Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

RAPPORT

DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

RAPPORT

DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

RAPPORT

DE LA
COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception de la couverture
Verge, Lebel associés

© Gouvernement du Québec
Dépôt légal — 1er trimestre 1988
Bibliothèque nationale de Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08415-6

Le 18 décembre 1987

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Par la présente, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux vous transmet son rapport, conformément au mandat confié par le gouvernement du Québec en juin 1985, confirmé et révisé en janvier 1986.

Nous espérons que ce rapport contribuera à alimenter la réflexion de la population du Québec sur les orientations à prendre afin d'améliorer le système des services de santé et des services sociaux, lequel constitue déjà un acquis important pour le Québec.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Jean Rochon,
Président

Guy Gélineau,
Secrétaire général

Harvey Barkun,
Commissaire

Janine Bernatchez-Simard,
Commissaire

Roger Bertrand,
Commissaire

Jean-Pierre Duplantie,
Commissaire

Norbert Rodrigue,
Commissaire

Table des matières abrégée

Table des matières abrégée VI

Avant-propos IX

Introduction XI

Partie I: Évolution de la société québécoise, des problèmes de santé et des problèmes sociaux 1

Chapitre 1: Le Québec d'aujourd'hui: une société en métamorphose 3

Chapitre 2: L'évolution des problèmes de santé au Québec 41

Chapitre 3: Les problèmes et les besoins en matière de services sociaux 93

Partie II: Évolution des politiques, des structures, des programmes et du financement dans le domaine de la santé et du bien-être 139

Chapitre 1: Les politiques et l'organisation du système des services de santé et des services sociaux 141

Chapitre 2: Le réseau des établissements 163

Chapitre 3: Les ressources humaines 237

Chapitre 4: Les professionnels et leur pratique 259

Chapitre 5: Les organismes communautaires 297

Chapitre 6: Les coûts et le financement 317

Partie III: Bilan et perspectives 393

Chapitre 1: Un système en otage 395

Chapitre 2: Vers une politique de santé et de bien-être 433

Chapitre 3: Des orientations fondamentales pour un système de services 473

Partie IV: Pour une nouvelle dynamique des pouvoirs 493

Chapitre 1: Pour une nouvelle dynamique décisionnelle 495

Chapitre 2: Pour une nouvelle dynamique des services 511

Chapitre 3: Pour une nouvelle dynamique des ressources humaines 545

Chapitre 4: Pour la relance des systèmes d'information et de l'activité d'évaluation 591

Chapitre 5: La recherche et le développement technologique ... 611

Chapitre 6: Le financement des services assurés 639

Chapitre 7: De nouveaux défis pour l'allocation des budgets et le paiement des ressources 659

Conclusion et recommandations 681

Annexes

Annexe 1: Rapport d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux ... 701

Annexe 2: Programme de recherche: liste des synthèses critiques et des recherches publiées par la Commission chez Publications Québec 741

Annexe 3: Liste des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation de juin 1987 745

Annexe 4: Liste des dossiers de consultation d'experts et des dossiers thématiques 757

Notes et références bibliographiques 759

Liste des tableaux 777

Liste des graphiques et schémas 783

Table des matières détaillée 785

Avant-propos

Mandatée par le gouvernement du Québec en juin 1985 pour étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de services de santé et de services sociaux, la Commission aura mis un peu plus de deux ans pour produire son rapport.

Comme l'indique le rapport d'activités (annexe 1), la Commission aura puisé l'essentiel de toutes les informations nécessaires à la rédaction de son rapport à deux sources principales de données: son programme de consultation (nationale, régionale, experts québécois, experts hors Québec et organismes gouvernementaux et paragouvernementaux) et son programme de recherche. Ces deux programmes d'activités auront eux-mêmes donné lieu à plusieurs publications:

- *Problématiques et enjeux*, Publications du Québec, avril 1987;
- *Quelques pistes de réflexion*, Publications du Québec, avril 1987;
- *Programme de recherche: recueil de résumés*, Publications du Québec, février 1988;
- la collection des synthèses critiques et des recherches, Publications du Québec, février 1988, comprenant 45 volumes;
- la série de dossiers de consultation d'experts, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1988, comprenant 6 documents;
- la série de dossiers thématiques, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1988, comprenant 20 documents.

Toutes ces publications permettront à ceux et celles qui le désirent de prendre connaissance de tous les outils de travail de la Commission. Lorsque la Commission a puisé à d'autres sources de données, leur provenance est indiquée au fil du rapport.

Par ailleurs, dans tous les cas où l'emploi des deux genres était possible, il a été adopté. Cependant, lorsque le contexte s'y prêtait mal ou que la clarté du texte risquait d'en souffrir, le masculin a été utilisé pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

La Commission tient à remercier tous ceux et celles qui ont participé à ses consultations de 1986 et de 1987. Leurs contributions ont été déterminantes dans l'identification des problèmes, des enjeux et des éléments de solutions qui sous-tendent l'ensemble du rapport. Elle ne peut non plus passer sous silence la diligence avec laquelle les chercheurs et les chercheures se sont acquittés de leurs tâches sur des sujets fort complexes et difficiles et ce, en moins d'une année.

Enfin, comme en fait état le rapport d'activités, la Commission a pu compter sur l'inlassable travail de ses collaborateurs et collaboratrices de tous les jours.

Introduction

Dès sa création, la Commission adoptait une démarche interactive avec les groupes et les personnes concernés par les services de santé et les services sociaux ainsi qu'avec la communauté universitaire et scientifique du Québec.

