



S'ÉPOUMONER POUR LA TB

par Geneviève Bois, SCOGH UdeM

Le 24 mars, c'était la Journée mondiale de la tuberculose. Il convient alors de se questionner sur les avancées faites dans ce domaine après plus de 50 ans d'antibiothérapie.

L'incidence diminue-t-elle? À environ 1% par année, il n'y a pas de quoi se réjouir exagérément. Des patients attendent-ils toujours un traitement? Un constat tragique s'impose. N'y a-t'il pas eu de découverte majeure depuis un demi-siècle? Presque aucune. Avec 160 millions de dollars américains investis par année pour lutter contre la TB (8 sous par patient infecté), ce n'est guère étonnant. Bon nombre de pays demeurent-ils encore en rupture de

stock d'antibiotiques chaque année? Oui et c'est avec les conséquences désastreuses que cela a sur les patients.

Et pourtant le temps file. Un décès, chaque 15 secondes. Mais aussi une multiplication des cas de tuberculose multirésistante. Le temps file et l'avancée est trop lente, mais l'information, elle, voyage vite. De plus en plus, de gens savent que les antibiotiques ne coûtent que trois fois rien, que des traitements de deuxième ligne existent en présence de résistance, que s'ils n'ont accès à rien, c'est souvent parce que leur vie, réglée politiquement, n'est pas considérée comme en valant le coût. Le coût par patient sauvé d'un

programme de tuberculose en Haïti? 55\$.

Dans votre vie, que se passe-t-il en 15 secondes? Certainement pas un décès évitable. Chaque 15 secondes, un être humain décède d'une maladie que l'on peut prévenir, que l'on peut traiter et qui, l'on pourrait se dire, devrait être éradiquée. Est-ce acceptable que cette maladie continue de tuer plus de 2 millions de personnes par année, et encore, les chiffres sont sous-estimés, et qui en infecte plus de 9 millions pendant la même période de temps? Certainement pas. Que le tiers des hommes, des femmes et des enfants portent encore le bacille? Non plus.

Suite p. 2

Peut-être que l'on devrait se dire que, non, notre temps à beau être précieux, notre vie ne menace pas de disparaître toutes les 15 secondes. Après tout, l'on n'a pas à se battre pour survivre, pour que nos familles mangent à leur faim et pour se défendre contre des maladies infectieuses. On n'a pas à se soucier que demain sa mère ou son frère développe une TB et de ne pas avoir les moyens de payer le traitement. Que l'infection devienne résistante parce que l'on ne peut pas se payer le traitement tous les mois, que cela devienne une MDR-TB, une tuberculose multirésistante. Peut-être devrait-on se rappeler que les centaines de milliers de cas de tuberculose multirésistante sont causés par notre propre incapacité à bien traiter les patients.

Un grand médecin a un jour dit : « la maladie n'est que l'expression biologique d'une condition largement socio-économique ». Cette inégalité criante en santé, qui fait que certains sont à risque et

d'autres non, que certaines auront accès au traitement et d'autres non, n'est que le reflet d'inégalités, toutes aussi criantes, socio-économiques celles-là. Et en plus de 50 ans d'antibiothérapie, la tuberculose n'a peut-être pas massivement reculé, mais dans la même période de temps, les inégalités socio-économiques, elles, n'ont fait que se creuser.

Et lorsque l'on parle du rôle des médecins, des infirmiers, des intervenants en santé, des administrateurs de la santé, de tout un chacun dans cette épidémie qui n'en finit plus, peut-être faut-il penser à ceci : nous avons peut-être l'honneur d'avoir un peu de temps, mais aussi la chance d'avoir une voix. L'on peut parler, et crier. Nous avons reçu ce droit de parole qui pourtant devrait être celui de tous. Et il serait bien utopique de croire que tous en ce monde ont une voix égale ou une voix tout court. Car nous vivons dans un monde où subsiste le sexisme, et l'on y a volé

la voix des femmes. Nous vivons dans un monde d'élitisme rampant, et l'on y a volé la voix des pauvres. Alors lorsque nous parlons tous, toujours et parfois pour ne rien dire, nous devrions nous souvenir que nous parlons que nous le voulions ou non au nom de ceux qui n'ont pas de voix.

