



## Éditorial

**Benoit Gareau**  
Groupe Espace Santé



Quel plaisir ce fut que de concocter ce Journal Espace Santé avec une équipe aussi énergique et des collaborateurs imaginatifs.

Dans cette nouvelle édition, Espace Santé poursuit son objectif de développer une conscience politique sur des défis et enjeux en santé en confrontant des idées, en amenant des débats sur la place publique et en discutant de façon constructive de différents thèmes. Nous voulons par nos activités réseauter les acteurs du milieu de la santé et développer une meilleure compréhension de problématiques qui affectent l'organisation et le financement du système de santé.

Dans cette édition du Journal Espace Santé, nous abordons de front la thématique des technologies de la santé parce que trop souvent délaissée dans les débats sur l'avenir du système de santé. Les nouvelles découvertes permettent de diagnostiquer et traiter des maladies jusqu'alors inimaginables, mais elles créent aussi des pressions énormes sur l'organisation et le financement du système de santé.

Chaque jour apporte son lot d'informations et nous sommes par le fait même constamment inondés par de nouvelles données d'articles ou de publicités qui vantent les bienfaits de nouvelles technologies et les promesses de nouveaux médicaments.

*Nous sommes certainement conscients des potentiels remarquables des nouvelles connaissances, des nouvelles thérapies, des nouvelles technologies sur l'organisation des pratiques et sur la santé des patients, mais comment distinguer le cristal de la chimère...*

Les nouvelles technologies arrivent souvent à grand battage médiatique et il est difficile de discerner si tel produit remplira les promesses attendues. Dans ce contexte, il devient parfois

laborieux de tout connaître, de tout évaluer et de faire les bons choix. Il faut à la fois identifier les technologies prometteuses et évaluer leur efficacité, leur efficience et leur innocuité.

Introduire des nouvelles technologies peut aussi affecter les habitudes de travail de personnes qui ont des façons de faire spécifiques et routinières. Certaines technologies peuvent nous permettre de produire plus de services avec moins de ressources sans nécessairement sacrifier des énergies essentielles à l'organisation de pratiques. Il faut alors tenir compte des motifs de résistances, développer des organisations prêtes à apprendre et aussi élaborer des stratégies d'adaptation aux nouvelles technologies.

L'évaluation des technologies, si elle est bien conçue, peut guider, orienter les organisations vers des objectifs d'amélioration continue de la qualité des soins et rendre les organisations plus performantes. Il importe donc de développer des processus adéquats et transparents d'évaluation des technologies et de diffuser l'utilisation des technologies lorsque les résultats sont concluants. Il s'agit ici d'améliorer, d'optimiser les pratiques avec l'apport de technologies appropriées.

Dans cette édition du journal, vous trouverez trois articles reliés à la thématique des technologies de la santé : une entrevue faite auprès de Mme Pascale Lehoux, professeur en administration de la santé à l'Université de Montréal, un article de Stéphane Grenier intitulé « L'évaluation des technologies de la santé et de la prévention : la science et la technique comme idéologies de la performance » et un article de Benoit Gareau sur le NICE, le National Institute of Clinical Excellence.

Pour ne pas être en reste avec les débats sur l'avenir du système de santé et le vieillissement de la population, nous vous proposons un article de Karine Farrell qui a été écrit en ce début d'année 2006 avant le dépôt du document du ministère de la santé « Garantir l'accès ». Ce texte demeure d'actualité en donnant un aperçu des nombreux questionnements entourant le débat sur l'affaire Chaoulli. Vous pourrez aussi lire un article du Dr Réjean Hébert intitulé « Pour l'amour des vieux, pas de

privé en santé ». Cette édition du journal a pour but de vous amener à réfléchir sur des problématiques qui touchent le réseau de la santé.

### 5 à 7 Conférence Espace Santé

Les technologies de la santé évoluent à un rythme rapide et font miroiter des promesses de diagnostics plus précis et de nouveaux traitements. Toutefois, elles représentent un facteur majeur de l'augmentation des coûts dans le système de santé. Elles doivent donc faire l'objet d'une évaluation rigoureuse avant leur acquisition. D'un autre côté, les interventions de prévention ont démontré leur efficacité pour améliorer l'état de santé des individus et de la population. Misons-nous suffisamment sur ces deux leviers pour permettre aux citoyens d'avoir accès à des services de santé de qualité dans le futur? **Dr. Véronique Déry**, directrice générale et scientifique de l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ainsi que Monsieur **André Pratte**, Éditorialiste en chef du journal La Presse, viendront partager leurs réflexions à ce sujet le **mardi 30 mai 2006 au Newtown** (1476 rue Crescent) à Montréal.

Vous êtes conviés à prendre part à cette discussion d'actualité. L'accueil se fera à 17h00 et la conférence sera suivie d'une période d'échange.

En guise de conclusion, j'ai pensé citer un passage de Lester C. Thurow, professeur au MIT qui écrivait en 1999 dans le journal The Atlantic : « Successful societies create and manage a tension between order and chaos without letting either of them get out of hand. New ideas are easily frustrated if societies are not receptive to the chaos that comes from change, yet societies have to maintain an appropriate degree of order to take advantage of creative breakthroughs. (...) Great creativity requires hard facts, wild imagination, and nonlogical jumps forward than are then proved to be right by working backward to known principles. Only the rebellious can do it. »

Bonne lecture et à bientôt.



ÉDITORIAL ..... 1

ENTREVUE AVEC  
PASCALE LEHOUX..... 3, 13

COMMENTAIRE DE  
STÉPHANE GRENIER.... 4, 12

NICE! (TEXTE DE  
BENOIT GAREAU)..... 5, 12

CONFÉRENCE  
ESPACE SANTÉ  
du 29 novembre 2005... ..... 6

LE RÔLE DU  
GOUVERNEMENT CHAREST  
À LA SUITE DE L'AFFAIRE  
CHAOUILLI. (TEXTE DE  
KARINE FARRELL)..... 7,8

POUR L'AMOUR DES VIEUX,  
PAS DE PRIVÉ EN SANTÉ.  
(TEXTE DU  
DR RÉJEAN HÉBERT)..... 9,13

ENTREVUE AVEC  
MARTIN JUNEAU..... 10-11

LA MISSION ET LE COMITÉ  
ESPACE SANTÉ..... 14

[www.espacesante.ca](http://www.espacesante.ca)





## Les technologies de la santé dans notre système de santé

**Pascale Lehoux, Ph.D.,**

*Professeure agrégée au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et titulaire d'une Chaire de recherche du Canada sur l'innovation dans le domaine de la santé.*

*Entrevue avec propos recueillis par Valérie Martin.*

*(Photo\_source : Bernard Lambert, Université de Montréal)*



### **Que sont les technologies de la santé?**

Par technologies de la santé, on entend beaucoup de choses. Il y

en a qui sont plus spectaculaires et plus visibles car ce sont des équipements coûteux dont on parle dans les médias. Toutefois, si l'on réfléchit sur tout ce qui est offert comme soins de santé, on constate qu'il y a des technologies un peu partout : les tests de dépistages, les tests de diagnostics, les appareils de monitoring, les instruments et les appareils qui servent à la chirurgie ou aux actes thérapeutiques. On compte aussi comme technologies de la santé ce qui concerne les technologies de l'information. Ce ne sont pas des technologies médicales, mais elles sont très importantes pour soutenir le travail hospitalier. On inclut ici ce qui concerne les banques de données médico-administratives qui peuvent mettre en lien les établissements entre eux, ainsi que ce qui relève de la télémédecine. Une autre catégorie importante est ce que l'on pourrait appeler les technologies de la santé publique, c'est à dire ce qui réfère à la prévention et à la promotion de la santé, mais aussi à la santé au travail. Ce sont des endroits où il y a des technologies qui peuvent réduire les risques ou améliorer la santé des travailleurs. Ainsi, on doit voir les technologies de la santé dans une perspective large, allant au-delà de ce que l'on retrouve dans les hôpitaux.

