

SANTÉ

ÉTAT DU RÉSEAU



La mondialisation redéfinit le cadre d'action de l'industrie pharmaceutique *Page 2*



«C'est mission impossible de nous demander plus de productivité», proclame Régine Laurent *Page 3*

CAHIER THÉMATIQUE J • LE DEVOIR, LES SAMEDI 24 ET DIMANCHE 25 MAI 2014



ALEX PROIMOS/CC

L'ouverture au secteur privé est plus l'apanage des omnipraticiens que des spécialistes

« Le privé s'occupe surtout de cas légers et laisse tous les cas lourds au secteur public »

Au cours des dix dernières années, le passage de médecins québécois vers le privé s'est graduellement accéléré. Certains ont qualifié la situation d'hémorragie; d'autres ont affirmé qu'il n'y avait absolument pas lieu de s'inquiéter. Qu'en est-il réellement?

ÉMILIE CORRIVEAU

En 2003, à l'initiative de Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, le Québec adoptait la loi 25, créant ainsi les agences de la santé et des services sociaux et les centres de santé et de services sociaux. Ayant pour objectif de réduire les coûts et la bureaucratie en s'inspirant des pratiques du secteur privé, ce changement de structure devait faciliter l'introduction d'un nouveau type de gouvernance dans le système de santé québécois. Dans cet esprit, des méthodes de travail de type Lean Sigma, lesquelles visent l'amélioration du service client et de la rentabilité globale, ont été peu à peu adoptées, et une certaine logique de compétition entre les établissements a commencé à s'implanter.

Puis, en décembre 2006, le Québec s'est doté de la loi 33, laquelle a institué un nouvel encadrement juridique des cliniques privées de la province et a permis aux Québécois de se munir d'une assurance privée pour certains types de chirurgie. Depuis, quelques dizaines de médecins ont fait le choix d'exercer en dehors des cadres du régime d'assurance maladie.

Bien que le privé et ses pratiques tendent à occuper une place grandissante dans le système depuis l'adoption de ces deux lois, d'après les plus récentes données recueillies sur le sujet, au Québec, le public occupe toujours la part congrue des dépenses en santé, soit de 71,4%, ce qui est un peu plus élevé que

la moyenne des provinces canadiennes (70,6%) et largement supérieur aux États-Unis (47,7%).

A priori erronés

Lorsqu'a été adoptée la loi 33, plusieurs ont pensé que nombre de spécialistes se tourneraient vers le privé, puisque le cadre juridique leur permettait désormais de pratiquer certaines chirurgies en dehors des murs des établissements publics. Cela n'a pourtant pas été le cas.

«Le nombre de médecins spécialistes non participants est stable depuis quelques années, soit autour de 75 [77 au 14 avril 2014]. Ça constitue un déclin en termes de proportion relativement à l'ensemble des spécialistes au Québec, puisque le nombre de médecins, et particulièrement de spécialistes, est actuellement en augmentation», explique M^{me} Amélie Quesnel-Vallée, professeure adjointe au Département de sociologie et au Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail de l'Université McGill.

Surprenant? Pas tant que ça, puisque les coûts reliés à l'exercice des professions spécialisées sont très élevés d'après le docteur Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins du Québec: «Il y a quelques centres médicaux spécialisés qui ont vu le jour depuis 2006, mais ça prend énormément de moyens pour faire fonctionner ces cliniques-là! Ce n'est pas surprenant qu'il y ait peu de spécialistes qui aient fait ce choix-là. À l'hôpital, ils sont bien entourés, ils ont tout le matériel nécessaire, et ça ne leur coûte rien.»

Toutefois, la pratique privée est probablement un peu plus importante au Québec que ce que laissent croire les statistiques. Cela s'explique par le fait que certains spécialistes, s'ils performent au privé des actes non couverts au public — des chirurgies mammaires électives par exemple —, peuvent légalement pratiquer dans les deux secteurs. Or, ils ne sont pas comptabilisés dans

les statistiques comme des spécialistes non participants.

Chez les omnipraticiens

Quant aux omnipraticiens, ils sont pour leur part de plus en plus nombreux à passer au privé. En date du 17 avril 2014, la Régie de l'assurance maladie du Québec en dénombrait 201.

«Ce nombre est en augmentation depuis environ 2006, indique M^{me} Quesnel-Vallée. Notons cependant que l'Institut canadien d'information sur la santé dénombrait 18 990 médecins au Québec en 2012, dont 9 294 étaient des médecins de famille. Toutefois, ce ne sont pas tous ces médecins qui sont actifs cliniquement. 16 306 médecins rapportaient des actes cliniques au Québec en 2013, dont 8 345 étaient des médecins de famille. En d'autres mots, il y aurait maintenant autour de 2,4% des médecins de famille qui pratiquent au privé: c'est en progression, mais toujours pas un exode!»

Outre l'aspect pécuniaire — une clinique d'omnipraticiens coûte moins cher à opérer qu'une clinique spécialisée et peut s'avérer rentable —, plusieurs raisons expliquent cette situation.