Devant une situation telle que celle de la tuberculose dans le monde, la chose sensée à faire, c'est de crier, de crier de toutes ses forces que ça n'a aucun sens, que ça ne peut pas durer, que l'on doit faire de la recherche, investir massivement pour traiter les cas existants, quintupler la prévention, s'attaquer à l'épidémie de tuberculose résistante... Et que nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir, non seulement pour leur rendre la voix à ceux qui ne l'ont plus, mais aussi pour porter le son des maux qui les afflige auprès de ceux qui ont des oreilles.

Dans ce NUMÉRO

S'époumoner pour la TB, p1

Un comité endiable, p2

Dénoncer et agir: Le commerce et la santé mondiale, p3

Le privé en santé ici et ailleurs, p3

Médecins ici et là-bas: Une entrevue avec le docteur Selim Rashed, p4

Dans la brume des tropiques, p6

À Montréal comme à Genève, p7

UN COMITÉ ENDIABLÉ!

par Marie Goyette, SCOGH UdeM

Mis sur pied en 2007 seulement, principalement par Stéphanie Forté, le Comité de santé mondiale d'IFMSA-Québec, a le vent dans les voiles. Ce tout nouveau comité, d'abord lancé à l'Université de Montréal, a maintenant une coordonnatrice dans chacun des quatre campus de médecine du Québec. À l'Université de Montréal, le Comité est composé d'une vingtaine de membres motivés, le tout mené par une coordonnatrice hors du commun, Geneviève Bois.

Le Comité de santé mondiale n'a d'ailleurs pas attendu la fin de sa deuxième année d'existence pour se faire connaître par de multiples activités toutes plus palpitantes les unes que les autres!

Des activités de sensibilisation et d'éducation ont eu lieu à l'université même dès l'automne, avec une conférence sur la santé maternelle tenue par l'excellente conférencière et spécialiste dans ce domaine, Marie Hatem. À l'hiver, elles se sont succédé sans relâche! Il y eut tout d'abord une soirée « ciné-SCOGH » sur la santé et l'environnement. Le SCOGH s'est ensuite associé à la simulation de l'OMS, MonWHO, qui se déroulait pendant trois jours à Montréal, réunissant plus de 140 délégués. La coordonnatrice nationale et fondatrice du SCOGH, Stéphanie Forté, était d'ailleurs présidente de MonWHO.

Suite p. 5

DÉNONCER ET AGIR:

Le commerce et la santé mondiale

Par Anthony Gifuni, Éditeur

Le Bulletin de santé mondiale refait apparition cette année, après un départ timide et limité à un format purement électronique. Le voici qui prend son envol dans ces pages, porté par toute la vigueur des activités menées cette année en santé mondiale au sein d'IFMSA-Québec. S'adressant à tous, le BSM porte une attention particulière à informer le lecteur. En santé mondiale, l'information factuelle peut rapidement devenir révoltante. Les inégalités sont criantes et nous devons crier.

Dénoncer l'injustice est le premier pas. Dénoncer un passé et le présent qui en a résulté. Dénoncer même le futur, car les injustices présentes et passées tendent fatalement à se reproduire! Maladie, pauvreté, violations des droits fondamentaux sont autant d'injustices qui forment un grand cercle vicieux. En réclamant un meilleur futur, on devient conscient de notre rôle à jouer dans le monde de demain. L'action doit suivre notre conscientisation.

Le but de ce bulletin est donc à la fois de conscientiser, parfois de révolter, mais surtout de questionner. Et si vous prêtez attentivement votre oreille à la souffrance de ce monde, peut-être vous surprendrez-vous à agir et à dénoncer d'une même voix les iniquités de ce monde.

Si un sujet mérite qu'on s'y conscientise en raison de son impact sur la santé, il s'agit bien de la mondialisation, principalement le commerce international et les règles qui le régissent.

La profonde relation qui unit la mondialisation des marchés et la santé fait l'objet d'une série d'articles publiés cette année dans la réputée revue *Lancet*. Les intérêts économiques, soumis à des impératifs politiques des grandes puissances nationales, priment trop souvent sur les préoccupations de santé publique. Si plusieurs économies, comme la Chine ou l'Inde s'enrichissent globalement grâce à l'ouverture des marchés, de grandes inégalités sociales subsistent.