**Quels sont les impacts de ces technologies sur notre système de santé?**

On peut observer des dynamiques sur le système de santé, sur une période 10 ou 15 ans. Si l'on prend le domaine de la chirurgie, il y a eu des développements importants. On peut maintenant faire des chirurgies moins intrusives, qui permettent d'éviter l'anesthésie générale, de procéder plus rapidement et de garder les patients moins longtemps à l'hôpital. Ces technologies ont permis de réduire les durées de séjour, mais en même temps, elles ont demandé aux hôpitaux de créer une infrastructure pour accueillir, orienter et recevoir ces patients. Ce type d'impact prend du temps avant de pouvoir être observé.

Il y a aussi une relation entre la technologie et l'expertise. Si on a besoin de spécialistes ou de techniciens de haut niveau pour opérer une technologie, cela peut entraîner une concentration des technologies sophistiquées dans les centres urbains. Il y a aussi de plus en plus de technologies dans les soins ambulatoires ou au domicile du patient. Il y a donc transformation du système à ces deux pôles : une consolidation des technologies dans les grands centres urbains où l'expertise existe pour les opérer et une pénétration des technologies dans les domiciles des patients.

### **Qu'est-ce que l'évaluation des technologies de la santé?**

Les premières questions que l'on pose en évaluation des technologies sont : « est-ce que ça marche? » et « combien ça coûte? ». Les notions d'efficacité et de coût semblent les plus importantes en évaluation des technologies de la santé. Toutefois, lorsqu'on évalue ces technologies, on doit aussi se demander qu'elles sont les dimensions éthiques et sociales

qui sont associées à la technologie, quels sont les impacts organisationnels au niveau de l'établissement, mais aussi des pratiques professionnelles qui sont associées à la technologie.

Sur un plan plus macro, on doit aussi considérer les notions d'équité quand vient le temps de décider de la façon d'allouer les ressources dans le système de santé. Il s'agit d'un thème important en évaluation des technologies de la santé. Ce que l'on retrouve actuellement en terme d'analyse économique en évaluation des technologies est important, mais relativement limité. Les économistes qui ont examiné d'autres approches, qui s'intéressent à la notion d'équité et à la justice redistributive et dont la perspective dépasse la simple analyse de coût, une technologie à la fois, font aussi l'examen de l'impact pour la population ou pour un système de soins spécifique de choisir une technologie plutôt qu'une autre. Les questions d'équité sont traitées de façon plus étoffée dans les systèmes de soins publics.

On peut penser que ces aspects organisationnels, sociaux et éthiques sont souvent évacués lorsque vient le temps de prendre des décisions dans les milieux hospitaliers sur l'acquisition des technologies?

En effet, car ces aspects semblent moins pressants lorsqu'on est à ce niveau du système de soins. L'analyse va considérer l'impact sur l'hôpital, les liens de la technologie avec ses créneaux stratégiques.

...la suite page 3,13

*" Depuis 20 ans, l'évaluation des technologies de la santé est un domaine qui s'est grandement développé. La majorité des pays industrialisés ont des agences ou des groupes universitaires qui font ces évaluations."*

*" Ce qui est important, c'est de dépasser la question du caractère abordable des technologies pour comprendre ce qui est désirable sur un plan de société."*



## Les technologies de la santé dans notre système de santé

• • • la suite par Pascale Lehoux

On se pose moins la question du rôle de cette technologie dans une perspective de population ou une perspective régionale. Les aspects éthiques sont aussi diminués car la perspective clinique, c'est à dire la relation médecin/patient, et l'éthique de cette relation prend plus de place.

Lorsqu'on prend la perspective de toute la population ou de la province, il y a des enjeux à moyen ou long terme qui ressortent. Ceux-ci peuvent être difficilement pris en compte au niveau de l'hôpital, mais ils deviennent importants si l'on considère l'impact cumulé de toutes ces technologies, dans tous les hôpitaux.

### **Qui fait l'évaluation des technologies de la santé au Québec et dans le monde?**

Depuis 20 ans, l'évaluation des technologies de la santé est un domaine qui s'est grandement développé. La majorité des pays industrialisés ont des agences ou des groupes universitaires qui font ces évaluations. Il y a aussi plusieurs pays en émergence qui se dotent de ce type d'infrastructure pour les aider à prendre des décisions sur les technologies. Très souvent, ce sont des agences qu'on dit paragouvernementales ou qui ont un lien avec le système de santé.

Ces agences ou groupes universitaires sont très variés. Ils diffèrent selon leurs budgets, leurs ressources ou leurs capacités à recruter des chercheurs plus ou moins spécialisés. Certaines organisations ont des équipes très complètes, rassemblant des gens qui ont des compétences en épidémiologie, en biostatistique, des gens qui sont cliniciens de formation, mais aussi des économistes, des éthiciens, des gens qui s'intéressent aux aspects juridiques. Ce sont des agences qui sont très riches au niveau interdisciplinaire.

### **Qu'en est-il de l'évaluation des technologies de la santé dans les pays en voie de développement?**

On retrouve de l'évaluation des technologies de la santé dans ces pays. À ma connaissance, en Amérique du Sud, il y a des avancées importantes, de même qu'à certains endroits en Asie ou en Europe de l'Est. Ce sont des pays où l'on retrouve des technologies sophistiquées, même si elles ne sont pas distribuées à travers le pays.

Aussi l'évaluation des technologies de la santé peut porter sur des programmes de prévention ou de promotion de la santé ou encore sur des technologies qui sont utilisées au niveau des soins de première ligne, ce qui peut être utile dans ces pays qui ont besoin de développer une première ligne forte pour combler les besoins de santé de la population.

### **Y a-t-il des organismes à but lucratif qui font de l'évaluation des technologies de la santé? Comment considérer les évaluations faites par ces organisations?**

Il y en a quelques-uns, mais ils sont très peu nombreux car l'évaluation des technologies de la santé a été d'abord un problème formulé d'un point de vue de politique publique et d'aide à la décision publique. Aux États-Unis, ECRI fait des évaluations pour les gestionnaires des établissements et les personnes qui font l'acquisition d'équipements spécifiques. En général, les évaluations se concentrent beaucoup sur les notions d'efficacité, d'efficience et d'innocuité. Le fait d'être à but lucratif ou non-lucratif n'a pas un impact majeur sur les méthodologies appliquées pour faire l'évaluation. Ce sont plutôt les types de technologies retenues et l'éventail des données scientifiques qui seront mobilisées dans l'évaluation qui feront la différence. Les gens qui font de l'évaluation des technologies ont toujours de réflexe d'examiner ce qui s'est fait dans le monde sur cette technologie au démarrage d'un projet. Donc, les synthèses réalisées par ces organisations peuvent servir à mieux formuler une question ou à élargir les bases des connaissances qui seront mobilisées dans le cadre de l'évaluation.

### **Vous êtes titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur l'innovation dans le domaine de la santé. Quel est l'objectif de cette chaire?**

J'ai obtenu cette chaire depuis moins d'un an. Les 6 ou 7 premières années de mes recherches étaient surtout centrées sur l'évaluation des technologies de la santé, afin de comprendre comment on produit ces évaluations, quel genre d'évaluation est faite, mais aussi de comprendre si cette évaluation influence ou non les décisions. Un autre pan de mes travaux de recherche a porté sur des technologies spécifiques comme la télémédecine ou les technologies utilisées par les malades chroniques à leur domicile, ou encore les services de dialyse. Dans ces projets, j'ai fait de la recherche primaire, ce qui

est plus versatile que la recherche qu'on fait en évaluation des technologies de la santé. Donc toutes ces années-là, je me suis concentrée sur le moment où la technologie est déjà introduite dans le système de soins et qu'elle a été diffusée.

Dans le cadre des activités de la Chaire, je veux revenir en amont dans le processus. J'ai souvent constaté que l'évaluation arrivait trop tard, alors que la technologie était conçue et activement mise en marché. Je vais tenter de comprendre les processus qui sont sous-jacents à l'innovation et les choix qui sont pris en cours de développement pour des technologies spécifiques. Ces choix ont des impacts par exemple sur le coût final de la technologie, sur le milieu organisationnel qui va recevoir la technologie et sur les compétences qui sont requises pour les utiliser. Mes hypothèses sont qu'en amont, il y a des choix qui se font, que ceux-ci ont une incidence importante sur le système de soins et que le système de soins, ses préoccupations et ses besoins ne sont pas pris en compte pleinement au moment où ces choix sont faits durant la recherche et le développement.