«La plupart des médecins nous disent qu'ils passent au privé pour des questions d'organisation», soutient M. Bernard. Au privé, les médecins sont maîtres de leur travail et font face à moins de contraintes. Ils choisissent leur personnel, ils ont l'horaire qu'ils veulent, ils ne sont pas obligés de faire de garde et ne sont pas soumis aux Plans régionaux d'effectifs médicaux, ni aux activités médicales particulières. Dans un contexte où l'accessibilité aux médecins de famille est présentement restreinte, on comprend qu'il peut paraître intéressant pour des omnipraticiens de s'ouvrir une clinique.»

Profitable pour les patients?

Si la pratique privée constitue une avenue intéressante pour un certain nombre de médecins québécois, elle s'avère jusqu'à ce jour globalement moins avantageuse pour la population québécoise.

«Il faut bien comprendre que le privé et le public n'ont pas les mêmes objectifs», souligne M. Guillaume Hébert, chercheur à l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques. L'objectif du secteur privé, c'est de dégager un profit. L'objectif du public, c'est d'accomplir une mission sociale. Le secteur privé a parfois une logique parasitaire: il vient prendre dans le public ce dont il a besoin pour dégager une certaine rentabilité et laisse de côté ce qui ne fait pas son affaire. Dans le cas de la santé, le privé s'occupe surtout de cas légers et laisse tous les cas lourds au secteur public.»

C'est ce que certains appellent dans le milieu le cherry picking, une pratique que trouve déplorable le Collège des médecins. «Il y a des domaines qui sont considérés comme plus glamour que d'autres en médecine. Par exemple, s'occuper des personnes âgées et travailler en région éloignée, ça ne fait pas partie de ceux-là. Le problème, c'est que beaucoup des besoins sont là. Si le privé ne fait que gérer des cas légers en ville, on s'entend que ça ne nous avance pas vraiment!»

Qu'en est-il, justement, de l'accessibilité? Les patients qui n'ont pas les moyens de se payer les services d'un médecin au privé et qui doivent obligatoirement passer par le public ont-ils aujourd'hui plus rapidement et facilement accès aux soins? Apparemment non, disent à l'unanimité les experts interrogés. «Pour l'instant, ça ne fait aucune différence», soutient le président-directeur général du Collège des médecins.

«Quand on regarde tous les exemples qu'on a eus au cours des dernières années, dans aucun cas on ne peut affirmer avoir des preuves concrètes que le privé ait été plus efficace que le public et qu'il ait contribué à améliorer l'accessibilité aux soins», dit M. Hébert.

Leur réponse soulève une question qui mérite une réelle réflexion. Si les résultats n'y sont pas, alors pourquoi faire place au privé dans le système de santé québécois?

Collaboratrice
Le Devoir

La santé au Québec

C'est public.



Fédération
des travailleurs
et travailleuses
du Québec

TRANSACTIONS, FUSIONS ET ACQUISITIONS

La mondialisation redéfinit le cadre d'action de l'industrie pharmaceutique

Montréal est la dixième région métropolitaine en Amérique du Nord en importance quant au nombre d'emplois reliés au secteur

Durant les derniers mois, les médias ont beaucoup comparé la multiplication des manœuvres de transaction, de fusion ou d'acquisition chez les poids lourds mondiaux de l'industrie pharmaceutique à une « poussée de fièvre ». L'industrie montréalaise, qui avait été ébranlée à la fin de la décennie 2000, est-elle assez solide pour affronter un tel contexte ?

ETIENNE PLAMONDON EMOND

Transactions de plus de 20 milliards entre Novartis et GlaxoSmithKline. Tentative par Pfizer de racheter AstraZeneca. Bayer essaie de mettre la main sur la division santé grand public de Merck. Valeant, dont le siège social est à Laval, fait une offre d'achat non sollicitée pour Allergan. Les derniers mois ont été riches en rebondissements dans l'industrie mondiale du médicament, avec en filigrane des sommes colossales en jeu.

Au moment d'écrire ces lignes, l'issue de plusieurs transactions demeure incertaine. Mais comment se positionne le pôle montréalais, fortement subventionné par les gouvernements, avec tout ce mouvement en toile de fond ?

Situation montréalaise

Il y a environ cinq ans, l'industrie pharmaceutique montréalaise avait accusé un dur coup. La crise économique avait restreint l'accès au capital de risque. Au même moment, les entreprises de production de médicaments avaient commencé à revoir leur modèle d'affaires : l'arrivée à échéance d'une quantité massive de brevets changeait les perspectives économiques. Des réorganisations avaient été mises en branle et Montréal avait entre autres assisté à la fermeture des centres de recherche d'AstraZeneca, de Merck et de Boehringer sur son territoire.

« Il y a une chose qui est certaine : l'industrie pharmaceutique est une industrie très mondialisée. Alors, ce que l'on voit à Montréal, il faut le regarder avec des yeux qui voient aussi tout ce qui se passe à l'international », dit Diane Gosselin, présidente-directrice générale du Consortium québécois sur la découverte du médicament (CQDM), dont les projets sont soutenus financièrement par les gouvernements du Québec et du Canada, ainsi que par sept grandes sociétés pharmaceutiques. « La danse des fusions-acquisitions, c'est quelque chose qui a été amorcé il y a un certain temps, nuance-t-elle. Ce n'est pas nouveau.