Il importe que le secteur de la santé accorde une attention accrue aux conséquences des accords commerciaux internationaux, dont la portée rejoint les régions rurales d'Afrique les plus reculées jusqu'à la structure des systèmes de santé des pays riches. La question de l'équilibre des intérêts économiques et de santé ne s'est jamais aussi bien articulée qu'avec les discussions entourant l'accès aux médicaments essentiels. En vertu des accords du TRIPS (Entente internationale sur la protection de la propriété intellectuelle), les pays membres de l'OMC se doivent de respecter le monopole temporaire accordé aux détenteurs des brevets des produits pharmaceutiques.

L'exclusivité de la production des médicaments se prolonge théoriquement sur vingt ans, au grand dam des pays les plus pauvres qui ne peuvent se procurer les médicaments les plus coûteux, même s'ils sont les plus efficaces. La ronde de discussion de Doha en 2004 a permis de rajouter des « flexibilités » aux règles qui assujettissent l'accès aux médicaments, notamment la possibilité de produire ou d'importer des versions génériques d'un médicament. Cependant, l'application pourtant légale de ces mesures demeure restreinte par des pressions politiques indues, comme l'a montré la controverse entourant l'usage d'antiviraux génériques en Thaïlande.

Suite p. 5

LE PRIVÉ EN SANTÉ ICI ET AILLEURS

Par Éric Goudie,
SCOGH-UdeM

Au Québec et au Canada, le discours de la place du privé dans les soins de santé est omniprésent et suscite beaucoup d'intérêt de la part de la population, des gouvernements et du domaine médical. Alors qu'ici nous devons déterminer, au cours des prochaines années, la part que nous voulons laisser au secteur privé dans les soins de santé, les pays en développement devront eux aussi considérer cette question, même si les problèmes de santé auxquels ils font face sont tout à fait différents.

Le financement de notre système de santé est sans aucun doute une des questions qui revient le plus souvent. Les défenseurs du secteur privé soutiennent que s'il y avait plus d'ouverture à ce secteur, il y aurait une augmentation du financement, ce qui pourrait augmenter l'offre et l'accès aux soins. Or, la part des dépenses privées en santé au Canada (30% en 2005) et au Québec (28% en 2005) est plus élevée que dans la majorité des autres pays industrialisés. Seulement les États-Unis (53,3% en 2005) et la Suisse ont une part de financement privé supérieure. De plus, ces deux pays sont les endroits où la croissance des coûts des soins de santé a été la plus importante. Alors, avant de simplifier la situation à plus de privé veut dire plus d'argent, il serait plus sage de réellement évaluer à quel point ceci aiderait à augmenter l'offre de services en considérant

Suite p. 8

MÉDECIN ICI ET LÀ-BAS?

Entrevue avec le
Dr Selim Rashed

Par Sarah Brabant, SCOGH-UdeM

C'est lors d'un joli dimanche tout printanier que je me suis rendue, pimpante, au domicile du Dr. Rashed. Arborant un air paisible et vêtu de sa plus jolie chemise africaine, il a bien voulu répondre à mes questions.

Pour les néophytes, le Dr. Rashed travaille à la clinique de pédiatrie transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. C'est une clinique implantée à même le service de pédiatrie générale de l'hôpital et qui vise la prise en charge des familles immigrantes afin d'intervenir auprès de l'enfant en le considérant dans sa globalité corporelle, affective et culturelle. De plus, il dirige chaque année une clinique mobile de dépistage de la tuberculose dans les écoles primaires de Montréal dans des zones où l'immigration massive et récente est importante. Pédiatre de formation, il s'est spécialisé en médecine tropicale à l'Institut de médecine tropicale Prince Léopold d'Anvers en Belgique lors de sa résidence. Il enseigne depuis maintenant près de 11 ans à l'Université de Montréal un cours de médecine tropicale et a également écrit un manuel intitulé Médecine tropicale, santé internationale et santé de l'enfant immigrant.

BSM : Parlez-moi de votre parcours, qu'est-ce qui a éveillé en vous votre passion pour le travail de coopérant?