### **Vous croyez qu'il n'y a pas suffisamment de contacts entre les cliniciens et les chercheurs en R & D des producteurs de technologies?**

Les gens qui font la R & D doivent avoir des contacts avec les personnes qui sont dans la clinique afin de comprendre un certain nombre d'aspects qui sont importants pour les cliniciens. Par contre, il y a beaucoup d'innovations qui relèvent de la recherche fondamentale. Dans ces cas, il y a un écart entre ce que cette recherche découvre, les potentiels de cette découverte et ce que l'on peut appliquer à la clinique.

En évaluation des technologies de la santé, il faut aller au-delà de la question de l'utilité pour la clinique. Il faut aussi comprendre les impacts populationnels ou sur le système de soins en général de cette innovation. De plus, bien que l'industrie soit en contact avec les gens du milieu clinique, cette industrie est surtout orientée par les politiques gouvernementales de développement de l'innovation et de soutien à l'industrie. Ces politiques se retrouvent autant au plan local, national qu'internationale car plusieurs de ces entreprises fonctionnent dans plusieurs pays.

• • • la conclusion page 13



## L'évaluation des technologies de la santé et de la prévention : la science et la technique comme idéologies de la performance!

Par Stéphane Grenier

Professeur régulier de travail social  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue



Dès qu'on m'a proposé le sujet de ce nouveau journal d'Espace Santé et le thème de notre prochaine conférence, j'en ai été très

heureux. Je suis un de ces chercheurs en santé qui, autant dans ses recherches en partenariat avec les intervenants terrain que dans ses enseignements, trouve que l'on ne met pas assez d'importance dans l'évaluation des pratiques et des technologies en santé et de la prévention. Dans cet article, j'ai donc cherché à aborder certains aspects, certains questionnements reliés à ce sujet hautement d'actualité.

La science et les techniques d'évaluation ont gagné leurs lettres de noblesse ces dernières années. On s'en remet de plus en plus à eux pour prendre des décisions, pour mettre sur pied des programmes ou pour évaluer leur efficacité, pour acheter du matériel, pour fixer des objectifs à atteindre. On s'en remet de plus en plus aux données probantes (evidence based) comme si elles contenaient une foule de réponses ayant la possibilité de régler tous nos problèmes. Ce nouvel intérêt pour l'évaluation des technologies de la santé est assez récent. En fait, il correspond sensiblement aux réorganisations massives et successives du système de santé et de services sociaux (Tourigny et Dagenais, 2005). Ces réorganisations ont entraîné de nombreuses préoccupations concernant la qualité et l'efficacité des technologies de la santé dans un but à

peine voilé de faire aussi bien avec moins de ressources, en justifiant chaque dollar dépensé (Tourigny et Dagenais, 2005).

Ce qui me fascine le plus dans ce nouvel intérêt, c'est que de plus en plus de gens croient que l'évaluation des technologies de la santé et de la prévention peut nous sortir de tous nos problèmes de gestion et d'administration des services de santé, un peu comme si les résultats de ces évaluations pouvaient servir de seule base à la prise de décision. Pourtant, nous sommes loin de cet idéal, car souvent, les données probantes peuvent être contradictoires d'une recherche à l'autre et souvent le choix le plus approprié en contexte de restriction des ressources n'est peut-être pas celui de la technologie la plus efficace, « qui soigne le mieux », mais bien celui de la moins coûteuse. Restons vigilants et critiques par rapport à l'évaluation des technologies de la santé et de la prévention et souvenons-nous qu'il restera toujours une part d'interprétation politique des résultats lors d'une prise de décision.

Pour ce faire, il est très important de considérer trois choses, selon moi, pour conserver son sens critique lorsque l'on parle d'évaluation des technologies de la santé. Premièrement, il faut se demander qui a commandé l'étude et dans quel but. Même les objectifs les plus louables renferment des pièges et des orientations. En effet, les organismes qui financent la recherche, qu'ils soient privé ou public, ont des objectifs qui orienteront en grande partie ce sur quoi les évaluations se feront et le sens dans lequel elles se

feront. Il y a donc des sujets de recherche qui sont plus vendeurs que d'autres, c'est-à-dire qu'ils récoltent plus la sympathie du public ou qu'ils offrent plus de possibilités pour la marchandisation des résultats. On se retrouve donc avec de grandes orientations en évaluation de la santé qui suivent les demandes (ou les intérêts) des bailleurs de fonds. Dans cette perspective, il se peut que des pans complets d'évaluation soient laissés pour compte par manque de financement et que l'on manque de données pour signifier l'importance d'une autre technologie de la santé et de la prévention.

Deuxièmement, il faut se demander qui réalisera l'évaluation et sous quelle perspective théorique. Ce point m'apparaît très important, car l'évaluation des technologies en santé fait appel à de nombreuses disciplines scientifiques. Encore une fois, on se retrouve avec un problème de comparaison, car tout en étant très méthodiques et objectives deux études sur une même technologie, peuvent arriver à des conclusions très différentes. Ces conclusions différentes sont le fait de perspectives théoriques différentes. Le réel est cette chose qui ne se laisse pas saisir facilement même par les scientifiques qui doivent souvent isoler des variables pour arriver à le comprendre.

*" Restons vigilants et critiques par rapport à l'évaluation des technologies de la santé et de la prévention et souvenons-nous qu'il restera toujours une part d'interprétation politique des résultats lors d'une prise de décision. "*

...la suite page 12



## Nice !

Par Benoit Gareau

*DMD, étudiant à la maîtrise en administration de la santé, Université de Montréal*



Avec les percées médicales, les systèmes de santé financés par le public sont confrontés à des pressions importantes de

nouvelles technologies qui affectent tant leur organisation que leur financement. Les avancées médicales créent une demande pour des nouvelles technologies qui doivent être assimilées, utilisées et étendues au plus grand nombre en le moins de temps possible. De plus, la vitesse des changements en science et en médecine et les potentiels importants de systèmes d'information et de communication poussent les organisations de santé à tenir compte de problématiques jusqu'alors unimaginables.

Or, nous savons qu'il peut y avoir chaos dans les prises de décision puisque établir des priorités est un processus hautement politique. Allouer des ressources rares lorsqu'il y a compétition au niveau de la demande est à la fois un défi économique et un casse-tête politique pour tout décideur parce que donner haute priorité à un service signifie donner basse priorité à un autre.

Les changements technologiques ont un impact sur les résultats de santé, la qualité des soins et les dépenses en santé. Les nouveaux produits, les nouvelles procédures et les nouvelles technologies peuvent par exemple augmenter les coûts dans le court et le moyen terme, mais aussi diminuer les coûts dans le long terme. Ces innovations peuvent aussi prévenir et diminuer les besoins pour des conditions plus sérieuses.

De plus pour ajouter à la confusion, une étude publiée dans le British Medical Journal de 2004 relatait que le secteur privé sous-évaluait l'analyse coût/efficacité. L'évidence suggère que les organisations à but lucratif sont plus sujettes à rapporter des résultats et des conclusions favorables lors d'études cliniques que les organisations sans but lucratif<sup>1</sup>. Une autre étude concluait que les organisations à but lucratif avaient 3 à 5 fois plus de chance de recommander l'utilisation de médicaments que les groupes sans but lucratif<sup>2</sup>.

Les défis d'établir des priorités et de rationaliser les soins de santé sont énormes et ont mené les gouvernements à prendre des approches plus systémiques dans les décisions de couvrir des traitements ou de rendre accessible certaines technologies dans le cadre du système de santé. Il y a un besoin réel d'évaluer l'information pertinente pour développer, formuler et diffuser des politiques et des programmes sous forme de protocole ou de guide clinique.

### L'expérience Britannique

En Grande Bretagne dans les années 90, les décisions de financer des technologies étaient prises au niveau local. Les discussions incluaient souvent les cliniciens, les gestionnaires d'hôpitaux et les gestionnaires d'autorités régionales. Les décideurs devaient théoriquement considérer l'évidence sur l'efficacité et l'efficience des nouvelles procédures et thérapies édictée par le Programme national d'évaluation des technologies de la santé du National Health Service (NHS). Cette approche avait comme avantage de permettre que les décisions soient prises à l'intérieur de budget local afin de répondre aux besoins des communautés. Toutefois, l'effet négatif

était de permettre des variations dans l'offre de service et aussi d'avoir un manque d'expertise dans l'évaluation des technologies.

