ait pas le temps de se reposer entre un accouchement de nuit et une journée de suivis de grossesse au bureau, explique la sage-femme qui a mis en place un modèle de pratique à trois avec son équipe à Terrebonne.

« Avec la *job* qu'on fait, c'est super difficile de gérer ça », confie Annie Léger, une sage-femme qui se jointra sous peu à une nouvelle équipe à trois, implantée il y a quelques mois à la Maison de naissance de Côte-des-Neiges.

Mère de famille, la sage-femme souligne que le modèle de pratique en duo est particulièrement exigeant pour les travailleuses qui ont de jeunes enfants. Les horaires de garde en alternance compliquent considérablement la conciliation travail-famille. Le manque de repos pose également un risque d'épuisement, surtout lorsque les enfants ne font pas encore leurs nuits, observe-t-elle.

Depuis son implantation dans Lanaudière en 2015, le projet a connu des résultats « très positifs », souligne Karianne Duperron-Goulet.

Josyane Giroux, qui a fait l'expérience de l'équipe à trois depuis deux ans à la Maison de naissance de la Capitale-Nationale, confirme que le modèle assure un meilleur service pour la clientèle et « augmente aussi la satisfaction au travail » des sages-femmes, en particulier celles qui ont de jeunes enfants.

« L'équipe à trois n'est pas la seule solution » à la pénurie de sages-femmes, entre autres parce qu'elle peut difficilement s'implanter dans les petites équipes en région ou dans le Grand Nord, insiste la vice-présidente du RSFQ. À la demande des sages-femmes et en concertation avec les comités de parents, le modèle pourrait cependant être déployé « en mode prévention » dans les grandes équipes pour réduire le risque d'épuisement professionnel, estime-t-elle.

« On est dans un moment clé », conclut Josyane Giroux. Alors que le RSFQ se prépare déjà pour les prochaines négociations avec le MSSS, la sage-femme insiste sur l'importance de se donner les moyens d'assurer la viabilité et l'avenir de cette jeune pratique... vieille comme le monde!

Près du quart des parents préféreraient donner naissance ailleurs qu'à l'hôpital, selon un sondage commandé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

LUMA PIMENTEL UNSPLASH

## Sages-femmes : la clé dans la reconnaissance

À l'adoption de la Politique de périnatalité en 2008 par le gouvernement Charest, on visait 10% des accouchements faits par les sages-femmes en 2018. Dix ans plus tard, les sages-femmes n'en réalisent qu'environ la moitié. Quelques pistes de solutions.

STÉPHANE GAGNÉ

Collaboration spéciale

Après avoir négocié avec le gouvernement, Mounia Amine, présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ), et Ginette Langlois, présidente de la Fédération des professionnelles-CSN (FP-CSN), ont désigné où les choses achoppent et quelles sont les solutions à apporter.

D'abord, la demande pour des accouchements avec sages-femmes au Québec est clairement supérieure à l'offre. Et il n'y a qu'environ 200 sages-femmes pour y répondre.

« Dans la Politique de périnatalité 2008-2018, il y avait pourtant une promesse de hausser l'accessibilité des accouchements avec sages-femmes, mentionne Ginette Langlois. Cette promesse n'a pas été tenue et, aujourd'hui, on veut que les choses bougent pour poursuivre le déploiement de la profession. »

M<sup>me</sup> Langlois croit que, pour cela, il faudrait que le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise un portrait de la main-d'œuvre pour déterminer la croissance des besoins. Or, la FP-CSN a tenté de rencontrer l'ex-ministre de la Santé, D<sup>r</sup> Barrette, pour discuter de cette question et d'autres, sans succès. « Il a l'impression que les sages-femmes ne sont pas encore prises au sérieux, au même titre que les autres professionnels de la santé », dit-elle.

Mounia Amine croit aussi qu'il faut planifier la main-d'œuvre et bien la répartir sur le territoire. Elle ne voudrait pas, par exemple, que des régions soient favorisées au détriment d'autres. « Ainsi, pour encourager le travail en régions éloignées, il faudrait qu'il y ait une prime, ce qui n'existe pas en ce moment, » déplore-t-elle.

La présidente du RSFQ aimerait aussi que le gouvernement fasse la promotion de la profession pour diminuer les mythes l'entourant, les préjugés et la méconnaissance de la pratique. « Il faudrait notamment qu'il y ait une meilleure collaboration avec l'équipe médicale, » dit-elle.