SR : D'abord, aller travailler à l'étranger comme médecin est quelque chose qui m'a toujours intéressé : avoir la possibilité de rallier le travail en santé publique (promotion de bonnes habitudes de vie) à un côté plus clinique, plus pratique (possibilité de poser des gestes concrets importants pour la santé). Mes premières démarches pour faire un stage à l'étranger remontent à l'époque de mon externat. Ce n'était pas une chose très commune à l'époque et par conséquent peu accessible. Ma première destination fut ainsi le Rwanda, pour une durée de quatre mois. J'ai alors eu la chance de baigner dans le milieu de la pédiatrie, de l'obstétrique, mais aussi de travailler pour une campagne de vaccination. J'ai ensuite eu l'opportunité d'y retourner plus tard pendant ma résidence en compagnie du Dr. Fisch



Le Dr Rashed à Paris

dans le cadre d'un projet de recherche voulant mesurer l'impact de la culture du riz sur la santé des populations.

Une fois diplômé, je suis parti avec ma femme travailler 3 ans au Rwanda. J'ai alors surtout travaillé à l'amélioration d'une région sanitaire par la mise sur pied d'un comité de santé composé d'intervenants et de gens de la communauté. Le but était alors d'établir un plan d'action avec

et pour les communautés de la région: une campagne de vaccination, un plan d'amélioration des conditions agricoles, un plan de lutte contre la malnutrition.

À mon retour au Québec, je me suis ensuite investi dans la mise sur pied de solutions pour la prévention de la malaria, entre autres choses par la promotion de moustiquaires imprégnées. Je suis donc reparti pour le Bénin en 1992 pour faire la promotion des moustiquaires, mais surtout pour faire de la recherche participative auprès des femmes des communautés afin de trouver des moyens pour que la moustiquaire soit un objet adapté aux besoins et aux goûts des régions ciblées.

Par la suite, je me suis investi dans divers projets, notamment un autre projet de lutte contre le sida en collaboration avec l'ACDI (Agence canadienne de développement international) qui m'amena à travailler en Haïti ainsi que dans pays de l'Afrique de l'Ouest entre 2000 et 2007.

BSM : Comment êtes-vous arrivé à concilier votre travail de médecin coopérant à l'étranger et votre travail de pédiatre ici au Québec?

SR : D'abord, je dois avouer que j'ai eu de la chance de pouvoir négocier avec mon employeur pour avoir la possibilité de maintenir un poste permanent comme pédiatre dans un hôpital ici tout en ayant l'opportunité de quitter le pays quelques mois par année pour mener à bien mes projets comme coopérant. Normalement, par souci d'équité entre les médecins d'un même département, pour qu'il y ait une juste répartition des tâches et des congés, ce n'est pas quelque chose qui enchante beaucoup les patrons que de laisser ainsi filer leurs médecins. J'ai donc eu de la chance de pouvoir ainsi négocier mon horaire annuel.

(MÉDECIN ICI ET LÀ-BAS...suite de la p.4)

Ensuite, il ne faut pas négliger la réalité familiale. En effet, conjuguer sa réalité familiale (avoir quatre enfants) et le fait de devoir partir deux fois par an pour une durée de quelques mois n'est point une chose aisée. Elle nécessite non seulement une complicité hors pair avec son conjoint, mais aussi une conjointe extraordinaire!

Enfin, j'ai l'impression d'être arrivé à concilier ces deux types de pratiques en me créant ici un emploi qui correspondait à mes intérêts, mes passions. Travailler au dépistage de maladies tropicales ici auprès des nouveaux arrivants et le travail en clinique transculturel sont également des choses que je considère un peu de plus. Il est en effet fort essentiel et fort stimulant de pouvoir travailler avec des familles immigrantes et de tenter de créer un modèle explicatif

de la maladie en considérant le phénomène de migration (le vécu de la famille face à cette réalité d'avoir immigré), les croyances et les coutumes. Tout cela pour en arriver à un terrain d'entente quant au traitement qui sera alors plus adapté au contexte du patient et surtout mieux compris par ce dernier et sa famille. J'aime bien pouvoir conjuguer le travail en santé publique au travail clinique. Je crois que je n'aurais pas pu faire seulement du travail de santé publique par exemple. C'est aussi le fait de travailler de façon régulière comme clinicien qui te donne une sorte de crédibilité sur le terrain pour aller promouvoir des habitudes de vies allant dans le sens de la santé globale.