Avec la venue du New Labour Britannique, le gouvernement a créé en 1999 le National Institute for Clinical Excellence (NICE). Cet agence a comme objectif d'évaluer les bénéfices cliniques et les coûts des interventions et de faire des recommandations. Plus spécifiquement, le NICE doit évaluer les nouvelles technologies de la santé et les technologies déjà existantes, développer et disséminer des guides cliniques et surveiller des vérifications de pratiques cliniques<sup>3</sup>.

De plus, le NICE a développé avec le temps une nouvelle approche de gouvernance en créant un conseil de citoyen. Ce conseil doit veiller à ce que les valeurs utilisées pour prendre les décisions soient conformes aux valeurs du public. Le NICE combinant les vues des professionnels et celles du public veut rendre les processus d'évaluation plus transparents et représentatifs des valeurs sociales.

Pour le NICE, il y a des variations inacceptables dans la qualité des soins offerts à différents patients dans différentes régions du pays. Le NICE doit donc produire et diffuser des guides cliniques de haute qualité sur l'utilisation appropriée d'interventions et de technologies. Le NICE doit aussi offrir de l'information pour changer les pratiques cliniques et développer des méthodes qui vont aider les cliniciens à implanter les recommandations. Le NICE veut amener les organisations du NHS à des standards de traitement plus élevés partout en Grande Bretagne.

...la suite page 12

• • •

*" Les défis d'établir des priorités et de rationaliser les soins de santé sont énormes et ont mené les gouvernements à prendre des approches plus systémiques dans les décisions de couvrir des traitements ou de rendre accessible certaines technologies dans le cadre du système de santé. "*



## 5 à 7 conférence Espace Santé du 29 novembre 2005



### « Prendre soin à domicile, en avez-vous les moyens ? »

Avec entre autres Mme Chloé Sainte-Marie, chanteuse bien connue qui prend soin au quotidien de son conjoint, M. Gilles Carle atteint de la maladie de Parkinson, Mme Francine Ducharme, Ph.D., professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche Desjardins, dont la thématique principale porte sur les aidants familiaux de personnes âgées.



## Le rôle du gouvernement Charest, à la suite de l'arrêt Chaoulli

**Karine Farrell**

*Étudiante à la maîtrise en administration de la santé à l'Université de Montréal et membre du conseil d'administration du CHUM à titre de représentante de la population.*

*Le texte a paru dans l'édition du Devoir du mercredi 25 janvier 2006.*



À l'heure actuelle, le gouvernement du Québec est le seul à connaître le contenu de l'avant-projet de loi qu'il entend déposer après les élections fédérales à la suite du jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli. Puisqu'il a choisi de ne pas recourir à la disposition dérogatoire (« clause nonobstant ») pour se soustraire à ce jugement, le gouvernement libéral devra s'y conformer avant juin 2006 afin de respecter le délai de 12 mois autorisé par la Cour suprême du Canada.

En aucun cas le gouvernement Charest ne doit utiliser le jugement de la Cour suprême comme prétexte pour modifier de façon radicale les fondements et les lois du système de santé du Québec. La santé est une préoccupation fondamentale des Québécois et le débat doit être fait publiquement. De plus, il est du devoir de l'État d'assurer la viabilité d'un système de santé public de qualité en tout respect des valeurs québécoises de solidarité collective et d'égalité d'accès aux soins.

### Un bref rappel du jugement

Les appelants, MM. Chaoulli et Zélotis, demandaient la levée de l'interdiction de recourir à une assurance privée afin de couvrir des services médicalement requis dans un contexte de listes d'attente jugées inacceptables. La demande a été retenue par une majorité de quatre juges sur une formation de sept. La Cour suprême a alors invalidé, au nom de la Charte québécoise des droits et libertés, deux dispositions législatives québécoises qui interdisent de contracter une assurance privée (article 15 de la Loi

sur l'assurance maladie et article 11 de la Loi sur l'assurance hospitalisation) afin de couvrir des services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Aussi, il est établi que la cour ne peut pas se prononcer au-delà de la demande des deux appelants. En effet, leur demande ne visait que les médecins non participants au régime public, et c'est donc uniquement ce qui leur a été accordé par la majorité des juges. Il faut donc être prudent avec les interprétations qui sont faites du jugement en question.

### La portée politique de l'arrêt

Ce qui est inquiétant, c'est la portée politique que les divers groupes de pression et surtout le gouvernement en place veulent donner à l'arrêt. Puisque le gouvernement Charest semble enclin à ouvrir toute grande la porte au privé, les conjectures sont nombreuses. En affirmant qu'il doit se conformer à un ordre de la cour, le premier ministre nous a donné un avant-goût de ce que ce fameux projet de loi pourrait contenir.

Contrairement à ce que certains veulent nous faire croire, le jugement de la Cour suprême n'impose pas le développement d'un système de santé privé parallèle et ne remet nullement en question le principe de l'étanchéité de la pratique médicale (choisir, de façon exclusive, de participer au régime public ou au régime privé). Les juges en ont même fait un principe central sur lequel reposent leurs opinions : ils ont accepté d'invalider l'interdiction parce que les médecins ne peuvent pas pratiquer à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du régime public pour les services assurés. D'ailleurs, à cet effet, six représentants des facultés de droit de différentes universités québécoises en ont fait la

preuve le 17 novembre dernier dans les pages de ce journal (Brun, Demers, Garant, Proulx, Lajoie, Prémont).

### L'épouvante du vieillissement de la population

À première vue, le recours à des services financés par le privé paraît être une solution envisageable, voire acceptable, pour la population. Toutefois, il faut éviter le développement d'un système de financement privé qui viendrait mettre en péril le système actuel. Le discours sur la nécessité de changement a porté fruit sur le plan politique et plusieurs intervenants affirment que le statu quo ne peut pas être maintenu. La privatisation est présentée comme la seule avenue pouvant régler les problèmes du système de santé. Le financement des systèmes de santé prend toute la place dans le débat public.

Or il ne s'agit pas uniquement d'un problème de financement : c'est aussi un problème de modes d'organisation, de coordination et de gestion des processus de soins. Assurément, il y a nettement place à l'amélioration sur le plan de l'efficacité avant de recourir au secteur privé pour tout régler.

Pour justifier des actions qui encourageraient une privatisation accrue du financement, le gouvernement ne cesse de nous rappeler que les changements démographiques à venir menacent la capacité du système à s'adapter au phénomène. Pourtant, certains pays européens sont actuellement aux prises avec cette situation et leurs dépenses en santé ne sont pas nécessairement plus élevées qu'ici.

...la suite page 8

• • •

*" Toutes les comparaisons internationales montrent qu'un système de santé public et accessible demeure la seule approche qui permette une amélioration continue de la santé de la population, et c'est aussi la moins coûteuse. "*



## Le rôle du gouvernement Charest à la suite de l'arrêt Chaoulli

• • • la suite par Karine Farrell

Il s'agit effectivement d'un défi qu'il faut prendre au sérieux, mais cela ne justifie en rien de présenter le vieillissement de la population en épouvantail ! Au Québec, il nous reste du travail à faire pour améliorer nos services et faire en sorte qu'ils soient moins coûteux. C'est à cela que devrait s'attaquer le gouvernement libéral au lieu de vouloir recourir au secteur privé comme solution facile à tous les maux du système !

### Les listes d'attente

Le jugement a été rendu dans un contexte de listes d'attente trop longues qui, selon la Cour suprême, met en péril le droit à la vie et à la sécurité. En effet, les délais d'attente sont souvent très longs pour une chirurgie ou des examens diagnostiques complémentaires. Le gouvernement doit donc se pencher sur des solutions qui visent une meilleure accessibilité des soins et des services et s'attaquer aux délais d'attente inacceptables. Il faut arrêter de le dire et le faire concrètement !

Les listes d'attente ne sont pas bien organisées au Québec. D'ailleurs, comment définit-on un délai inacceptable ? Après presque trois ans de mandat libéral, ou en sommes-nous avec la centralisation des listes d'attente, qui constitue la première étape à franchir afin d'améliorer la qualité des services ? De toute évidence, il faut assurément investir des fonds supplémentaires pour éliminer les retards actuels et maintenir les listes d'attente au niveau le plus bas possible. Autrement, la situation actuelle de délais inacceptables apparaîtra à nouveau.