Cette démarche s'appuyait sur trois postulats: premièrement, si ces personnes et ces groupes sont en mesure de développer un consensus sur les problèmes et les enjeux du système des services de santé et des services sociaux, ce consensus deviendra la base commune pour l'élaboration de solutions acceptables au plus grand nombre. Deuxièmement, si des changements doivent être apportés au fonctionnement et au financement du système, ils ne pourront l'être qu'avec leur collaboration et leur participation. Troisièmement, ce n'est pas l'ensemble du système qui est en cause, mais sa capacité d'adaptation. En somme, la Commission optait pour une démarche en continuité avec ce qui a été fait dans ce domaine depuis quinze ans.

D'une part, les consultations effectuées par la Commission auprès de quelque 6 000 personnes et 400 experts et, d'autre part, les résultats de son programme de recherche, confirment que le Québec possède un des meilleurs systèmes de services de santé et de services sociaux et ce, malgré les problèmes et les difficultés d'adaptation qu'il rencontre.

Outre le fait d'inscrire sa démarche dans une perspective de continuité et d'y associer le plus grand nombre possible de personnes et de groupes, la Commission a choisi de se définir comme un catalyseur du changement. En ce sens, elle a conçu son rapport davantage comme une étape en vue d'améliorer le système plutôt que comme un bilan définitif de ce qu'il faut conserver, améliorer ou changer. De plus, la Commission considère son rapport comme une étude issue du milieu. En ce sens, le rapport doit retourner au milieu afin que celui-ci en discute, en débatte et se l'approprie. La Commission est profondément convaincue que les améliorations à apporter au système devront s'effectuer par la concertation et avec la collaboration de toutes les personnes et de tous les groupes.

Tout en voulant que son rapport s'inscrive dans une perspective de continuité et vise l'amélioration du système et un engagement de tous, la

Commission y reflète l'évolution de sa réflexion: une analyse des grands phénomènes sociaux qui ont métamorphosé le Québec au cours des dernières décennies, une revue des principaux problèmes de santé et de bien-être, un examen des réponses qu'a apportées le système à ces problèmes depuis quinze ans et une présentation des orientations et des solutions porteuses d'avenir pour le maintien, l'amélioration et le développement de ce système.

Le rapport de la Commission se présente donc à l'enseigne de résultats à atteindre en matière de santé et de bien-être, d'une plus grande transparence et démocratisation des processus décisionnels, d'une décentralisation et d'une adaptation aux réalités régionales, d'une approche intersectorielle, d'une approche de population et d'un système public de services de santé et de services sociaux, tant du point de vue du fonctionnement que du financement. Seule une lecture complète du rapport permettra de dégager le cadre de référence complet de la Commission et de saisir ainsi toute la portée de ses propositions d'amélioration.

Plusieurs s'inquiéteront du fait que la Commission n'a pas abordé les problèmes spécifiques portés à son attention à l'occasion de la consultation du printemps 1986 et présentés dans *Problématiques et enjeux*, publié en avril 1987. C'est là un autre choix de la Commission: faire porter l'essentiel de son rapport sur des questions de fond afin de redonner des moyens d'action à ceux et celles qui sont impliqués dans les services de santé et les services sociaux, pour qu'ils apportent eux-même des réponses précises aux problèmes spécifiques. La Commission tient toutefois à souligner l'apport très important de ces personnes et de ces groupes à la définition des problèmes fondamentaux du système. C'est grâce à leur contribution que la Commission a pu développer une sensibilité aux situations particulièrement difficiles que vivent un grand nombre de nos concitoyens et concitoyennes. Ces situations ont constitué un rappel constant de la seule et véritable raison d'être du système des services de santé et des services sociaux, à savoir, la santé et le bien-être de la personne.

Par son rapport, la Commission vise à fournir à toutes les personnes et à tous les groupes d'intérêts du domaine de la santé et des services sociaux une nouvelle base de discussion, d'échange et de débat. Elle souhaite ainsi fournir l'occasion d'établir un nouvel équilibre des rapports de force, qui parvienne à recentrer le système sur ses véritables objectifs.

Voilà pour l'essentiel l'esprit et la philosophie qui ont animé la Commission dans le déroulement de ses travaux et la rédaction de son rapport.

Le rapport comporte quatre parties: la première porte sur l'évolution de la société québécoise, des problèmes de santé et des problèmes sociaux; la seconde, sur l'évolution des politiques, des structures, des programmes et du financement dans le domaine de la santé et du bien-être; la troisième, sur le bilan et les perspectives retenues par la Commission et la quatrième, sur la nouvelle dynamique des pouvoirs qui, de l'avis de la Commission, devrait sous-tendre l'action de tous en matière de santé et de bien-être au Québec. Les conclusions aux chapitres de la quatrième partie représentent l'essentiel des propositions retenues par la Commission.

Enfin, le rapport se termine par la conclusion et les recommandations de la Commission.

Partie I

Évolution de la société québécoise, des problèmes de santé et des problèmes sociaux

évolutions et les profondes mutations des vingt dernières années, lesquelles ont modifié le tableau général de la morbidité et de la mortalité, bouleversé les attitudes et les comportements à l'égard de la santé et du bien-être, et transformé les perceptions des problèmes sociaux les plus importants. Notre objectif ici n'est pas de faire une étude sociologique du Québec contemporain, mais plutôt de marquer le coup des changements auxquels les Québécois et Québécoises ont dû s'ajuster au cours des années et qui, préfigurant ce qui nous attend d'ici la fin du siècle, fournissent des balises incontournables pour tout projet de réforme.