BSM : Qu'est-ce qui vous a amené vers l'écriture de votre livre ?

SR : En fait, ce sont surtout mes étudiants qui furent les premiers à me donner l'idée d'écrire un livre à partir de mes notes de cours. Cela a donc pris cinq années de travail avant d'en arriver à quelque chose de tangible. Le défi de l'écriture et de la publication de ce livre de médecine tropicale fut de créer un ouvrage qui serait à la fois utile aux étudiants, mais également aux intervenants sur le terrain. Aussi, il était important pour moi que ce livre soit accessible et abordable (à l'instar de bien des ouvrages médicaux qui sont hautement dispendieux). J'ai donc créé une maison d'édition dans le but de pouvoir contrôler tous les paramètres de production : quantité tirée, prix, traduction, etc. Je suis en ce moment sur un projet de traduction en portugais pour les pays lusophones d'Afrique. Une version anglaise suivra probablement sous peu.

(UN COMITÉ ENDIABLÉ...suite de la p.2)

Le Comité de santé mondiale a ensuite organisé une campagne de sensibilisation sur la tuberculose sous le slogan « Pour un second souffle », incluant un sympathique 5 à 7 pour son lancement, la vente de chandails à l'image de la campagne dont une partie des profits est versée à Partners in Health, une ONG qui lutte contre cette maladie, ainsi qu'une activité de sensibilisation lors de la Journée mondiale de la tuberculose. Ce jour-là, les étudiants sont entrés dans leur pavillon où les attendait de nombreuses pancartes et une armée de valeureux SCOGHiens, levée à l'aurore, qui leurs offraient des masques ornés du slogan « STOP TB! » à porter en soutien. La programmation délirante se poursuivant par la suite par la toute première édition de la « Journée de la santé mondiale », avec une quinzaine de conférenciers de haut calibre et plus de 130 inscrits! Le SCOGH a d'ailleurs contribué à l'organisation du Congrès d'IFMSA-

Québec pour en faire une fin de semaine remarquable en joignant la Journée de la santé mondiale et le Congrès.

Le SCOGH rayonne aussi à l'extérieur de l'université! Plusieurs de ses membres ont en effet collaboré et participé à MonWHO, outre le travail incroyable réalisé par Stéphanie Forté. Cette simulation avait cette année pour thème « la santé environnementale : l'accès à l'eau et crise alimentaire mondiale ». Il a aussi organisé une sortie ouverte à la population étudiante pour participer à la conférence annuelle « Unite for Sight » ayant lieu à la prestigieuse université Yale. Plus de vingt étudiants s'y rendront donc en avril. Cette conférence d'une fin de semaine entière accueille annuellement de nombreux conférenciers de renom international dans le domaine de la santé mondiale! Sortir du pays n'est décidément rien de trop pour le

SCOGH! De plus, le Comité aura une délégation à la conférence du Global Health Consortium, à Seattle. Il a même été représenté par la coordonnatrice locale de l'Université de Montréal à la rencontre panaméricaine d'IFMSA... au Panama!

Avec sa liste de diffusion, son tout nouveau logo, sa bannière et ses chandails à son effigie, parions que vous ne pourrez que remarquer le SCOGH dans ses nombreuses années à venir, et que vous ne pourrez vous empêcher de bondir de joie à chacune de ses activités!



La convergence des intérêts commerciaux et ceux de la santé se matérialisent aussi dans les liens unissant la production agricole et les problèmes de malnutrition



mondiale. C'est sans compter les nombreuses conséquences indirectes du commerce international, comme la pollution, les conditions de travail parfois dégradantes et dangereuses

et le maintien des inégalités sociales. La prise en compte de toutes ces répercussions est complexe, mais nécessaire afin d'atteindre une cohérence entre nos objectifs de santé et ceux de développement économique.