L'affirmation selon laquelle l'établissement d'un système privé parallèle permettrait de réduire les temps d'attente dans le système public a été maintes fois évoquée. Cependant, une série d'analyses et de recherches, dont celle de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, démontre clairement le contraire : les systèmes privés parallèles ne réduisent pas les temps d'attente dans les établissements publics, ils les augmentent !

Les conséquences que le financement privé a sur les systèmes de santé publics ont été démontrées lors d'une étude récente. En effet, les pays qui ont adopté des systèmes parallèles privé et public ont des temps d'attente très longs. C'est notamment le cas de l'Angleterre et de la Nouvelle-Zélande.

Au lieu de réduire les listes d'attente dans le secteur public, un effet pervers place le médecin dans une situation de conflit d'intérêts car l'attente dans le secteur public lui permet de se construire une clientèle dans le secteur privé et ainsi d'en profiter sur le plan de la rémunération. De surcroît, il peut même diminuer ses heures de travail sans réduire son revenu. Dans l'intérêt de la population, le gouvernement ne doit pas envisager cette solution. Au lieu d'améliorer la situation, celle-ci va contribuer à la détériorer !

### Réinventer le Québec, mais à quel prix ?

Sous prétexte que le modèle d'État n'a pas été sérieusement revu depuis la Révolution tranquille et qu'il est antérieur à la mondialisation, à l'informatisation et au changement démographique, le gouvernement libéral veut réinventer le Québec dans l'intérêt des Québécois.

De quels Québécois parle-t-on au juste ? Les plus fortunés ou l'ensemble de la collectivité ? Dans son programme électoral, le Parti libéral du Québec rejette la facilité d'un système pour les riches et d'un système pour les autres. Or comment peut-il prétendre adhérer à ce principe en agissant de la sorte ?

Des projets récents comme la privatisation des infrastructures municipales des usines de filtration des eaux (un bien collectif) ou encore le prolongement de l'autoroute 25 démontrent que ce gouvernement est très enclin à faire une place de choix au privé. Et cela, dans l'intérêt de qui ? Dans le domaine de la santé, se limitera-t-il au recours à des producteurs privés de soins et services ou prendra-t-il le chemin de la privatisation accrue du financement ?

Toutes les comparaisons internationales montrent qu'un système de santé public et accessible demeure la seule approche qui permette une amélioration continue de la santé de la population, et c'est aussi la moins coûteuse.

Les Québécois sont les plus taxés en Amérique du Nord, nous en convenons. Pourquoi limiter la comparaison avec nos voisins du Sud, les États-Unis, qui ont adopté un modèle complètement différent, guidé par la logique marchande, avec des résultats qui ne correspondent pas aux souhaits des Québécois : un niveau de santé de la population inférieur à la moyenne, un niveau global de dépenses de santé très élevé, de fortes inégalités sur le plan de l'accès (45 millions d'Américains n'ont aucune protection d'assurance, les travailleurs de la classe moyenne et leurs employeurs paient très cher leur primes d'assurance, etc.) ?

Le système de santé québécois est public et universel, et il doit le rester. Plusieurs pays européens sont davantage taxés ou investissent davantage que le Québec dans la santé. Nous avons les moyens, collectivement, de nous payer un système de santé public de qualité, mais il doit être efficace et performant.

Sur le plan de la comparaison, il est possible de s'inspirer de plusieurs modèles de systèmes de santé à travers le monde. Il faut cependant s'assurer que les mesures choisies s'appliquent harmonieusement au contexte québécois. Le gouvernement du Québec doit agir avec la plus grande prudence afin de préserver l'intégrité du système de santé public.

Les prochaines semaines seront cruciales pour l'avenir du Québec dans le domaine de la santé. C'est à ce moment que nous pourrons voir si le gouvernement prendra clairement parti pour la population en assurant un accès gratuit aux soins pour l'ensemble des citoyens afin de garantir l'universalité de la couverture de soins. Il serait très dommage qu'il en soit autrement au bénéfice des plus nantis de la société québécoise.





## Pour l'amour des vieux, pas de privé en santé

Par Réjean Hébert, MD MPhil

Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke

\_Le texte a paru dans l'édition du Devoir du lundi 20 février 2006.



Le vieillissement attendu de la population est le spectre invoqué par plusieurs pour justifier une intrusion du privé

dans le financement de la santé. Cet argument dont on exagère l'importance cache d'abord un âgisme latent dont on ne s'excuse même pas.

Les manifestes et rapports des deux groupes protagonistes dans ce débat parlent de « déclin démographique » pour décrire le vieillissement de la population. Qu'est-ce qui décline au juste ? Pourquoi l'augmentation des vieux dans une société représente-t-il un déclin ? Comment peut-on stigmatiser ainsi un groupe d'individus sans que personne ne s'élève contre une telle ségrégation pourtant politiquement très incorrecte ? Imaginons un instant qu'on qualifie de déclin une autre évolution démographique concernant les femmes, les immigrés, les handicapés, les homosexuels, les minorités visibles. On aurait alors droit à un tollé bien justifié. Mais les vieux... silence et approbation tacite. Pire, on ne relève même pas l'allusion ostracisante. Et pourtant, elle s'adresse à un groupe qui a bâti ce pays et qui mérite le respect. Un groupe qui a établi les mesures de solidarité sociale dont nous bénéficions maintenant.

Le vieillissement est la rançon de nos progrès sur la mort et la maladie. C'est la caractéristique de l'humanité et des civilisations évoluées. Pas une tare qu'il faudrait à tout prix éviter, voire renverser. Les sociétés européennes dont les taux de personnes âgées sont déjà plus élevés que ceux que nous anticipons avec effroi ne sont pas du tout en déclin, bien au contraire. Mais

de nos jours, à défaut de pouvoir casser impunément de la femme, du gay, de l'ethnique ou du noir, on casse du vieux, ça passe.

Bien que le vieillissement de la population ait un impact sur l'évolution des coûts de santé, ce ne sera pas l'apocalypse annoncée. L'état de santé de la population, la prochaine génération de vieux, sera bien meilleur que celui de leurs aînés. Les projections actuelles de l'évolution de la demande de services exagèrent nettement les besoins. De plus, ces prévisions ne tiennent pas compte des pratiques et traitements qui continueront à évoluer comme ils l'ont fait au cours des trente dernières années. C'est d'ailleurs plutôt une révolution à laquelle on assiste, révolution qui a entraîné une réduction importante des besoins en lits d'hôpitaux au lieu de l'augmentation qui était pourtant prévue dans les années 80, compte tenu du vieillissement de la population (sic). Du déjà vu n'est-ce pas !

Le vieillissement est en fait la 5e cause de l'augmentation des coûts, et celle sur laquelle on ne peut pas vraiment intervenir. On doit bien plus se préoccuper de l'évolution incontrôlée du coût des médicaments, du recours aveugle sans preuve scientifique et sans réflexion éthique à des technologies coûteuses de diagnostic et de traitement, de l'utilisation inappropriée de l'hôpital pour pallier l'absence de soins de première ligne et de soins à domicile et, finalement de la privatisation du financement des soins de santé.

Oui, la privatisation même partielle du financement de la santé ne sauve pas des coûts mais en génère. À preuve, nos voisins du sud qui consacrent plus de 15% de leur PIB à la santé contre moins de 10% pour les pays à

financement public (9,4% ici). Et les États-Unis viennent à la queue des pays industrialisés sur la plupart des indicateurs de santé. Bref, un système qui coûte plus cher et qui est moins efficace. Pourquoi ? Parce qu'il permet aux plus riches d'acheter des services et des traitements souvent inutiles et inappropriés, au détriment des plus pauvres qui n'ont pas accès à des services essentiels et efficaces.