**Un espoir avec la CAQ ?**

La présidente de la FP-CSN espère qu'avec l'arrivée de la CAQ au pouvoir (qui veut faire plus avec moins), les sages-femmes auront une meilleure écoute, notamment parce qu'un accouchement périnatal revient à 25% moins cher qu'un accouchement à l'hôpital. Mais ce qui est encore plus important, selon elle, c'est qu'un accouchement avec sage-femme diminue de façon marquée les interventions médicales telles que les césariennes.

À contre-courant  
SYSTÈME

SUITE DE LA PAGE D 1

La loi 10, aussi adoptée en 2015, a lancé une réorganisation de la gouvernance dans le système de santé avec la fusion d'administrations et la centralisation de pouvoirs. « C'est le contraire de tout ce qui se fait en Occident », lance Jacques Létourneau.

« C'est sûr qu'il y a plus une tendance à décentraliser de manière générale, alors qu'au Québec, ils ont fait d'immenses fusions, corrobore Lara Maillet. Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on essaie plutôt de régionaliser et de ramener les services de proximité à une échelle plus locale et on n'est pas du tout dans les surfusions. »

Le Québec pourrait-il s'inspirer de ce qui se fait ailleurs ? Si le National Health Service, au Royaume-Uni, est souvent cité en exemple, M<sup>me</sup> Maillet souligne que son modèle serait difficile à copier ici, en raison des différences dans notre mode de financement et de gouvernance. Elle souligne néanmoins que, « souvent, les meilleurs systèmes sont ceux qui vont être composés d'un système hospitalier avec une deuxième, troisième ou quatrième ligne avec des spécialités fortes, mais qui sont en même temps capables d'aller fournir des services aux gens là où ils sont plutôt que de toujours les amener entre quatre murs. »

Selon elle, « si on veut aller vers des services de proximité ou plus près de la communauté, ça prend aussi une réforme majeure ». Elle en appelle à une approche moins centrée autour de l'hôpital et des médecins, avec des équipes interprofessionnelles et intersectorielles, notamment composées d'infirmières et de travailleurs sociaux.

« Ça fait des années qu'on dit qu'il faut reconnaître l'interdisciplinarité, signale Jacques Létourneau. Ça n'a pas de sens qu'encore aujourd'hui, lorsque tu vas voir une infirmière dans un CLSC, elle t'explique le problème de ton enfant sans pouvoir poser un vrai diagnostic ou prescrire de médicaments, et doit t'envoyer à l'urgence. C'est un problème que Gaétan Barrette et Philippe Couillard n'ont pas réglé. »

Ce cahier spécial a été produit par l'équipe des publications spéciales du *Devoir*, grâce au soutien des annonceurs qui y figurent. Ces derniers n'ont cependant pas de droit de regard sur les textes. Pour toute information sur le contenu, vous pouvez contacter Catherine Girouard, chargée de projets des publications spéciales, à [cgirouard@ledevoir.com](mailto:cgirouard@ledevoir.com). Pour vos projets de cahier ou toute autre information au sujet de la publicité, contacter [IDmedia@ledevoir.com](mailto:IDmedia@ledevoir.com).

fiq | fiq

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

OBJECTIF  
RATIOSQUI DIT RATIOS  
DIT SÉCURITÉ.Infirmières  
Infirmières auxiliaires  
Inhalothérapeutes  
Perfusionnistes cliniquesf t v d  
fiqsante.qc.ca

## SANTÉ / SYNDICALISME

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS UNIVERSEL

## Un élément essentiel pour l'équité et le contrôle des coûts, selon la FTQ

MARTINE LETARTE

Collaboration spéciale

Alors que le coût des médicaments monte en flèche au Québec et que de plus en plus de gens ne peuvent se les payer, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) croit qu'il est grand temps que la province adopte un régime d'assurance médicaments entièrement public. Elle lance une campagne avec d'autres forces de la société civile pour que le Québec passe à l'action.

«Excepté le Canada, tous les pays de l'OCDE doté d'un système de santé public ont une composante assurance médicaments, parce que cela fait partie du traitement», affirme Serge Cadieux, secrétaire général de la FTQ.

D'ailleurs, le Québec se distingue des autres provinces canadiennes avec son régime mixte d'assurance médicaments instauré en 1997. Une partie de la population est couverte par des régimes privés d'assurances collectives et les gens qui n'y ont pas accès sont avec le régime public.