FRANCOIS LO PRESTI AGENCE FRANCE-PRESSE

L'industrie pharmaceutique a connu beaucoup de changements dans les derniers mois. Les manœuvres de transaction, de fusion ou d'acquisition chez les poids lourds mondiaux de l'industrie pharmaceutique se sont multipliées.

C'est une vague de fonds dans l'industrie à l'international.

« Le modèle est en transformation, rappelle Michelle Savoie, directrice générale de Montréal InVivo, la grappe des sciences de la vie et des technologies de la santé du Montréal métropolitain. Je dis parfois que la seule chose qui est certaine dans notre secteur, c'est qu'il n'y a plus rien de certain. »

Reste que devant l'imprévisible, M^{me} Savoie estime que l'« écosystème » montréalais, avec la présence diversifiée de multinationales, mais aussi de PME et de laboratoires de recherche universitaires dans les secteurs des médicaments et des technologies de la santé, possède aujourd'hui une bonne résilience.

« La façon dont le Québec et le Grand Montréal ont été affectés par les turbulences économiques a eu pour effet que le milieu s'est vraiment pris en main et a été capable de développer de nouveaux modèles, de nouvelles plateformes, de nouvelles entreprises qui sont concurrentielles et qui nous permettent d'attirer des investissements ici et maintenant », assure-t-elle.

Stratégie locale

Le partenariat public-privé qui a mené à la création de l'Institut Néomed dans les locaux d'AstraZeneca en est un exem-

ple. La tendance lourde chez les grandes pharmaceutiques à externaliser une partie de leurs recherches a poussé le secteur montréalais à développer les partenariats avec les PME et les chercheurs universitaires. D'ailleurs, une grande partie des emplois récemment créés dans le secteur à Montréal s'est faite au sein des PME.

Depuis peu, l'industrie pharmaceutique semble de nouveau percevoir le Grand Montréal comme un terrain intéressant. Montréal InVivo dévoilera le 2 juin prochain une étude sur la contribution économique et l'évolution du secteur privé des sciences de la vie et des technologies de la santé de la région de Montréal, dans le cadre de la conférence de l'International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).

Selon le résumé disponible, si Montréal a enregistré un recul des activités dans le secteur entre 2008 et 2011, celles-ci ont recommencé à croître durant l'année 2011-2012. Parmi les pôles nord-américains, Montréal se hisse au troisième rang pour la crois-

sance de l'emploi associée à ce domaine au cours de l'année en question, après Los Angeles et Phoenix.

Des emplois par milliers

En 2012, les secteurs privés des sciences de la vie et des technologies de la santé employaient directement plus de 21 000 personnes sur le territoire de Montréal et soutenaient quelque 12 000 autres emplois par ses achats de biens et services, selon une analyse de KPMG-Secor. Montréal est ainsi la dixième région métropolitaine en Amérique du Nord en importance quant au nombre d'emplois reliés à ce secteur.

Dans l'actualité, en 2013, la compagnie Servier a investi 16 millions dans ses installations de Laval et dans l'ouverture d'un centre d'expertise en recherche clinique. Aussi, Valeant a transféré son siège social mondial et ses opérations canadiennes de Toronto à Laval avant de se lancer dans plusieurs acquisitions. On peut aussi noter la récente implantation d'un bureau du fonds californien Sanderling à Mont-

réal et la création de Laurent Pharmaceuticals.

Mais aujourd'hui, l'industrie montréalaise a-t-elle repris suffisamment de force pour encaisser une « fièvre » de l'industrie mondiale ? « Je pense que notre grappe est bien positionnée pour continuer à tirer profit du changement de modèle que l'on voit », dit M^{me} Savoie. Elle insiste sur l'importance pour la grappe de bien représenter chacun des sous-secteurs pour rester dynamique et compétitive. « Au Québec et dans le Grand Montréal, on est un des rares endroits au monde où l'on a des organisations tout au long de la chaîne de développement. »

Des choix s'imposent

Diane Gosselin note que le secteur de la recherche est un atout pour Montréal. Mais elle croit tout de même que la région métropolitaine doit déterminer des niches. « Avec la mondialisation de la recherche, c'est clair que l'industrie pharmaceutique regarde ce qui se passe partout dans le monde. Il n'est pas question ici de dupliquer une recherche, explique-t-elle. Évidemment, on veut faire la promotion de la recherche en général et on ne veut pas exclure personne. Mais par moments, il faut faire des choix qui sont un peu plus difficiles, se concentrer réellement sur nos forces et essayer de construire là-dessus.

[...] Il faut voir comment on peut apporter de la valeur à des initiatives mondiales. »

Sans délaissier de champs, Montréal InVivo a entrepris, durant la crise des dernières années, une démarche pour déterminer des créneaux d'excellence. « Le Québec est vraiment reconnu pour l'excellence de la recherche, mais on s'est dit qu'il fallait cibler certains secteurs qui ont un potentiel plus grand et qu'on va soutenir et valoriser de façon plus importante, de sorte d'attirer des investissements. »

Les soins de santé personnalisés ont été le premier créneau identifié et un plan d'affaires a été conçu autour de cette idée. Puis il y a eu la création du Regroupement en soins de santé personnalisés au Québec (RSSPQ). La réflexion s'est poursuivie sérieusement sur un autre créneau : les essais cliniques précoces.