L'on examinera d'abord les bouleversements socio-économiques majeurs survenus depuis vingt ans, comme les fluctuations de la croissance économique, l'expansion de l'État et les changements dans la structure de la main-d'oeuvre (tertiarisation, féminisation, émergence de nouveaux statuts d'emploi). L'on s'attardera ensuite à l'évolution démographique du Québec (dénatalité, vieillissement, diversification ethnique) en s'intéressant plus particulièrement à la portée et à l'incidence des facteurs démographiques sur les services sociaux et les services de santé. Enfin, les mouvements les plus porteurs de valeurs nouvelles en matière de santé et de bien-être seront analysés: les transformations des modèles familiaux; le mouvement des femmes vers l'égalité qui, dans le domaine des services sociaux et des services de santé, suscita des débats et permit le développement de nouveaux services et de nouvelles approches; le mouvement communautaire qui, après une période de réorganisation et en liaison avec le mouvement des femmes, recréa des solidarités et mit sur pied de nouveaux services; le caractère de plus en plus affirmé des régions au Québec et la volonté d'une plus grande autonomie des instances régionales; l'émergence d'une nouvelle façon de penser, de sentir et d'agir en matière de santé. Ces mouvements sont en passe d'écrire l'histoire à venir.

1. Les changements socio-économiques

1.1 Les fluctuations de la croissance économique

Les économies occidentales ont connu une période de croissance rapide ininterrompue durant les trois décennies qui suivirent l'après-guerre. Le Québec a largement profité de cette période de croissance économique. Ainsi, de 1945 à 1975, son rythme de croissance économique annuel a été de 4,8 %. Si la première crise du pétrole en 1973 n'a pas réussi à ébranler l'optimisme des plus sceptiques, la seconde crise de 1979 et la dure récession de 1982 ont amené une révision des prévisions. En effet de 1975 à 1985 inclusivement, le taux de croissance économique annuel ne sera plus que de 1,8 % en moyenne. L'inflation et la hausse des taux d'intérêt,

l'insuffisance de l'investissement, l'obsolescence des équipements, la compétition internationale sont autant de facteurs qui ont provoqué cette crise, la plus sévère à survenir depuis les années 30.

Dès 1983, la situation de l'économie s'est progressivement et continuellement améliorée. Les plus récentes statistiques (1985 et 1986) indiquent une amélioration de la situation de l'emploi, une diminution du chômage, du nombre de prestataires d'aide sociale et de la pauvreté. Mise à part la dette publique qui s'est maintenue à un niveau très élevé, la situation économique semble aujourd'hui à peu près comparable à celle qui prévalait en 1980, situation qui, rappelons-le, était considérée alors comme détériorée par rapport à celle d'avant 1975, que ce soit en matière de rythme de croissance ou de taux de chômage.

La plupart des analystes s'accordent pour dire que les sociétés occidentales entrent progressivement dans une période d'adaptation technologique, ce qui pourrait ralentir la croissance de l'économie. Selon certaines prévisions relativement optimistes, le taux de croissance des économies canadienne et québécoise devrait rester modéré et ne pas excéder 3 % par an en moyenne d'ici la fin du siècle[1]. En 1986, le taux de croissance économique du Québec a été de 3,3 % et il est évalué à 2,7 % pour 1987[2]. On prévoit par ailleurs que le rythme de création d'emplois sera plus lent à la suite des hausses prévisibles de productivité résultant de l'introduction des nouvelles technologies et de l'informatisation.

1.2 L'importance accrue du rôle de l'État

Au cours du vingtième siècle, plus particulièrement depuis 40 ans, les pays occidentaux ont tous connu une très forte croissance de l'intervention gouvernementale: en 1984, près de la moitié de l'économie canadienne transite par l'État – les dépenses des gouvernements représentaient 47,5 % du produit intérieur brut (PIB) en 1984 –, contre le quart (22,1 %) en 1950 et le sixième (15,7 %) en 1926 (voir tableau 1).

Au Canada, le niveau provincial est le palier de gouvernement dont le volume d'activités a le plus grossi au cours des vingt-cinq dernières années. Ainsi, au Québec, les dépenses budgétaires de l'État triplaient de 1961 à 1984 (elles représentaient respectivement 8,4 % du PIB en 1961 et 25,2 % en 1984). Au cours de cette période, les dépenses des administrations locales restaient stables et le gouvernement fédéral doublait les siennes. Comme le montre le tableau 2, l'importance du rôle de l'État au Québec correspond à la situation médiane au Canada. Elle se compare à la situation qui prévaut au Manitoba, mais elle est nettement supérieure à

Tableau 1
Revenus et dépenses gouvernementales en pourcentage du PIB. Comparaison entre certains pays de l'OCDE

	Revenus					Dépenses		
	1950	**1960**	**1970**	**1980**	**1984**	**1970**	**1980**	**1984**
Allemagne	32,0	36,8	38,3	44,7	45,6	38,6	48,3	48,2
Autriche	27,9	31,5	39,7	46,4	46,8	39,2	48,9	50,0
Belgique	23,8	26,0	35,2	42,9	46,0	36,5	51,0	55,4
Canada	24,7	28,7	35,2	36,7	39,6	35,7	40,9	47,5
Danemark	21,8	27,5	41,7	52,2	55,6	40,2	56,2	60,7
États-Unis	24,3	28,0	29,6	32,0	31,7*	32,3	34,9	38,1*
France	32,8	34,4	39,0	45,5	48,4	38,9	46,4	52,6
Grèce	18,3	22,3	26,8	30,5	33,6	22,4	30,5	38,9
Irlande	23,4	24,3	35,3	38,8	43,4*	39,6	50,9	56,0
Italie	27,7	31,2	30,4	37,8	44,2	34,2	46,1	57,4
Norvège	30,0	34,2	43,5	54,2	53,9	41,0	50,7	49,4
Pays-Bas	32,7	33,0	44,5	52,8	55,9*	46,0	57,4	62,6*
Royaume-Uni	34,9	31,2	41,2	40,1	42,9	39,8	45,1	48,0
Suède	26,2	36,8	46,6	56,6	60,0	43,3	61,6	63,7