L'argument voulant que le privé coûte moins cher est d'ailleurs fallacieux. Comment peut-on fournir un service moins cher en ménageant en plus une marge de profit ? En payant moins cher les professionnels ? Ils ne seraient alors pas attirés par l'entreprise privée et resteraient dans le public. En payant moins cher le personnel ? Même argument, avec en plus la pression des syndicats qui seront au rendez-vous comme dans le public pour protéger les travailleurs. En diminuant les frais de gestion ? La gestion de la santé est en fait plus chère dans le privé que dans le public. Les frais administratifs comptent pour 31% des dépenses de santé aux États-Unis alors qu'ils ne représentent que 16% au Canada. La venue de nombreux acteurs dans le financement complexifie la gestion des établissements qui doivent interagir avec plusieurs financeurs, sans compter les frais de gestion des assureurs privés. Reste les compromis sur la qualité et les clients ne seront pas dupes longtemps. Non, le financement privé, même partiel ne sauvera pas des coûts mais détournera des fonds vers les entreprises multinationales qui gèrent des assurances santé et attendent avec impatience l'ouverture de notre marché.

*" Le système public de santé est la meilleure arme pour faire face au vieillissement de la population. "*

...la suite page 13



## Santé du coeur: à bas le stress et le gros ventre

**Dr Martin Juneau,**

*cardiologue clinicien et chercheur*

*\_Entrevue avec Propos recueillis par Martin LaSalle*

*PasseportSanté.net - Le 24 avril 2006*



*Le Dr Martin Juneau est directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Il est aussi, depuis 1988, le chef du service de prévention et de réadaptation cardiaque du Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal (ÉPIC). Il a signé une cinquantaine d'articles scientifiques, dont l'un d'eux lui a valu un prix prestigieux de la Société canadienne de cardiologie.*

**PasseportSanté.net - Pourquoi parler encore de prévention des maladies cardiovasculaires?**

Dr Martin Juneau - C'est vrai que, depuis 1970, on a connu des améliorations importantes en Occident, dont une réduction de 50 % du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires chez les plus de 30 ans.

Mais la prévention est plus actuelle que jamais en raison de l'épidémie mondiale d'obésité qui se propage à un rythme effréné. En Amérique du Nord, on voit de plus en plus d'adolescents aux prises avec le diabète de type 2, ce qui était à peu près inexistant auparavant. Il n'est plus rare de voir des enfants obèses dès l'âge de 8 ans ou 9 ans, chez qui on diagnostique le diabète de type 2, à 12 ans. Et comme on sait que les maladies coronariennes surviennent dans la décennie qui suit l'apparition du diabète, on pense qu'il y aura une deuxième épidémie de maladies cardiovasculaires dans les 10 à 15 prochaines années.

Avec la pénurie anticipée de médecins et d'infirmières, nous serons devant un problème majeur... On s'en va vers une société qui sera très malade si on n'agit pas.

**PasseportSanté.net - Quelle est la part des habitudes de vie dans l'apparition des troubles cardiovasculaires? Et l'hérédité?**

Dr Juneau - L'hérédité joue un rôle que certains chercheurs évaluent à environ 10 % du risque global. C'est peut-être un peu plus, mais ce sont les habitudes de vie qui ont le plus grand impact. Selon l'étude INTERHEART<sup>1</sup>, il y a neuf facteurs de risque modifiables qui expliquent 90 % du risque global des infarctus aigus du myocarde<sup>2</sup>.

Deux découvertes majeures sont ressorties de cette synthèse, à savoir que l'obésité abdominale et le stress constituent des facteurs très importants. À lui seul, le stress peut augmenter de 2,5 fois le risque de ce trouble cardiaque.

La particularité des maladies cardiovasculaires, c'est qu'il n'y a pas de signes extérieurs que le coeur va mal. Le premier symptôme est la mort subite, dans la moitié des cas.

**PasseportSanté.net - Quel est le minimum d'efforts à consentir pour obtenir le maximum de protection contre les maladies du coeur?**

Dr Juneau - Il faut marcher au moins 30 minutes par jour, six jours sur sept, dans le but de brûler environ 1 000 calories par semaine. Si l'on fait du jogging, 20 minutes par jour suffisent. Les effets sont directs et rapides : diminution de la tension artérielle, réduction du risque de diabète, moins de cholestérol et d'inflammation...

Côté alimentation, c'est encore plus facile de faire des changements et de les maintenir contrairement à ce qu'on peut penser. Par exemple, choisir un régime de type méditerranéen, c'est garnir son assiette de plus de fruits et de légumes, de produits céréaliers à grains entiers, de noix, de légumineuses et de viandes maigres comme le poisson ou le poulet. C'est un régime que nos patients n'ont aucun problème à adopter et, après un

an, on observe chez eux des bénéfices très nets.

**PasseportSanté.net - Est-ce à dire que « prévenir » va de pair avec « plaisir »?**

Dr Juneau - Tout à fait! Il faut changer sa façon de percevoir le plaisir. Ce n'est pas ennuyant de faire de l'exercice et de manger sainement! On en retire véritablement du plaisir. Et puis, en changeant ses habitudes de vie, on devient moins attiré par ce qui est moins bon pour la santé.

Changer sa perception du plaisir passe aussi par la relaxation et la méditation. Cela permet d'apprécier le moment présent et les petites choses de la vie. C'est aussi cesser de ne chercher que de grandes sensations. Plusieurs sont constamment sur le qui-vive, tant au travail que dans leurs activités de loisir afin d'être sans cesse stimulés.

**PasseportSanté.net - Mieux vaut prévenir... Mais que faire lorsqu'on a déjà eu un infarctus?**

Dr Juneau - Dans plus de la moitié des cas, un infarctus ne laisse que très peu de séquelles physiques, soit une destruction d'environ 5 % des cellules du muscle du coeur. Ce sont souvent les conséquences psychologiques qui sont les plus importantes : on se sent diminué, on est foudroyé. Mais l'infarctus permet de faire un bilan global de sa vie, de revoir ses priorités. Ça dépasse l'entraînement et le régime alimentaire.

Au Centre ÉPIC<sup>3</sup>, nous offrons des ateliers de gestion du stress grâce auxquels on réapprend l'art de vivre de même que la méditation de type « body-scan ». Nous obtenons des résultats surprenants! J'estime d'ailleurs qu'il faut trouver d'autres approches du genre. Le shiatsu semble aussi une voie remplie de promesses.

...la suite page 11



## Santé du coeur: à bas le stress et le gros ventre

... la suite par Dr Martin Juneau

PasseportSanté.net - **Que faut-il privilégier, la prévention des maladies du coeur ou du cancer?**

Dr Juneau - Prévenir l'un, c'est prévenir l'autre! Les intervenants en prévention des maladies du coeur et du cancer devraient faire front commun parce qu'ils prônent la même chose : manger plus sainement, arrêter de fumer et faire de l'exercice!

L'occasion de prévenir n'a jamais été aussi favorable, même si les investissements demeurent modestes. Mais ma grande crainte, c'est que les gens ne soient plus capables d'entendre parler de l'épidémie d'obésité, qu'il y ait un laisser-aller qui ralentisse ou freine les interventions en santé publique.

Je crains que le discours soit perçu comme étant moralisateur et que les gens réagissent en disant : « Foutez-nous la paix, laissez-nous choisir nos maladies! ».

Mais les gens ont aussi le choix de vivre en santé le plus longtemps possible. Il faut arriver à comprimer la morbidité, c'est-à-dire le temps durant lequel une personne est malade avant de mourir. Elle est environ de huit ans chez ceux qui ne pratiquent aucune prévention, comparativement à un an chez ceux qui font de l'exercice et qui maintiennent un poids santé.

La société ne peut pas survivre à une augmentation galopante d'obésité. Je souhaite que les gouvernements investissent davantage dans la prévention, parce qu'on ne fait pas le poids contre les multinationales. À titre d'exemple, il pourrait rendre la saine alimentation plus abordable pour tous. La médecine ne peut pas tout régler!

1. Scheen AJ, Kulbertus H. *Interheart: nine risk factors predict nine out of ten myocardial infarctions*, Revue médicale de Liège, novembre 2004, Vol. 59, No 11, 676-9. Un résumé français de l'étude est accessible à l'adresse [www.rmlg.ulg.ac.be/PDF/2004/200411\\_13.pdf](http://www.rmlg.ulg.ac.be/PDF/2004/200411_13.pdf) [document PDF consulté le 20 avril 2006].

2. D'après les résultats de l'étude INTERHEART, neuf facteurs permettent de prédire 90 % des infarctus aigus du myocarde chez les hommes et 94 % chez les femmes. Parmi eux, six sont des facteurs de risque (dyslipidémie, tabagisme, hypertension artérielle, diabète sucré, obésité abdominale, stress psychosocial) et trois sont des facteurs protecteurs (consommation journalière de fruits et légumes, consommation modérée d'alcool, pratique régulière d'exercice physique).