L'impact de ces accords commerciaux sur notre système de santé publique est souvent oublié. En effet, les acteurs privés voient

d'un mauvais œil le monopole public de la dispensation des soins de santé, qui contreviendrait aux règles de libre-échange caractérisant les autres secteurs de l'économie. Si les conséquences légales de cet accord n'ont pas eu encore d'effet, il faudra demeurer à l'affût afin d'en mesurer l'impact à long terme.

Surveillez nos prochaines éditions pour assouvir votre soif d'en connaître plus en santé mondiale et trouver de nouvelles façon de vous impliquer!

Dans la brume des tropiques

par Geneviève Bois,

SCOGH-UdeM

On les qualifie de tropicales, même si elles sont plus liées à la pauvreté et aux politiques de santé publique déficientes qu'à la latitude et la longitude... On dit aussi qu'elles sont négligées, et ça, elles le sont bien. Les maladies tropicales négligées affectent plus d'un milliard de personnes, et pourtant moins de 1% des médicaments homologués en 25 ans étaient destinés à cette catégorie.

Cela n'a théoriquement rien d'étonnant : la recherche se fait là où l'argent est et là où il y a de l'argent ces maladies ont été rayées de la carte, ou sont tombées dans l'oubli. Il est difficile de justifier éthiquement comment on peut laisser tomber dans l'oubli le sixième de l'humanité, mais pourtant c'est le monde dans lequel on vit, et force est de constater qu'en matière de déni de la situation de ses congénères, l'Homme est un grand champion. Vous aviez déjà entendu parler de la maladie de Chagas, de

la leishmaniose, de la dengue, de la dracunculose, de l'onchocercose, de la trypanosomiase africaine? Ne vous inquiétez pas, vous n'êtes pas seul.

Cela nous force à se questionner sur ce qui provoque l'oubli du reste du monde : la pauvreté? L'exclusion? La marginalité? Toutes ces réponses? Visiblement. Et si l'on est parmi les grands oubliés, l'on ne vaut pas beaucoup d'investissements. L'attention médiatique est scientifique suit tristement l'attention politique et économique : inversement proportionnelle au statut socio-économique. Que valent les vies de ceux qu'on exploite?

Globalement, l'on encourage la recherche : chercher et trouver, voilà la solution. On trouvera la solution au VIH/SIDA et puis au cancer et, bien sûr... Or, quelle attention est mise sur s'assurer que les fruits de cette recherche, de la connaissance humaine acquise, soient partagés? À quoi cela sert-il de découvrir toutes les molécules possibles si elles ne se rendent pas à ceux qui peuvent en bénéficier? Peut-être sommes nous à une croisée des chemins, ou devrions-nous sentir que nous le sommes : si la médecine est vraiment pour le bien de tous, il est

impératif que les orientations de recherche soient guidées par le fardeau de la maladie et de la souffrance et non pas par le poids politique, conditionné presque exclusivement par la richesse. Sinon, l'on continuera d'inventer des choses et d'autres et d'en faire bénéficier une infime fraction.

D'ailleurs, chacun ne devrait-il pas croquer sous la honte de savoir que même les découvertes de Pasteur sont encore parfaitement inutiles pour la majorité de la population mondiale?

Sinon, le VIH/SIDA suivra la pente de la tuberculose : une intense activité médiatique tant que les gens riches, ou blancs, ou riches et blancs, en meurent et de moins en moins, avant de sombrer tout doucement dans l'oubli généralisé avant un vaccin efficace et sans amélioration des traitements, souvent toxiques. Le club des maladies dites tropicales et négligées comptera un nouveau membre et des patients mourront avant un diagnostic qui coûte cinq sous. Pendant ce temps, des compagnies pharmaceutiques feront des profits monstres avec des produits contre la calvitie, les rides ou les difficultés érectiles. Dormirez-vous bien?



À Montréal comme à Genève...

par Anne-Sophie Thommeret-Carrière

Que font les étudiants en médecine lors de leur semaine de relâche? Certains en profitent sans doute pour étudier (quelle idée!) ou partir en vacances, mais de plus en plus restent à Montréal pour participer à la simulation de l'OMS, MonWHO, une tendance fort intéressante! Anne-Sophie Thommeret-Carrière a interviewé un participant pour le Bulletin de santé mondiale.