* 1983

Source: D. Bellemare, G. Dussault, L. Poulin Simon, *Regard économique sur le devenir de l'État*, rapport déposé à la CESSSS, Québec, Publications du Québec, 1987, p. 12

celle des autres provinces de l'Ouest. L'existence des paiements fédéraux de péréquation, destinés à rapprocher les capacités fiscales des différentes provinces, explique les hauts pourcentages atteints dans les provinces maritimes.

Au cours de cette période, l'État a été amené à assumer, en plus de ses fonctions traditionnelles (armée, police, voirie...), un rôle de régulateur de l'économie pour stabiliser la production et l'emploi et un rôle de centralisateur des ressources pour assurer une couverture collective des risques. C'est dans ce contexte que l'État est lui-même devenu non seulement producteur de biens et de services, mais aussi producteur de droits (à l'éducation, à la santé, à un revenu minimum, au bien-être). La prospérité économique de l'après-guerre favorisait le développement de programmes sociaux, que le souvenir de la misère de la grande dépression rendait impératif, et l'intervention de l'État dans les affaires économiques. Tout en laissant une large part de la production au secteur privé, l'État devait –

Tableau 2
Importance des dépenses publiques totales[1], relativement au PIB, dans les différentes provinces du Canada
Comparaison 1970-1984 en pourcentage

Provinces	Années	1970	1984
Terre-Neuve		54,2	79,9
Île-du-Prince-Édouard		66,4	91,0
Nouvelle-Écosse		56,1	80,4
Nouveau-Brunswick		49,6	70,5
Québec		35,5	53
Ontario		33,6	41,1
Manitoba		38,0	50,7
Saskatchewan		41,7	47,8
Alberta		31,9	37,7
Colombie-Britannique		31,3	42,4

1. Ces dépenses comprennent, pour les différents niveaux d'administration (fédéral, provincial, local), les éléments suivants: les dépenses courantes de biens et services, les transferts aux particuliers, les subventions, le service de la dette et les investissements.

Source: Comptes économiques provinciaux 1969-1984 Statistique Canada, Catalogue 13,213.

par un ensemble de politiques sociales, fiscales et industrielles – réduire les inégalités ou, à tout le moins, en atténuer les effets et exercer un contrôle indirect sur les marchés économiques de manière à les rendre plus stables et plus humains.

Cette expansion de l'activité étatique a radicalement transformé les mécanismes de régulation de la société. On a ainsi assisté à une prolifération des lois et des règlements, à une multiplication des groupes exerçant des pressions sur l'État pour obtenir réponse à leurs besoins, à une augmentation du fardeau fiscal des contribuables et à un accroissement du nombre de fonctionnaires. Les gouvernements provinciaux canadiens ont utilisé divers moyens susceptibles de les aider à prendre des décisions qui tiennent compte de la dimension budgétaire. La création du Conseil du trésor – dont le personnel s'est d'ailleurs multiplié par plus de sept en 15 ans – fut l'un des moyens privilégiés utilisés par le Québec pour intégrer la dimension budgétaire au processus décisionnel.

La récession de 1981-1982 et l'augmentation considérable de la dette publique donnent lieu, selon certains, à une réorientation dans le dévelop-

pement de ces mécanismes de régulation. En effet, la dette consolidée des gouvernements s'étant multipliée en dollars de 1971 par trois et demi au cours de la période 1975-1984 (par 7 pour le seul gouvernement fédéral), il fallut apprendre à gérer la décroissance: au Québec, les réductions de services et de salaires sont restées dans la mémoire de tous ceux qui furent touchés par ces mesures, tout comme les mises à pied massives dans le secteur privé et l'augmentation vertigineuse des prestations sociales que l'État dut en conséquence verser.

Depuis lors, malgré l'amélioration des finances publiques, de nombreuses critiques continuent à être formulées à l'endroit de ce qu'on a appelé l'État Providence. Le procès actuel des défaillances de l'intervention étatique rappelle celui mené, au lendemain de la crise des années 30, contre les excès et les défaillances du marché privé et de la concurrence. Certains prétendent que l'État doit se désengager de plusieurs responsabilités, notamment en favorisant l'entreprise privée et en rendant plus sélectives ses interventions dans la sphère sociale. Pour d'autres, au contraire, les gouvernements doivent parier sur la croissance et se réserver une marge de manoeuvre financière pour créer de l'emploi et pour rendre encore plus opérationnels qu'ils ne le sont les mécanismes étatiques de négociation et de concertation. D'autres, enfin, craignant à la fois le surdéveloppement bureaucratique de l'État ou son trop fort désengagement au profit de l'entreprise privée, voudraient que l'État partage une partie de ses pouvoirs avec les organismes locaux et communautaires.