3. Pour en savoir plus sur le Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal (ÉPIC) : [www.icm-mhi.org/fr/centre-epic-patients.html](http://www.icm-mhi.org/fr/centre-epic-patients.html) [consulté le 20 avril 2006].



## L'évaluation des technologies de la santé et de la prévention : la science et la technique comme idéologies de la performance!

... la suite par Stéphane Grenier

Si l'on demande à deux chercheurs, l'un en gestion des ressources humaines et l'autre en microbiologie, de faire l'évaluation de ce qui se passe dans une salle d'urgence, avec professionnalisme et que l'autre nous dise que la situation est catastrophique. Le fait est que l'un concentrera son analyse sur la salle d'urgence définie comme un ensemble de ressources humaines et l'autre sur la salle d'urgence comme lieu propice au développement des microbes présents dans l'air ambiant. Encore une fois, conservons une attitude critique et demandons-nous quels ont été les indicateurs utilisés pour l'évaluation afin de savoir ce qui a réellement été évalué.

Finalement, il faut se demander quelle est la place faite à l'humain dans l'évaluation : est-il vu comme un objet de l'évaluation ou un sujet? Cette considération est selon moi la plus importante de toutes, car on a encore souvent tendance à exclure les citoyens de tout point de vue lorsqu'il est question de choisir ce qui serait le mieux comme services de santé et comme services sociaux<sup>1</sup>. Lorsqu'on lit une étude évaluative d'une technologie de la santé et de

la prévention, il faut se demander si l'usager est vu comme un objet sur lequel la technologie s'applique ou comme un sujet étant en mesure de donner son appréciation de cette technologie. Je ne rejette pas les études objectivistes qui ne feront appel qu'à l'usager comme objet, mais je prétends qu'il est plus que nécessaire de compléter l'information en leur demandant leur propre appréciation subjective de la nouvelle technologie. Après tout c'est à eux que s'adressera celle-ci.

Lorsque j'ai écrit le titre de ce court article, j'ai volontairement fait un clin d'œil à Habermas; un philosophe critique allemand, qui a écrit en 1973, que la science et la technologie pouvaient elles aussi être considérées comme une idéologie servant un objectif bien précis. Ce ne sont plus les théories critiques qui ont « la cote » aujourd'hui. Il semble que ce soit davantage les théories objectivistes qui remportent la palme de l'évaluation (ce que l'on nomme un peu rapidement les « evidence based »). Pourtant, je serais d'avis qu'il faudrait garder notre sens critique en regard à ce que l'évaluation des pratiques peut

réellement nous apporter. Je reste foncièrement, et je tente de le transmettre à mes étudiants, une personne qui croit qu'il faut adopter la position du doute méthodique de la conception de l'évaluation à sa lecture. Évaluer une technologie en santé ne peut que nous offrir l'occasion de faire le point sur une nouvelle pratique et de cumuler des données « probantes » sur celle-ci, mais il faut rester critique, comme Habermas le propose, et ne pas faire dire à ces données plus qu'elles ne le disent réellement et penser à tout ce qui manque comme informations complémentaires.

Habermas, Jürgen (1973), *La technique et la science comme idéologie*, Paris : Denoël/Gonthier, 211 pages.

Tourigny, M. et Dagenais, C. (2005), « Introduction à la recherche évaluative », in Bouchard, S., Cyr, C. (dir) et collaborateurs, *La recherche psychosociale, Pour harmoniser recherche et pratique*, 2e édition, chapitre 11, Presse de l'université du Québec, St-Foy, 666 pages.

<sup>1</sup> En effet, le savoir professionnel semble être celui qui domine toujours lors des débats en santé. Peu de place est faite aux usagers dans la gestion et l'administration des systèmes de soins et de services, comme s'ils n'étaient en fait que les objets sur lesquels ces soins et ces services s'appliquaient.

... la suite par Benoit Gareau

# Nice !

Plusieurs organisations utilisent les contenus cliniques et les approches de gestion développés par le NICE et décrites sous forme de guide clinique. Avec ces informations, les gestionnaires et les professionnels des organisations du système de santé ont la possibilité de balancer les objectifs de standardisation et d'établissement des priorités avec d'autres priorités de gestion afin d'orienter efficacement les organisations.

### Réflexion sur le NICE

Nous savons que le manque de clarté sur les stratégies et les connaissances permet aux dirigeants d'éviter de prendre des décisions difficiles. Des institutions doivent être développées pour tenir compte des arguments avancés par les experts dans le domaine de la santé afin d'analyser les coûts/efficacité et impliquer la communauté dans l'établissement des priorités. L'établissement des priorités et la standardisation

des pratiques sont des éléments qui permettent d'orienter les organisations de santé vers la performance organisationnelle. Avec ces stratégies, le gouvernement peut encourager les meilleures pratiques, évaluer les meilleurs traitements et s'assurer de l'efficacité des nouvelles technologies. Le modèle britannique avec des politiques dirigées vers le développement des connaissances et des compétences développe des façons de faire et un plus grand engouement pour la recherche et des résultats probants. Avec des agences comme le NICE, le NHS veut connaître, comprendre et diriger les efforts et les progrès scientifiques vers l'excellence.

L'atteinte d'un haut niveau de qualité, de cohérence et de prévisibilité doit être la norme dans les prises de décision. Les systèmes de santé qui vont être guidés correctement et objectivement, seront ceux qui auront développés

des processus efficaces pour établir les priorités et standardiser les meilleures pratiques.

Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal*, disait en juillet 2004, que le NICE était à la conquête du monde et qu'il pouvait devenir une des plus grande exportation culturelle de Grande Bretagne comme Shakespeare, la physique Newtonienne, les Beatles, Harry Potter et les Teletubbies<sup>4</sup>. D'aucuns diraient qu'il exagère, mais l'énormité de cette affirmation quoique farfelue peut nous laisser songeur. Le NICE a certainement changé les façons d'établir les priorités, mais jusqu'à quel point. Les problématiques que vivent la Grande Bretagne sont semblables aux nôtres, quelles institutions voulons-nous pour établir les priorités, comment devons-nous mieux organiser ces activités, pouvons-nous nous inspirer de l'expérience du NICE, ces réflexions font partie des questionnements que nous devons avoir si nous voulons moderniser notre système de santé et aller de l'avant..

<sup>1</sup> Miners AH, Garau M, Fidan D, Fischer AJ. Comparing estimates of cost effectiveness submitted to the National Institute for Clinical Excellence (NICE) by different organizations: retrospective study. *BMJ*, 330: 65-69, 2004

<sup>2</sup> Als-Nielsen B, Chen W, Gluud C, Kjaergard LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events. *JAMA*, 290: 921-928, 2003.

<sup>3</sup> Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasoning rationing. International experience of priority setting in health care*. Open University Press, Maidenhead.

<sup>4</sup> Smith R. *The triumph of the NICE*. *BMJ*, 329: 1136-1137, 2004.



## Pour l'amour des vieux, pas de privé en santé

• • • la suite par Réjean Hébert

En diminuant les frais de gestion ? La gestion de la santé est en fait plus chère dans le privé que dans le public. Les frais administratifs comptent pour 31% des dépenses de santé aux États-Unis alors qu'ils ne représentent que 16% au Canada. La venue de nombreux acteurs dans le financement complexifie la gestion des établissements qui doivent interagir avec plusieurs financeurs, sans compter les frais de gestions des assureurs privés. Reste les compromis sur la qualité et les clients ne seront pas dupes longtemps. Non, le financement privé, même partiel ne sauvera pas des coûts mais détournera des fonds vers les entreprises multinationales qui gèrent des assurances santé et attendent avec impatience l'ouverture de notre marché.