Un plan d'affaires devrait être déposé à ce sujet l'automne prochain. « Encore une fois, on table sur le fait que les entreprises externalisent une partie de la recherche », dit M^{me} Savoie.

Elle conclut en disant qu'il « faut toujours être à l'affût et s'assurer d'avoir un environnement compétitif. On a une bonne résilience, mais il ne faut jamais baisser la garde. »

Collaborateur
Le Devoir

www.cliniquesantecapillaire.com

Perte de cheveux
Soins capillaires personnalisés : hommes et femmes de tous âges



- Approche santé globale
- Contrôle du stress
- Problèmes chroniques de santé et de peau

514 289-9762

Évitez : les massages du cuir chevelu, informez-vous...

Le CSC... un Concept Santé Complet... pour vous
Micheline Grimard infirmière, naturopathe
50 ans d'expérience en santé en 2015, formation continue.
Au Québec, l'unique vraie clinique capillaire professionnelle reconnue avec méthode naturelle à Montréal.

Jasmin & associés
TRANSITION DE VIE

- Déménagement
- Relocalisation
- Downsizing
- Disposition des biens



Aînés et familles en transition. On s'occupe de tout !

514 234-4122 www.jasmintransition.com

Spécialistes de la

santé



Carlos Otero
Massothérapeute Agréé FQM
FQM Certified Massage Therapist

SERVICES OFFERTS	PROBLÈMES RÉCURRENTS
<ul style="list-style-type: none"> • Massage suédois • Massage clinique de l'abdomen • Thérapie sacro-crânienne intégrée 	<ul style="list-style-type: none"> • Migraines • Tendinites • Mal de dos • Stress et tension générale ou spécifique • Problèmes de sciatique

*** Reçus d'assurances disponibles ***

Carlos Otero | Massothérapeute Agréé FQM
Centre Médical Westmount | Métro Vendôme | 514.503.7726

Pour annoncer dans ce regroupement, communiquez avec Evelyne De Varennes
au 514.985.3454 ou edevarennes@ledevoir.com

SANTÉ

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ

« C'est mission impossible de nous demander plus de productivité »

Les « cliniques d'infirmières » ont la cote dans la population

La Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ) ne s'attend pas à ce que les compressions prévues dans le réseau nuisent aux soins. Le syndicat interpelle plutôt le ministre Barrette sur des questions administratives et organisationnelles avant de le rencontrer pour la première fois depuis sa nomination. Et la FIQ est étonnée de constater à quel point son projet de cliniques de proximité suscite de l'engouement.

RÉGINALD HARVEY

Régine Laurent, présidente de la Fédération, est loin de se montrer alarmiste dans le cadre des menaces de coupes budgétaires qui planent en santé. En faisant référence au discours du docteur et ministre Gaétan Barrette s'adressant récemment aux gestionnaires du réseau, elle tient ce langage: «*Au sujet des extraits de ses propos devant les membres de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux [AQESSS] que j'ai entendus, j'étais au premier abord étonnée et, dans un deuxième temps, je me suis dit qu'il ne s'adressait pas aux employés.*»

Elle s'explique: «*La raison en est que je me disais: comment est-il possible de nous demander de faire encore davantage dans la situation actuelle? Il me semble que, depuis des années, en passant par les virages, les nouvelles réformes, les coupes, les compressions et l'instabilité des équipes, on dépasse le seuil de ce qu'on peut faire quand on parle de dispensation des soins.*» Elle se garde tout de même une petite réserve: «*Si ces paroles s'adressent à nous,*

on a un problème majeur parce que si, en ce moment, ce que l'on met de l'avant depuis des années par rapport à ce qui produit des effets négatifs dans le réseau n'est pas réglé, c'est quasiment mission impossible de nous demander plus de productivité.»

À la recherche de solutions

La FIQ exposera de vive voix ses demandes au ministre dans un avenir rapproché. Mme Laurent fixe ses priorités: «*Il faut absolument qu'on fasse ensemble l'exercice d'établir des ratios professionnels en matière de soins et de patients.*» Sa réponse surgit spontanément, inspirée qu'elle est par les nombreuses consultations menées dernièrement par la direction syndicale auprès de ses membres en vue de la prochaine négociation: «*Les gens expriment cette volonté de différentes façons mais la solution revient à ces ratios, dans un environnement où les soins se sont beaucoup complexifiés au cours des dernières années pour les gens qui les dispensent dans les cas de phase aiguë.*» Le fait que régulièrement les employeurs n'effectuent pas de remplacement sur les équipes de soins



ANNIK MH DE CARUFEL LE DEVOIR

La présidente de la FIQ, Régine Laurent, ne pense pas que le nouveau ministre de la Santé, Gaétan Barrette, favorisera les médecins au profit des autres professions de la santé.

et les heures supplémentaires sont des facteurs qui viennent à leur tour alourdir la tâche.

Dans de telles circonstances, la FIQ a cherché des solutions: «*On a présenté le projet d'aménagement du temps de travail lors de la dernière négociation; il n'a pas reçu l'aval du gouvernement pour des raisons que je ne comprends toujours pas aujourd'hui.*» Depuis ce temps, le syndicat s'est tourné vers d'autres pays comme les États-Unis et l'Australie, en quête de modèles, et il en est arrivé à retenir cette piste de solution: «*Il serait peut-être mieux d'établir et de faire une meilleure adéquation entre le nombre de professionnels en soins et les besoins des patients.*» Elle espère forte-

ment que le gouvernement et le ministre examineront cette proposition dans le but de l'appliquer au Québec.