1.3 Les transformations du marché du travail

Comme les autres pays industrialisés, le Québec a connu ces dernières années une transformation profonde du marché du travail et de l'emploi que la récession économique de 1982 a sans doute accentuée, voire accélérée. Parmi ces mutations, il faut mentionner l'évolution de la structure industrielle sous l'impulsion de la compétition internationale et du nouvel *entrepreneurship* québécois, la tertiarisation de l'économie, et surtout l'émergence de nouveaux statuts d'emploi.

Force est de constater que la récession économique a entraîné beaucoup de fermetures et de déplacements d'entreprises. Quarante-cinq pour cent des faillites commerciales canadiennes enregistrées en 1982 l'ont été au Québec. Certains secteurs particulièrement vulnérables, comme les pâtes et papiers ou le textile, ont dû se prêter à des cures de modernisation et de rajeunissement.

Quant au niveau de l'emploi, il a chuté de 5,2 % en 1982. Ce n'est qu'en 1984 que l'on retrouve le niveau de 1981. Le chômage demeure néanmoins très élevé (10,8 % en 1987 contre 8,1 % en 1975) et, fait important, le chômage de longue durée, à peu près inexistant il y a une dizaine d'années, est désormais présent.

Ces phénomènes se sont répercutés de façon inégale dans les diverses régions du Québec. Des régions comme le Bas-Saint-Laurent – Gaspésie, le Saguenay – Lac-Saint-Jean et l'Abitibi – Témiscamingue, ainsi que les régions dont la structure industrielle est plus traditionnelle, comme l'Estrie et la Mauricie – Bois-Francs, ont été nettement plus touchées par la crise économique.

En second lieu, cette conjoncture défavorable a avivé les préoccupations des milieux d'affaires concernant la compétitivité et la productivité. Elle a aussi stimulé l'*entrepreneurship* québécois, ce qui permit aux petites et moyennes entreprises de faire la preuve de leur importance stratégique croissante. Ce sont elles qui se sont le plus développées au chapitre de la valeur de production. De plus, à valeur de production égale, elles ont été génératrices d'un plus grand nombre d'emplois. Par *entrepreneurship*, il faut entendre le goût et la capacité de prendre des risques et des initiatives pour atteindre des résultats concrets. Au Québec, cette attitude n'est fortement valorisée que depuis peu. En fait, pour répondre aux problèmes de stagnation de la productivité et du chômage, un nombre croissant de Québécois, en particulier chez les jeunes et les femmes, se sont ainsi transformés en travailleurs autonomes ou en propriétaires de petites entreprises[3].

Un autre phénomène structurel important, commun d'ailleurs à tous les pays industrialisés, concerne la tertiarisation de l'économie (*i.e.* le développement des activités du secteur des services). En 1981, 70 % de la population active était engagée dans le secteur tertiaire contre 63 % dix ans auparavant. La tertiarisation de l'économie continue de s'accentuer, elle a fortement conditionné les transformations survenues dans la structure du travail et la physionomie de l'emploi. Certains parlent même de « crise du travail » en faisant référence aux modifications observées sur le plan de l'organisation du travail, des statuts de travail et même de l'éthique du travail.

La transformation la plus frappante au chapitre de l'emploi et du marché du travail est sans conteste l'émergence et la prolifération des nouveaux statuts d'emploi: travail occasionnel, travail à temps partiel (en

augmentation de 47 % entre 1980 et 1986), travail à la pige, travail non déclaré, dit « clandestin »[4]. En 1985, 30 % à 40 % des personnes employées occupent un emploi à « statut nouveau », ce qui constitue une rupture par rapport au statut d'emploi traditionnel: l'emploi régulier à plein temps. En 1951, moins de 15 % des emplois étaient des emplois à statut nouveau.

Divers facteurs expliquent cette situation: l'entrée massive des femmes mariées sur le marché du travail (20 000 en 1941 contre trois quarts de million en 1985), qui cumulent souvent travail et responsabilités familiales; l'allongement de la scolarisation des jeunes et leur volonté de trouver un emploi compatible avec la fréquentation scolaire et la demande croissante, chez les personnes de 55 ans et plus, de travail à temps partiel combiné avec une semi-retraite. À ces facteurs s'ajoute un changement dans la politique de diverses entreprises en matière de gestion des ressources humaines. Pour toutes sortes de raisons (horaires atypiques, concurrence entre entreprises à forte intensité de main-d'oeuvre), on recourt davantage à des compléments de main-d'oeuvre occasionnelle et à temps partiel. Interviennent également diverses distorsions dans les marchés du travail causées, d'après plusieurs économistes, par certains programmes socio-économiques de l'État (assurance-chômage, aide sociale, salaire minimum). Ces programmes ont été créés à une époque où le chômage n'était qu'une malchance et où l'aide sociale ne s'adressait qu'à une infime minorité de la population. Selon ces économistes, ces programmes essaient aujourd'hui, tant bien que mal, de régler des problèmes pour lesquels ils n'ont pas été conçus. C'est ainsi que, à leur insu, ils facilitent le congédiement des travailleurs par les employeurs, encouragent l'abandon volontaire d'emplois, nuisent à la mobilité géographique de la main-d'oeuvre et à la formation professionnelle de longue durée.