Bulletin de santé mondiale : Alors Mathieu, tu as été un participant à MonWHO?

Mathieu Letourneau : Oui, j'ai été participant pour la première fois lors de cette 3^e édition de MonWHO et c'était tout simplement incroyable.

BSM : MonWHO?

ML : MonWHO pour Montréal World Health Organization simulation, soit la simulation de l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé. La 3^e édition se déroulait du 6 au 8 mars à l'hôtel de Gouverneur.

BSM : Fallait-il être étudiant en médecine pour participer?

ML : Absolument pas! C'était ouvert à tous les étudiants intéressés par le sujet qui, cette année, était l'accès à l'eau et à la nourriture. Il y avait des gens plusieurs programmes, certains du domaine de la santé et d'autres non. Certains venaient de Québec, de Sherbrooke, et même Colombie-Britannique et du Royaume-Uni!

BSM : Avais-tu déjà fait des simulations comme celle des Nations Unies par exemple avant de faire MonWHO?

ML : Non! C'était ma toute première simulation et c'était vraiment organisé dans l'optique de pouvoir être sans expérience de simulations quelconques, et pouvoir participer activement. Je m'explique : chaque participant représente un pays et doit défendre ses intérêts en ce qui concerne l'accès à l'eau et à la nourriture. Nous étions donc séparés au départ en petits groupes, les blocs régionaux. Comme j'étais la République Dominicaine, je me suis retrouvé à discuter avec les pays des Amériques et à tenter d'écrire des résolutions avec eux. Le fait d'être en petite équipe rend la chose beaucoup moins stressante et permet de s'exprimer plus souvent.

BSM : Alors, vous n'êtes donc jamais tout le monde ensemble?

ML : Oui! Une fois les résolutions par groupes régionaux terminées, nous nous réunissons tout le monde ensemble pour présenter notre travail aux autres et c'est là que le plaisir commence! Il faut convaincre le plus de pays possible d'approuver notre résolution et parfois débattre, nuancer et modifier certains points pour obtenir l'accord de tous.

BSM : Très intense! Mais vous n'avez que travaillé sur la question de l'accès à l'eau et à la nourriture durant les trois jours de la simulation?

ML : Absolument pas! Il y avait beaucoup d'autres activités comme des ateliers, des conférences et des moments d'activités sociales pour rencontrer les autres étudiants comme une sortie au St-Sulpice du vendredi soir ou encore un super souper de groupe le samedi au Commensal. Une de nos conférencières était la prestigieuse Maude Barlow, soit la présidente nationale du Conseil des Canadiens. Nous avons eu droit à une allocution extraordinaire! Et j'oubliais presque, il y a également eu une foire aux ONG où tous les étudiants pouvaient présenter leur organisme. J'ai bien entendu tenu avec d'autres étudiants de l'UdeM un kiosque sur le SCOGH et notre campagne sur la tuberculose.

BSM : Le comité de santé mondiale d'IFMSA-Québec! Tu sembles t'être bien amusé, mais que retires-tu exactement de ta participation à cette simulation?

ML : Définitivement. Une meilleure connaissance du mode de fonctionnement de l'OMS, ce qui n'est pas rien étant

donné que c'est l'organisation qui prend la majorité des décisions concernant la santé mondiale. Je trouve qu'en tant que futurs professionnels de la santé, il n'est vraiment pas futile de s'intéresser à la façon dont les décisions sont prises et à la façon de s'impliquer pour faire avancer les choses. En plus, saviez-vous que toutes les résolutions votées à MonWHO sont envoyées à la véritable Organisation mondiale de la santé?

BSM : Vraiment? C'est intéressant! Cela a-t-il un impact?

ML : Absolument! Par exemple une résolution d'une édition antérieure et devenue la politique officielle sur la migration des agents de santé adoptée par IFMSA-Québec, la Fédération canadienne des étudiants en médecine (CFMS) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). Il y a également eu la déclaration des étudiants en médecine sur les soins de santé primaires au 48^e Conseil de direction de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO). Beaucoup de choses positives sortent de cette simulation en plus de toutes les belles rencontres que l'on y fait et de tout le plaisir que l'on y prend!