Pour l'heure, elle ne craint pas que le ministre manifeste un penchant envers les médecins en raison de ses fonctions professionnelles passées: «*Il est aujourd'hui le ministre de tout le réseau de la santé et il ne peut pas avoir uniquement des solutions médicales quand l'ensemble des autres professionnels de la santé peuvent être mis à contribution pour faire mieux et pour proposer des façons de régler certains problèmes dans le réseau.*» Cela dit, un engagement a été pris: «*Il ne faut pas s'étonner d'une chose qui a au moins été très claire durant la campagne électorale: les libé-*

raux ont manifesté leur intention d'implanter des supercliniques pour les spécialistes.»

Un projet inspirant pour le milieu

Il y a quelques semaines, la Fédération lançait l'idée d'implanter des cliniques de proximité sans médecins où les infirmières et autres professionnels seraient appelés à traiter des problèmes de santé mineurs en facilitant du même coup l'accès aux soins. Régine Laurent avoue être quelque peu dépassée par les attentes actuellement: «*Honnêtement parlant, on est bousculé dans notre échéancier parce que beaucoup de communautés nous appellent pour nous dire qu'elles veulent une clinique dans leur coin; elles nous disent qu'elles sont en train de regarder cela et nous demandent de combien de pieds carrés on a besoin.*»

La FIQ n'a eu d'autre choix que de bouger: «*De notre côté, on pensait réactiver le dossier à l'automne parce que notre horaire est particulièrement chargé en cette période de consultations sur la négociation, mais je suis obligée présentement, avec l'aide de la direction de la Fédération, de mettre sur pied le plus rapidement possible une petite équipe de projet; on veut être capable dès maintenant d'avancer sur le plan des études de faisabilité, du montage financier, etc. On pensait commencer à l'automne mais on doit le faire dès maintenant.*»

Et il devient plus facile de comprendre l'engouement

manifesté par la population en écoutant la présidente livrer ces propos au sujet de la raison d'être de ces «cliniques d'infirmières»: «*On veut que l'ensemble des professionnels de la santé soient capables de se livrer à une prise en charge des personnes de la communauté, soient en mesure d'être en lien avec les organismes communautaires et d'offrir une accessibilité beaucoup plus grande avec davantage de plages d'ouverture.*»

Question d'accessibilité

Sur le plan des soins à prodiguer, elle ajoute: «*On souhaite que ces professionnels puissent traiter des problèmes mineurs de santé qui se présentent dans de nombreux cas, et qu'ils se consacrent à effectuer les suivis appropriés des patients dans un contexte où, malheureusement, beaucoup de nos concitoyens sont atteints de maladies chroniques; ce sont des gens qui sont déjà diagnostiqués, qui ont reçu une médication, et on peut assurer leur suivi.*» Le but consiste à répondre davantage aux besoins manifestes dans des lieux ciblés par le biais d'une meilleure accessibilité en première ligne.

La FIQ est en attente de la date d'une rencontre avec le ministre de la Santé à la suite de sa récente nomination: «*Il est certain pour nous que le sujet des cliniques de proximité fera l'objet de discussions.*»

Collaborateur Le Devoir

CENTRALE DES SYNDICATS NATIONAUX

Le Québec serait prêt pour un chantier national sur la santé

« Toute réorganisation du mode de travail nécessite une relation de confiance entre les patrons et les travailleurs »

L'on connaît les problèmes qui perturbent le système de santé au Québec. Depuis des années, chaque nouveau gouvernement, et le gouvernement Couillard ne fait pas exception, a cherché à apporter des correctifs, avec plus ou moins de succès. Et si l'on demandait l'avis de la Confédération des syndicats nationaux (CSN)? Entretien santé avec son président, Jacques Létourneau.

PIERRE VALLÉE

L'atteinte de l'équilibre budgétaire — et la politique d'austérité qui en découle — n'épargnera pas cette fois le réseau de la santé, le gouvernement Couillard exigeant du ministère de la Santé des compressions de 900 millions. Est-ce réaliste? «*Ça m'apparaît une cible impossible à atteindre, même si l'on nous promet que la majorité de ces compressions viendra de l'étalement de la hausse salariale des médecins. Le réseau est déjà à mal, et les gens sur le terrain ne savent plus quoi ni où couper. C'est évident que si l'on maintient cet objectif, cela se traduira par une baisse des services à la population.*»

Il attend avec intérêt le dépôt de la consultation sur la fiscalité promise par le gouvernement Couillard. «*Cette consultation sur la fiscalité va venir fixer les paramètres. D'un côté, nous aurons la colonne des dépenses, mais nous aurons aussi, de l'autre côté, la colonne des revenus. Depuis quelques années, les gouvernements ont consenti des baisses d'impôts à la fois aux particuliers et aux entreprises. Mais cela a pour effet de baisser les recettes de l'État. Dans pareil contexte, il faudra se poser sérieusement la question du financement du système public de santé au Québec.*»

La présence du privé

Et selon Jacques Létourneau, ce questionnement ne doit pas ouvrir la porte à une plus grande présence du privé en santé au Québec. «*Parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec que l'on dépense le plus en santé au privé, soit 30% de toutes les dépenses en santé. Je comprends les gens de se tour-*

ner vers le privé lorsque le service n'est pas accessible dans le public. Mais cette présence accrue du privé en santé est-elle venue à la rescousse du système public? Non, les problèmes du système public sont demeurés les mêmes, le privé n'a pas contribué à régler les problèmes.»