L'émergence de nouveaux statuts d'emploi est particulièrement frappante dans le secteur hospitalier: entre 1979-1980 et 1984-1985, l'emploi à temps complet chute de 7 % et l'emploi à temps partiel augmente de 28 %. Chez les infirmières, plus de 40 % occupent un poste à temps partiel[5]; les jeunes finissantes doivent attendre plusieurs années – environ de six à dix ans – avant de pouvoir occuper un poste régulier. Ceci laisse croire, selon plusieurs experts, que l'offre d'emplois à « statut nouveau » est devenue excédentaire par rapport à la demande. Comme ces emplois comportent généralement de moins bonnes conditions en matière de sécurité, de permanence et d'avantages sociaux, on parle alors de « précarisation » de l'emploi[6]. Les jeunes de moins de 25 ans et les femmes de 25-44 ans sont les plus directement touchés par ce phénomène: ces deux groupes occu-

pent, par exemple, 75 % des emplois à temps partiel alors qu'ils représentent à peine plus de 40 % de la main-d'oeuvre[7].

L'insuffisance de la création d'emplois depuis le début de la décennie a eu pour conséquence d'exclure du marché du travail une partie importante de la main-d'oeuvre potentielle, plus particulièrement les jeunes et les femmes. En 1986, par exemple, la diminution du nombre de chômeurs est beaucoup plus importante chez les hommes (−8,4 %) que chez les femmes (−1,5 %). Quant au taux de chômage des moins de 25 ans, il est de 21,3 % en 1986, contre 13 % en 1975 et varie grandement d'une région à l'autre. La Commission d'enquête sur l'assurance-chômage a récemment indiqué que 36 % de tous les chômeurs canadiens sont des jeunes de moins de 25 ans, qui sont de plus en plus nombreux à ne pouvoir s'intégrer au marché du travail que par des emplois de courte durée, suivis de périodes de chômage courtes mais répétitives.

1.4 L'émergence de nouvelles formes de pauvreté: un défi pour les politiques sociales

Au Québec comme ailleurs, l'ensemble des richesses est inégalement réparti entre les personnes. Ainsi, en 1980, on estimait que les Canadiens les plus riches − qui composent 10 % de la population − disposent de près de 60 % de la richesse (revenu, actions, obligations, propriétés immobilières), tandis que les 40 % les plus pauvres se partagent 0,8 % de cette richesse.

La pauvreté est le plus souvent définie de façon quantitative, en fonction du revenu. Le Sénat, le Conseil canadien du développement social et Statistique Canada ont chacun défini des seuils d'insuffisance qui varient de l'un à l'autre. Le plus utilisé est celui de Statistique Canada selon lequel est considérée pauvre une personne qui doit consacrer 58,5 % de son revenu (20 % de plus que la moyenne) aux besoins vitaux: nourriture, logement et vêtements. Ce seuil est ajusté à la taille de la famille et au lieu de résidence. Au Canada, 15,8 % de la population vit sous ce seuil.

La pauvreté est cependant un phénomène beaucoup plus complexe que la seule insuffisance des revenus. Ainsi, la pauvreté, et l'extrême pauvreté en particulier, sont associées à l'absence d'éducation, de considération et d'information, à une mauvaise santé, à des logements insalubres ou inadéquats, bref à toute une série de caractéristiques qui excluent les pauvres des circuits habituels de participation à la vie collective, perpétuent la misère de génération en génération et augmentent la dépendance

sociale. C'est pourquoi, plusieurs parlent maintenant du « Quart-Monde » pour identifier cette minorité très défavorisée, coincée dans le véritable cercle vicieux de la misère et de l'exclusion sociale.

Depuis la récession économique de 1982, le Québec connaît une hausse importante de la pauvreté. En 1985, le nombre de Canadiens vivant sous le seuil de la pauvreté a augmenté de 13,7 % par rapport à 1980. Entre 1977 et 1984, le nombre de ménages recevant des prestations d'aide sociale a crû de plus de 70 % et le nombre de personnes itinérantes et sans abri ne cesse de grandir.

Dans ce mouvement ascendant de la pauvreté, les différents groupes sociaux ne sont pas tous touchés de la même façon. L'accroissement du chômage lié à la crise a durement frappé les jeunes qui se retrouvent très nombreux dans des emplois peu stables, les premiers à disparaître en période de récession. C'est aussi le cas des femmes qui, de plus en plus, sont sans conjoint et souvent chefs de famille, ce qui fait que l'on parle de plus en plus au Québec de féminisation de la pauvreté, phénomène d'ailleurs commun à tout le Canada. Le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui recourent à l'aide sociale a augmenté de 50 % entre 1980 et 1985.

Quant au statut socio-économique des personnes âgées, il s'est généralement transformé. L'effet net des divers programmes gouvernementaux de lutte contre la pauvreté (pensions de vieillesse, exemptions fiscales, régime enregistré de retraite (RER), régime enregistré d'épargne retraite (REER), etc.) ont amélioré le sort de bon nombre d'entre elles. De plus, les personnes qui atteignent aujourd'hui 65 ans ont, de manière générale, bénéficié au cours de leur vie d'une conjoncture économique favorable, ce qui leur a permis d'épargner et de s'assurer une retraite relativement confortable. Il y a encore des personnes âgées pauvres, voire très pauvres, mais en raison de l'amélioration des divers régimes provinciaux et fédéraux d'aide au revenu, elles ne forment plus le gros du contingent des personnes à très faible revenu. Aujourd'hui, ce sont les jeunes et les femmes seules avec des enfants qui forment le plus grand nombre de très pauvres.

De huit à douze pour cent de la population serait maintenant prise dans une sorte de « trappe » de la pauvreté. C'est le cas de ceux qui n'ont pas travaillé depuis longtemps, de ceux qui disent qu'ils sont à la recherche d'un emploi pour ne pas perdre leur allocation, de ceux qui travaillent au noir, de ceux qui sont passés à travers les mailles des

programmes de sécurité du revenu et des itinérants que Statistique Canada ne rejoint pas tous les mois au téléphone[8].