Simulation de l'OMS, Édition 2009

(LE PRIVÉ EN SANTÉ...suite de la page 3)

qu'un financement à majorité publique aide à limiter l'augmentation des coûts. Ceci est vrai pour le Québec où, malgré le vieillissement de la population, la part des dépenses en santé demeurent relativement stables par rapport au PIB depuis plusieurs années.

Si le financement des soins ne semble pas être aussi problématique que le prétendent certains, la réorganisation de la prestation des soins est nécessaire pour améliorer notre système de santé. Actuellement, les soins sont à la fois fournis par les secteurs public et privé. Serait-il avantageux d'en accorder une plus grande part au privé? Ceux qui croient que oui soutiennent que ceci rendrait les institutions plus

efficaces et permettrait un meilleur contrôle et une réduction des coûts. Toutefois, ceci ne s'est jamais démontré dans les pays où le secteur privé a pris en charge une plus grande part de l'offre de soins qu'ici. D'ailleurs, il est difficile de croire que le secteur privé puisse offrir un même service que le secteur public à un coût moindre considérant qu'il doit dégager des profits pour ses investisseurs et que les taux d'intérêt sont supérieurs pour les investissements qu'ils font. La solution repose plutôt dans la réorganisation des services offerts par le secteur

public. Par exemple, des meilleurs services de première ligne, la mise en place de centre de chirurgie ambulatoire et une gestion plus efficace des listes d'attente sont des voies à explorer et qui ont fait leurs preuves ailleurs.



Adrien Contandriopoulos et Dre Saïdeh Khadir, présent à l'UdeM en janvier.

Il peut donc être tentant de vouloir orienter les solutions vers le secteur privé pour surmonter les défis de notre système de santé, et ce, surtout pour trouver des solutions à coût terme. Cependant, avec une mobilisation de tous, y compris la population, le système public peut continuer à respecter nos valeurs de justice sociale tout en améliorant son efficacité et son efficience.

Dans les pays en développement, la situation est complètement différente. Le secteur privé occupe une place très importante dans la prestation des soins, une situation (exacerbé par les ajustements structurels et l'Initiative de Bamako). Par exemple, en Inde, environ 80 % des soins qui sont fournis ainsi et 60% en Afrique subsaharienne (en fonction de leurs coûts). De plus, les disparités d'accès existent souvent entre les régions rurales et urbaines. De plus, un problème qui persiste dans ces pays est l'hétérogénéité de la qualité des

soins fournis par le secteur privé en raison du manque de contrôle et de régulation de la part des autorités.

Concernant le financement, favoriser le secteur public permet de protéger les individus, surtout ceux à très faible revenu, contre des coûts qu'ils ne peuvent pas supporter. Dans le cas où leur condition médicale les priverait de leur revenu., le manque de protection sociale les empêcherait d'accéder à des soins de santé. Ainsi, malgré plusieurs obstacles, il est plus souhaitable de favoriser l'instauration d'assurance publique plutôt que privée.

Afin d'améliorer les soins et leur accès dans ces pays, il est nécessaire d'orienter le secteur privé déjà existant vers les intérêts de la population. Plus précisément, une meilleure harmonisation des services avec le secteur public serait nécessaire, ainsi qu'une uniformisation des normes. Malgré ces points communs entre les pays en développement, il n'y a pas de solution unique à leurs problèmes en matière de système de soins de santé.

Au final, mentionnons que l'aide internationale a longtemps oublié de contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays pauvres. L'aide se concentre « verticalement » sur certaines maladies (SIDA, malaria, TB) en négligeant la santé globale des individus. Or, les systèmes de santé permettent de coordonner les soins de santé, de façon à prendre à charge de façon cohérente les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, tout comme les problèmes de nutrition ou d'assainissement.

Comité de rédaction

Bulletin de Santé Globale



Anthony Gifuni
Éditeur

Geneviève Bois
Rédactrice-en-chef

Sarah Brabant
SCOGH, UdeM

Marie Goyette
SCOGH, UdeM

Éric Goudie
SCOGH, UdeM

Anne-Sophie Thommeret-
Carrière
SCOGH, UdeM

CONSULTEZ WWW.SCOGH.ORG