Dans certains cas, il a même empiré la situation. «*On le voit avec le fouillis au CUSM, devenu presque une histoire d'horreur, on l'a vu avec les CHSLD. On constate aujourd'hui que cette idée de construire des établissements en mode PPP ne fonctionne pas. Et malheureusement, l'on nous en promet d'autres. Pourtant, c'est simple à comprendre, le privé coûtera toujours plus cher que le public, et c'est normal, puisque le privé doit faire des profits.*»

Réorganisation du travail

Dans une récente allocution, le ministre Barrette mentionnait qu'il s'attendait, une fois les décisions prises, à ce qu'elles soient appliquées sans regimber. «*Si c'est cela, sa philosophie de gestion, ça va rapidement devenir un problème. Toute réorganisation du mode de travail nécessite une relation de confiance entre les patrons et les travailleurs. Si les travailleurs ne sont pas au rendez-vous, une réforme, peu importe laquelle, ne peut pas marcher.*»

De plus, il se méfie de cette réorganisation du travail. «*C'est qu'on nous l'a déjà servie, sous d'autres noms, et cela n'a pas nécessairement donné les résultats escomptés. Par contre, au fil des ans, on a multiplié les structures de gestion, et le nombre de cadres a beaucoup augmenté. Il y a certainement des améliorations à faire de ce côté. L'on devrait accorder plus de marge de manœuvre au personnel sur le terrain dans la façon de rendre*

les services. Il faudrait de plus mieux valoriser les métiers et professions de la santé. Il faudra remplacer bientôt ceux qui prendront leur retraite, et pour cela, il faut attirer les jeunes. D'ailleurs, la CSN a lancé le site Internet Merci à vous, sur lequel les gens peuvent témoigner au personnel de la santé leurs remerciements.»

Un chantier national

Selon Jacques Létourneau, le Québec est prêt pour une sorte de chantier national sur la santé. «*Il est temps collective-*

ment de se poser deux questions: que veut-on et qu'est-ce qu'on attend de notre système public de santé, et combien et comment est-on prêt à payer?»

Ce chantier national serait aussi une occasion de remettre en question certains aspects du système public de santé québécois. «*Il y a toute la question du coût des médicaments. Il y aurait certainement des économies à faire en réévaluant nos façons de faire les achats de nos médicaments.*»

La rémunération des médecins devrait aussi être dans la

mire. «*Il faut vraiment s'interroger sur le concept de la rémunération à l'acte. Cette façon de procéder fait des médecins des entrepreneurs privés. Mais des entrepreneurs privés qui travaillent uniquement au sein d'un système public. Il y a quelque chose d'illogique là-dedans.*»

Il y a aussi la question du mode de financement du réseau de la santé, qui se fait aujourd'hui principalement sur une base historique, mais que plusieurs aimeraient voir mieux arrimé au patient.

«*C'est un autre aspect du réseau de la santé qui doit être discuté. Mais, pour que les changements espérés surviennent, il faudra non seulement une volonté politique, mais aussi une volonté de tous les acteurs du réseau. Il faut donc réfléchir et travailler ensemble. Et ensuite, cela ne peut se faire qu'avec l'appui des citoyens, car c'est leur système de santé et c'est eux qui en assument la facture.*»

Collaborateur Le Devoir



Pour des soins à échelle humaine



FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

<http://sortonsducadre.info/echelle-humaine/>



LA FIQ PASSE À L'ACTION POUR DE MEILLEURS SERVICES DE SANTÉ ET DE MEILLEURS SOINS

30 000 PROFESSIONNELLES EN SANTÉ AU CŒUR DES SERVICES

Réadaptation
Prévention et soutien clinique
Services psychosociaux
Diagnostic
Nutrition



Le plus important syndicat de professionnelles et de techniciennes en santé et services sociaux au Québec

ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'APTS a des pistes de solution à proposer

À propos des urgences du réseau et des préoccupations de ses membres, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) a quelques pistes de solution à proposer pour dégager des ressources dans le réseau.

SARAH
POULIN-CHARTRAND

Nouveau gouvernement, nouveau ministre de la Santé. Pour la présidente de l'APTS, Carole Dubé, toutefois, les urgences du réseau de la santé sont sensiblement les mêmes. « Nous avons fait une demande pour rencontrer le ministre de la Santé, pour lui faire connaître notre organisation, mais aussi pour aborder nos préoccupations par rapport au prochain budget, où on appréhende des compressions. »

Depuis les deux derniers budgets, affirme la présidente en poste depuis 2012, on demande aux établissements de faire des compressions, sans nuire aux services à la population. « Dans les faits, ça ne se traduit pas comme ça. Sur le plan budgétaire, les établissements ne sont

plus capables d'aller récupérer de l'argent autrement. »

Les impacts de ces compressions se voient sur les listes d'attente, sur le fait qu'on ne remplace plus les absences ou sur les postes laissés vacants. « Pour les patients, cela a des impacts sur les services qu'ils reçoivent. Et naturellement, sur les travailleurs, ajoute Carole Dubé. Ils ont toujours plus de pression pour faire face à ces commandes-là. On leur demande de donner priorité à leur clientèle, et c'est très difficile pour nos professionnels. »

Rappelons que l'Alliance représente des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des audiologistes, des diététistes, des hygiénistes dentaires ou encore des techniciens en éducation spécialisée, pour un total d'environ 31 000 membres.