Notre société a déployé, depuis 20 ans, beaucoup d'efforts pour lutter contre la pauvreté ou, à tout le moins, pour en limiter les effets. Malgré l'ampleur de ces efforts, le sort relatif des plus pauvres ne s'est guère amélioré: la part du revenu total déclaré détenue par les 20 % les plus pauvres est passée de 4,4 % en 1951 à 4,2 % en 1961, à 3,6 % en 1971 et à 4,6 % en 1981, juste avant la récession[9]. Les programmes ont tout au plus empêché une plus grande détérioration de la situation des plus démunis, auxquels se sont joints les jeunes et les femmes chefs de famille monoparentale. Par ailleurs, le coût de ces programmes a énormément augmenté. En 1984-1985, les deux paliers de gouvernement ont injecté quelque 12 milliards de dollars répartis entre une vingtaine de programmes différents. En 1980-1981, ces prestations étaient légèrement inférieures à 7 milliards de dollars. Dans ce contexte, un des défis majeurs pour les gouvernements dans les années à venir sera de repenser sa politique sociale de manière à faire face aux nouvelles formes de misère et d'extrême pauvreté de la fin des années 80. Cela représente aussi un défi pour les services sociaux et les services de santé en ce sens qu'ils doivent aider les gens à tirer le meilleur parti de leurs ressources et à prévenir, autant que faire se peut, certaines conséquences souvent liées à la pauvreté: malnutrition, délinquance, violence, prostitution.

2. Les changements démographiques

Les profonds changements démographiques qui se sont produits au cours des vingt dernières années ont transfiguré la société québécoise: le Québec est désormais un pays où les gens sont plus vieux, où il y a moins d'enfants et plus d'immigrants de souche nouvelle.

2.1 La baisse de la natalité

En 1960, le Québec avait le taux de fécondité le plus fort de tout l'Occident, soit près de quatre enfants par femme. En l'espace d'une seule décennie – phénomène d'une rapidité sans précédent dans le monde – il chute à deux enfants par femme. Comme dans la plupart des autres pays industrialisés, cette baisse s'est poursuivie par la suite: en 1985, la fécondité du Québec a atteint 1,4 enfant par femme, soit le troisième plus faible taux au monde après ceux de l'Allemagne fédérale et du Danemark. La norme maintenant est d'un ou deux enfants par famille[10].

Divers facteurs expliquent cette baisse: la place moins importante accordée à l'enfant dans la société, l'accessibilité plus grande de la contraception, la plus grande instabilité des couples, et surtout, la participation plus forte des femmes au monde du travail salarié et les difficultés des milieux de travail à rendre compatibles travail et maternité. Les Québécois se comportent maintenant comme les membres des autres pays industrialisés. Ce qui est unique, c'est la rapidité et la brusquerie du changement.

Il est peu probable que cette tendance change de façon sensible dans un avenir rapproché. Dans la mesure où un taux moyen de fécondité de 2,1 enfants par femme est nécessaire pour assurer le remplacement des générations, cela signifie que, à long terme, la population québécoise pourrait décroître et sa structure par âge, se modifier sensiblement. Ainsi, les jeunes de 0-14 ans ne représentent plus que le cinquième (21,7 %) de la population en 1981, alors qu'ils en constituaient plus du tiers (35,4 %) en 1961. On estime que la proportion des jeunes sera de 17 % en 2001.

Dans les années 60, plusieurs débats portaient sur le bien-fondé ou non d'arriver à une croissance zéro de la population pour assurer le plein emploi dans une structure industrielle à faible intensité de main-d'oeuvre. Aujourd'hui, on s'interroge sur les effets d'une telle stabilisation, voire d'une décroissance de la population. Certes, la baisse de la fécondité entraîne à court terme un meilleur niveau de vie pour les couples et les familles, et une charge moins lourde pour les gouvernements. C'est à long terme que ses effets sont négatifs: la baisse de la natalité enclenchera un mouvement prolongé de vieillissement qui, forcément, alourdira le fardeau fiscal des prochaines générations.

2.2 Le vieillissement de la population

Le nombre de personnes de 65 ans et plus au Québec est appelé à croître rapidement au cours des prochaines décennies. Le Québec en compte près de 650 000 à l'heure actuelle, il en comptait 306 300 en 1961 et en comptera plus de 900 000 au début du 21e siècle pour atteindre 1,5 million de personnes âgées vers l'an 2031. En pourcentage, les 65 ans et plus représentent une proportion de 9,6 % en 1985 alors qu'ils constituaient 5,8 % de la population en 1961. Leur proportion atteindra 13 % au début de l'an 2001 et dépassera les 20 % en 2031.

Ce vieillissement n'est ni catastrophique ni exceptionnel. Mis à part Terre-Neuve et l'Alberta, le Québec est la province au Canada et le

territoire en Amérique du Nord où la proportion de personnes âgées est actuellement la plus faible. Dans quelques pays européens, cette proportion atteint presque le double de la nôtre, comme en France avec 13,9 %, en Suède avec 16,4 % ou en Allemagne fédérale avec 17 %. En Europe, ces taux résultent d'une lente et longue évolution. Ici encore, ce qui est frappant, c'est la cadence rapide du changement: au cours des cinquante prochaines années, le Québec multipliera par près de 2,5 le nombre de ses habitants âgés de 65 ans et plus.