«À l'époque, c'était une avancée qui permettait à près de 1,5 million de personnes d'enfin bénéficier d'une assurance médicaments, précise M. Cadieux. Toutefois, c'était censé être une première étape pour aller vers l'adoption d'un régime entièrement public. Vingt ans plus tard, on constate que ça ne s'est pas fait et que ce régime hybride crée des inégalités.»

## Des médicaments coûteux

Pour la FTQ et la Confédération des syndicats nationaux (CSN), qui ont lancé ensemble cette campagne, personne ne devrait avoir à choisir entre s'acheter des médicaments ou payer son épicerie.

Or, d'après une étude du Commissaire à la santé et au bien-être, environ 10% des gens ne prennent pas leurs médicaments pour des raisons financières.

«C'est environ 6% des gens qui ont une assurance privée et le double chez ceux qui sont assurés par le public», précise Serge Cadieux.

Parce qu'actuellement, même le régime public peut être coûteux pour les citoyens en raison de la franchise et de la part du médicament qui doit être payée par le patient. Les assurances privées se font quant à elles financer par les employeurs et leurs salariés, sans considérer leur capacité de payer.

«Il y a des inégalités avec ces deux systèmes, aussi parce qu'un travailleur qui a un régime privé peut de-

voir payer 40\$ pour un médicament, alors qu'un autre qui est couvert par le système public peut payer 24\$ pour le même médicament, illustre M. Cadieux. Cela s'explique par le fait que le gouvernement a réussi à avoir de meilleurs prix auprès des entreprises pharmaceutiques.»

La FTQ est donc convaincue qu'un régime complètement public donnerait un meilleur rapport de force à l'État pour négocier avec les pharmaceutiques.

«Cela permettrait d'économiser, d'après les experts, de 1 à 4 milliards par année en achat de médicaments», précise M. Cadieux.

La FTQ s'inquiète également de la hausse du prix des médicaments qui fait augmenter les primes des compagnies d'assurances collectives.

«Elles augmentent de près de 9% par année depuis 2016 et certaines analyses prévoient qu'elles pourraient augmenter de 130% au total d'ici 2025, alors pratiquement plus personne ne pourrait se payer d'assurances collectives.»

Alors que le régime public d'assurance maladie a été créé pour que ce ne soit pas l'épaisseur du portefeuille qui détermine si quelqu'un peut se faire soigner ou pas, la FTQ considère que c'est le même principe qui devrait guider l'adoption d'un régime d'assurance médicaments public et universel.

Le mouvement milite donc pour un régime administré et financé par le public. Les médicaments deviendraient, à l'instar d'une visite chez le médecin ou d'une hospitalisation, gratuits et accessibles à tous.

## Le temps de passer à l'action

Pour différentes raisons, la FTQ croit qu'il est temps de passer à l'action. D'abord, un sondage réalisé en 2015 par Angus Reid, révèle que 91% des Québécois sont pour l'établissement d'un régime entièrement public d'assurance médicaments.

Puis, un autre élément vient accélérer les choses: le gouvernement fédéral réalise des consultations sur la possibilité de mettre en place un régime national d'assurance médicaments.

«Il est fort à parier que, lors de la prochaine campagne électorale fédérale, le Parti libéral proposera un régime national d'assurance médicaments, affirme Serge Cadieux. Comme la santé est une compétence partagée, nous pensons que le Québec pourrait avoir un droit de retrait avec pleine compensation pourvu qu'il mette sur pied un programme équivalent. Tout pointe vers un changement. Le Québec est rendu là.»



Le système mixte actuel crée des inégalités, selon Serge Cadieux, secrétaire général de la FTQ.  
ISSAM HAMMOUDI  
UNSPLASH

10 %

C'est le pourcentage de gens qui ne prennent pas leurs médicaments pour des raisons financières, selon une étude du Commissaire à la santé et au bien-être.

**La Centrale**

des familles d'accueil à l'enfance et des ressources résidentielles à l'adulte

CSD  
CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES

## ÉLECTIONS 2018

« Les professionnel·les et les technicien·ne·s du réseau ont grand besoin d'une bouffée d'oxygène et de conditions améliorées pour pouvoir mieux faire leur travail et offrir de meilleurs services à la population. »

Carolle Dubé, présidente de l'APTS

APTS



CSN

fpcsn.qc.ca  
514 598-2143



UNE PLACE  
DE CHOIX

pour les techniciennes  
et les professionnelles  
du réseau