Les employés affiliés à l'APTS travaillent en centres hospitaliers, en centres d'hébergement et en CLSC, et ils occupent une centaine de titres d'emplois professionnels et techniques qui sont répartis en cinq grands secteurs: nutrition, diagnostic (laboratoires et imagerie médicale), services psychosociaux, réadaptation, et prévention et soutien clinique.



L'impact des compressions se voit sur les listes d'attente.

À l'automne dernier, une des principales préoccupations de l'APTS était l'optimisation des ressources. À cette optimisation s'ajoute une lourdeur bureaucratique qu'on ne voyait pas il y a 10 ans, selon Carole Dubé. « Nous avons maintenant des statistiques à remplir, de la paperasse à compléter. Cela coûte cher au réseau, mais cela vient aussi jouer sur l'autonomie professionnelle de nos employés. On dit par exemple à un travailleur qui faisait une visite à domicile par jour d'en faire

deux ou trois, car cela sera plus payant en termes de statistiques. On est dans cette dynamique-là dans les établissements, et c'est pour nous une mauvaise utilisation des ressources, tant financières qu'humaines. »

Lors d'une sortie publique récente, l'organisation syndicale avançait notamment que le nombre de cadres chargés de compiler des statistiques dans les établissements avait augmenté plus rapidement que le nombre de travailleurs. « On incite maintenant les intervenants

à fragmenter leur intervention en deux ou trois visites pour faire gonfler les statistiques. Par exemple, on planifie une visite pour obtenir le consentement, une autre pour l'évaluation et encore une autre pour faire le retour sur l'évaluation au patient. C'est coûteux et contre-productif. C'est également contraire au jugement clinique des intervenants », disait Carole Dubé le 8 mai dernier.

Solutions imaginatives

Dans le but de dégager des ressources financières, l'APTS propose notamment de réduire cette bureaucratie et cette chasse aux statistiques.

On propose également de rapatrier les radiologies (échographies, résonances magnétiques ou scans) dans les établissements publics. « Le premier ministre a demandé au Dr Barrette de ramener ces examens sous la couverture du régime d'assurance maladie du Québec [RAMQ], alors qu'ils ne le sont pas actuellement, explique Carole Dubé. C'est un pas dans la bonne direction, mais la prochaine étape devrait être de les ramener dans le réseau public. »

Les établissements, rappelle la présidente de l'APTS, ont déjà les équipements et les ressources nécessaires pour effec-

tuer ces examens, et lorsqu'ils sont effectués au privé, ils coûtent inévitablement plus cher.

Afin de contourner le problème des listes d'attente interminables, certains hôpitaux auraient déjà mis en place des solutions imaginatives, en élargissant par exemple les plages horaires des rendez-vous.

Les autres solutions envisagées par l'APTS sont notamment d'établir une meilleure politique de médicaments, de mettre fin à la sous-traitance, et d'entamer véritablement le virage des soins à domicile.

Si certains membres de l'organisation se sont montrés réticents par rapport à l'arrivée du Dr Gaétan Barrette comme nouveau ministre de la Santé, avance Carole Dubé, notamment en raison de la ligne dure qu'il suivait pour faire valoir les intérêts des médecins spécialistes alors qu'il était président de leur fédération, elle croit que son changement de ton pourrait être perçu positivement. « Dans un discours qu'il a prononcé récemment, le Dr Barrette disait qu'un effort devrait être fait par tout le monde dans le réseau, incluant les médecins... Alors on verra! »

Collaboratrice
Le Devoir

FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS DU QUÉBEC

Des coupes en santé sont possibles

Comme tout le monde, Daniel Boyer, président de la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ), se demande comment le nouveau gouvernement parviendra à remettre d'aplomb notre système de santé.

CLAUDE LAFLEUR

« Je n'ai pas encore eu la chance de rencontrer le nouveau ministre de la Santé, déclare Daniel Boyer, mais je lui souhaite réellement bonne chance. Je ne sais pas comment il parviendra à faire tourner la machine... une machine qui n'est vraiment pas facile. »

« Je ne sais pas comment M. Barrette voit les choses, se questionne le chef syndical, mais j'espère qu'il consultera un peu tout le monde avant de décider quelque chose... C'est ce que nous souhaitons. Mais ce qui m'inquiète à son sujet, c'est que M. Barrette pourrait bien nous ordonner: "Tout le monde au pas!", selon ce qu'il aura décidé... Alors là, il y aura des "conséquences", comme il l'a dit récemment! »

Néanmoins, pour avoir rencontré le premier ministre Couillard et le ministre des Finances Leitão, Daniel Boyer déclare avoir eu « un bon feeling, même si, en même temps, les annonces qui sont faites à gauche et à droite et la situation financière du Québec nous inquiètent. On s'inquiète de ce qu'on veuille faire encore davantage de compressions dans nos réseaux publics. »

Petits salaires

Des 400 000 employés que compte la fonction publique québécoise, la FTQ en représente 40 000 dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il s'agit principalement de préposés aux bénéficiaires et d'employés de services auxiliaires (entretien ménager, buanderie, services alimentaires), ainsi que du personnel de bureau et du secteur administratif.