Le système public de santé est la meilleure arme pour faire face au vieillissement de la population. Les vieux et les malades chroniques ne sont pas des clients intéressants pour les assurances privées qui se concentreront plutôt sur les populations jeunes et en santé. Résultat : les bénéficiaires pour le privé et les coûts pour le public. Pire, la venue d'un système parallèle verra une partie du personnel et des professionnels migrer vers le système privé, ce qui amplifiera d'autant la pénurie actuelle et anticipée. On prévoit en effet un déficit de plus de 16 000 infirmiers et infirmières au Québec en 2020, des pénuries

réadaptation. Côté médecins, même avec le doublement des admissions dans les quatre facultés québécoises, les pénuries actuelles au mieux se maintiendront pour les vingt prochaines années. Certains prétendent qu'un système privé parallèle permettrait aux médecins de maintenir leur pratique publique et d'ajouter en plus une pratique dans le privé. Faux. La tendance générationnelle des vingt dernières années montre que les jeunes médecins consacrent de moins en moins d'heures à la pratique professionnelle et privilégient plutôt un meilleur équilibre avec la vie personnelle et familiale, d'où l'erreur d'ailleurs des prévisions de main-d'œuvre des années quatre-vingts.

On invoque souvent la capacité de payer des plus riches pour leur permettre de contracter des services privés. Alors, pourquoi pas investir plutôt dans le public, dans un système plus efficient et efficace ? Le problème, c'est qu'ils sont prêts à payer plus pour la santé mais pas à contribuer davantage à l'impôt. La solution : un financement de la santé dans une caisse spécifique séparé du fonds consolidé de la province. Comme c'est le cas pour l'assurance auto, la Régie des rentes ou l'assurance-emploi. Une caisse où on pourrait capitaliser pour le futur en assurant une équité intergénérationnelle. Une caisse à contribution ajustée selon le niveau de richesse et non de

santé, et ce sans échappatoires, abris ou crédits fiscaux. Une caisse où les fumeurs et sédentaires pourraient avoir une surprime pour compenser le risque associé à leurs mauvaises habitudes de vie. Une caisse pour tous, sans ségrégation, contrairement à la caisse vieillesse (ou autonomie, c'est pareil) proposée par les rapports Clair et Ménard. Une caisse où on réclamerait les coûts nécessaires pour assurer l'accès à des services de qualité pour tous. Une caisse où la majorité de la population accepterait volontiers d'investir afin de conserver un système de santé public, efficace et performant.

En somme, notre système de santé public et universel est le meilleur outil pour faire face au vieillissement attendu de la population. Il permet d'ajuster plus facilement l'offre de services aux besoins des personnes âgées victimes de maladies chroniques par l'intégration des services, de la première ligne aux soins spécialisés. Il permet de mieux faire face aux pénuries actuelles et anticipées de personnels et professionnels. Il faut cependant y investir davantage et la majorité de la population y est prêt à condition que ce financement soit spécifique.

Pour l'amour des vieux, gardons notre système de santé public et résistons à l'invasion du privé.

## Les technologies de la santé dans notre système de santé

• • • la suite par Pascale Lehoux

**En conclusion, quel futur voyez-vous pour les technologies de la santé dans notre système de soins ?**

Il est clair qu'il y a deux dynamiques qui sont définies en opposition dans le système de soins. D'une part, il y a un flot constant d'innovations, et d'un autre part, une enveloppe budgétaire fermée. Dans cette perspective, on a fait avancer l'idée que l'on doit faire des choix en se posant les questions : « Est-ce que cette technologie est abordable ? Est-elle efficace ? Combien coûte-t-elle ? Rapporte-t-elle sur le plan clinique ? ». Un des dangers que je redoute est que lorsqu'on se concentre sur la question de l'efficacité et des coûts, on risque de dériver sur la question de qui pourra se les payer. Ce sont des choses qu'on voit très bien aux États-Unis, mais aussi dans d'autres systèmes de soins. On

plaide en faveur de mettre le consommateur au centre des décisions, mais ce consommateur est très peu outillé pour choisir ce dont il a besoin ou non dans ce domaine. En présentant la technologie comme une ressource rare qui doit être rationnée, on risque de susciter de la grogne et faire en sorte que les individus vont vouloir eux-mêmes effectuer ce choix et vouloir la payer s'ils le peuvent. Ce qui est important, c'est de dépasser la question du caractère abordable des technologies pour comprendre ce qui est désirable sur un plan de société. Ce qui est désirable, ce n'est pas seulement ce qu'on peut se payer ou non, mais aussi ce qui rencontre des besoins de santé, ce qui permet une distribution équitable des ressources dans la société et finalement, des technologies qui sont conçues d'une façon intelligente, qui s'insèrent bien dans notre système de soins.

*Pascal Lehoux, Ph.D. est titulaire d'une Chaire de recherche du Canada sur l'innovation dans le domaine de la santé (2005-2010). Ses intérêts principaux de recherche traitent de l'évaluation des technologies de la santé, de la sociologie de l'innovation et de l'utilisation des connaissances. Elle a publié plus de 40 articles examinant l'utilisation des dossiers patients électronique, la télémédecine, la connaissance scientifique, l'équipement de soins à domicile et les unités satellites de dialyse. Elle est la directrice canadienne du programme de la maîtrise internationale en évaluation et gestion des technologies de la santé, qui comprend sept universités et cinq agences d'évaluation des technologies de la santé au Canada et en Europe. Elle est membre du Conseil de l'Association canadienne de la recherche sur les services de santé et les politiques. Elle a récemment été nommée rédactrice associée de la revue Healthcare Policy.*



## Suggestion de site internet sur l'évaluation des technologies en santé

\_Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé  
[www.aetmis.gouv.qc.ca](http://www.aetmis.gouv.qc.ca)

\_National Institute of Clinical Excellence  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

## Mission du Groupe Espace Santé

Le **groupe Espace Santé** a pour objectif de favoriser le développement d'une conscience politique chez les acteurs du réseau de la santé, par le transfert des connaissances et la mise en commun des expériences de chacun. Créé en mars 2003 par l'**Association des Jeunes Médecins du Québec (AJMQ)** et **Force Jeunesse**, en collaboration avec le **Comité Jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)**, **Espace Santé** veille à favoriser le « réseautage » de personnes intéressées à l'amélioration des soins et services de santé au Québec. Ce réseau se veut imprégné de trois principales orientations, soit la coopération interdisciplinaire, le partenariat avec les citoyens et la modernisation du système de santé. Pour ce faire, vous, et tout autre personne intéressée au domaine de la santé, êtes conviés à des **5 à 7 conférences** et à d'éventuels groupes de discussion, afin d'envisager des avenues assurant le mieux-être des soignants, des soignés et des organisations de santé. La création d'**Espace Santé** est un événement d'envergure auquel nous vous invitons à participer. Joignez-vous à nous pour créer quelque chose de nouveau, quelque chose de vrai, quelque chose qui vient de vous : **un Espace pour la Santé !**

## Comité Espace Santé

L'organisation des activités Espace Santé repose sur l'implication bénévole des membres du comité organisateur. La majorité sont de jeunes professionnels de la santé issus de différents milieux, alors que d'autres s'impliquent à titre de citoyen. Notons aussi que plusieurs poursuivent une formation aux cycles supérieurs et sont actifs dans les milieux de la recherche, comme dans ceux de la pratique :

**Louis Aucoin**, M.A.P., Conseiller principal en stratégie;

**Linda Cazale**, Ph.D. (Santé publique, orientation gestion des services de santé), Chercheuse post-doctorale à l'Hôpital Charles LeMoine, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke;

**Benoit Gareau**, Dentiste en cabinet privé, Étudiant à la M.Sc. en Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal;

**Karine Gimig**, B.Sc., Infirmière à l'Hôpital de Montréal pour Enfant;

**Olivier Giroux**, Physiothérapeute, superviseur clinique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à la Clinique Physio Extra;

**Stéphane Grenier**, M.A., Travailleur social, Candidat au Ph.D. en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, professeur régulier en travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue;

**Christine Guérette**, B. Sc., MBA, Coordonnatrice clinique et de recherche;

**Valérie Martin**, M.Sc., CHU Sainte-Justine, Évaluation des technologies de la santé;

**Nadia Perreault**, B.Sc.N., Infirmière à L'Hôpital de Montréal pour Enfants ;

**Johanne Rioux**, Médecin psychiatre à l'Hôpital Charles LeMoine, Représentante de l'AJMQ;

**Geneviève Roch**, M.Sc., Infirmière, Candidate au Ph.D. en sciences infirmières profil ASI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Centre FERASI en partenariat avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Représentante du Comité Jeunesse de l'OIIQ;

**Gilbert Rodrigue**, M.Sc., Représentant de Force Jeunesse.