Daniel Boyer en profite pour écorcher le mythe des fonctionnaires choyés. « Il faut le dire: 75% des travailleurs de la fonction publique sont des femmes et 52% gagnent en moyenne 28 000\$ par année. Les "gras durs" de la fonction publique... ce n'est pas tout à fait le cas! Et c'est de ces gens-là que l'on parle. »

Très conscient des problèmes budgétaires auxquels fait face le gouvernement Couillard, le président de la FTQ considère qu'il est possible d'équilibrer les comptes en allégeant la machine administrative et, surtout, en diminuant les redevances de comptes. « On propose différentes pistes de solution, indique Daniel Boyer. Juste dans

nos réseaux respectifs, il doit y avoir 300, 400 ou 500 millions qu'on pourrait récupérer. » Et messieurs Couillard et Leitão « sont d'accord, relate-t-il, mais on dirait qu'il y a un blocage dans le système. »

Selon lui, il devra y avoir une véritable volonté d'alléger la reddition de comptes si on veut à la fois diminuer les coûts du système et le rendre plus productif. De plus, il faudra « aplanner les structures décisionnelles. »

« Je ne suis pas en train de dire qu'il faut abolir des agences, corrige-t-il tout de suite, mais je pense qu'il faut moins de paliers décisionnels et un peu moins de reddition de comptes. »

À ses yeux, le système est très lourd et devient même de plus en plus lourd. « Je n'ai rien contre la reddition de comptes — au contraire même, il faut qu'il y en ait —, mais lorsqu'on passe de 30 à 40% de notre temps à en faire, ce ne sont pas des services directs qu'on donne aux citoyens. »

Quant au risque que moins de reddition de comptes per-

mette davantage d'abus et de corruption, le chef syndical fait valoir qu'on a bien vu ce qui est arrivé malgré, justement, tous les systèmes en place.

Tout dépendra des médecins

Plus globalement, Daniel Boyer considère qu'il faut revoir l'organisation du travail dans le système de la santé, et notamment la répartition des actes médicaux. « Il faut donner plus de pouvoir aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux préposés qui ont des compétences », dit-il.

Il relate d'ailleurs un certain nombre de projets pilotes qui ont été menés en ce sens et qui ont donné de bons résultats. « Malheureusement, ajoute-t-il, il y avait tant de reddition de comptes et de paperasse que le tiers des budgets y est passé! »

En outre, la seule façon de réformer le système passe par la consultation et la concertation de tous les participants. « Ça ne doit pas être M. Barrette qui décide tout dans son

bureau et qui tente ensuite d'imposer sa solution, prévient-il. Je pense que tous les paliers du système — du cadre supérieur jusqu'aux travailleurs et travailleuses — doivent être impliqués dans le processus de réorganisation du travail. »

En outre, selon lui, la clé du succès sera la collaboration des médecins. « Si les omnipraticiens et les spécialistes veulent que ça passe, ça passera, estime le président de la FTQ. Par contre, s'ils ne le veulent pas, ça ne passera pas! Ce n'est qu'avec leur collaboration qu'on devrait parvenir à avancer. »

Mais, surtout, il faudra prendre garde de ne pas sabrer les dépenses publiques, comme semble vouloir le faire le nouveau gouvernement. Daniel Boyer rappelle d'ailleurs que même le FMI et l'OCDE ont récemment admis s'être trompés en préconisant, un peu partout dans le monde, de sabrer à tout prix les dépenses publiques. « Il faut aussi regarder du côté des revenus, indique M. Boyer. Arrêtons de presser le citron dans

nos services publics, mais faisons plutôt un débat sérieux sur les finances publiques en regardant aussi dans la colonne des revenus et comment financer adéquatement nos services publics. Nous, nous tenons à une fonc-

tion publique compétente afin que l'ensemble des citoyens et citoyennes ait accès à des services de qualité. »

Collaborateur
Le Devoir

Faisons connaissance

Nous sommes vos PÉRISOIGNANTS

On accueille, assiste, sourit, dose, analyse, nourrit... On cuisine, répare, entretient, nettoie, prépare, soutient... On renforce, rééduque, archive, transporte, radiographie, stérilise... On travaille pour les Québécois de mille et une façons à la grandeur du réseau public de la santé et des services sociaux.

Venez nous voir à perisoignants.com

PÉRISOIGNANTS

Du métier et du cœur

CPAS
Conseil paritaire des affaires sociales
SCP

SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE

LE 16 JUIN 2014
À L'HÔTEL SHERATON, LAVAL

PREMIER RENDEZ-VOUS NATIONAL SUR L'AVENIR DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

aqesss
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

CSN

INSTITUT DU NOUVEAU MONDE