Le vieillissement général de la population recoupe deux autres phénomènes: l'augmentation du nombre de femmes âgées par rapport au nombre d'hommes du même âge et l'augmentation du nombre de personnes très âgées. Les femmes auront bientôt une espérance de vie à 65 ans supérieure de cinq ans à celle des hommes, il s'ensuit une « féminisation du troisième âge ». En 1951, il y avait 96 hommes de plus de 65 ans pour 100 femmes; en 1985, il n'y en avait plus que 68. À 75 ans, le changement est encore plus marqué: 89 hommes pour 100 femmes en 1951, 56 en 1985. Par ailleurs, non seulement la vieillesse « se féminise-t-elle », mais sa durée s'allonge. Les plus de 75 ans représentaient en 1961 32 % de la population âgée et 35 % en 1981; selon les prévisions, ils seront 44 % en l'an 2001 [11].

Le vieillissement de la population, conjugué avec la baisse de la natalité, entraînera invariablement un changement dans les rapports que les couches d'âge entretiennent entre elles. Au milieu des années 60, le Québec comptait 16 personnes âgées pour 100 enfants de 0 à 14 ans. Il en compte maintenant au-delà de 40; ce chiffre se situera autour de 100 au début du prochain siècle. Jusqu'en 1961, il y avait constamment 30 personnes âgées de 65 à 79 ans pour 100 personnes de 40 à 54 ans; ce rapport a atteint 45 en 1981 et pourrait avoisiner les 50 autour de l'an 2001. En d'autres mots, ce qu'on appelle le « rapport de dépendance » se transforme. Celui-ci mesure le nombre de dépendants (enfants de 0-14 ans, personnes de 65 ans et plus) par rapport au nombre de personnes de 15 à 64 ans. À cause de la dénatalité, ce rapport est passé de 70,2 % en 1961 à 43,9 % en 1981 et n'a pratiquement pas changé depuis.

Par ailleurs, comme le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté plus vite que le nombre d'enfants, les 65 ans et plus représentaient 29 % des dépendants en 1981; ils totaliseront 43 % en l'an 2001. En résumé, la population dite active (15-64 ans) s'est accrue depuis 20 ans, mais la forte proportion d'enfants a cédé le pas aux personnes âgées.

Ces chiffres peuvent donner lieu à des conclusions alarmistes. Ainsi, le démographe André Lux a essayé en 1982 d'extrapoler, en partant de divers scénarios (plus ou moins forte dénatalité, vieillissement plus ou moins prononcé, solde migratoire plus ou moins négatif), les conséquences des changements démographiques sur les besoins en matière de services de santé. D'après lui, mille adultes actifs fournissaient à l'État en 1980 les ressources nécessaires pour financer l'investissement et l'utilisation de 9,68 lits (hospitaliers de courte durée); en 2051, selon un scénario de forte dénatalité et de vieillissement prononcé, la charge devrait augmenter de 89 %, passant à 18,34 lits. Même un scénario optimiste, qui prévoit le remplacement des générations et l'entrée de 12 000 immigrants relativement jeunes par an, n'échappe pas à un vieillissement qui se traduira pour la population active par une augmentation de 43 % du coût des soins hospitaliers de courte durée, soit 13,97 lits en 2051[12].

En ce qui concerne l'hospitalisation de longue durée, l'auteur prévoit que des raisons financières amèneront certainement le Ministère à loger ailleurs les personnes les plus autonomes au fur et à mesure qu'augmentera le nombre de malades. Le budget de fonctionnement des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et la charge correspondante par adulte actif se stabiliseront de ce fait pendant une vingtaine d'années avant de croître de nouveau.

En 1980, le Québec disposait de 3,83 places par mille de population en centres d'accueil et d'hébergement. Suivant la logique qui présidait à la construction de centres d'accueil dans les années 60, c'est 4,9 places qu'il nous faudrait maintenant, 8 places à la fin du siècle et de 11 à 17 places en 2051. Bref, une grande partie des ressources de l'État devrait servir à financer ces places en centres d'accueil.

D'autres[13], au contraire, ne tirent pas de conclusions aussi alarmistes, car le futur n'est pas nécessairement une simple extrapolation du passé. En effet, de meilleures conditions de vie jointes à des habitudes de vie plus saines pourraient fort bien contribuer à diminuer l'incapacité des prochaines générations de personnes âgées, à tout le moins de celles de moins de 75 ans. De même, les progrès de la médecine pourraient réduire le poids de certains handicaps liés au vieillissement. Enfin, il est vraisemblable de croire que la structure de prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus va se transformer dans le sens de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile. Bref, il n'y a pas de quoi s'inquiéter trop longtemps à l'avance d'une situation qui est appelée à se transformer.

Quoi qu'il en soit, il faut prévoir des accroissements des dépenses publiques de santé à mesure qu'augmente la population très âgée, à moins que l'état de santé de celle-ci ne s'améliore grandement par rapport à celui des cohortes des dernières décennies. En effet, en 1981, les personnes de 65 ans et plus ne représentaient que 8,8 % de la population. Or, elles étaient responsables de 37,4 % des dépenses de santé[14]. En 1985, on parle de 3 000 $ per capita pour cette population, comparativement à une moyenne de près de 1 000 $ per capita pour l'ensemble de la population. Ces écarts peuvent s'expliquer aisément. Bien que la majorité des 65 ans et plus ait un profil d'utilisation de services comparable à celui de la population plus jeune, il n'en demeure pas moins que l'incapacité est plus fréquente chez les personnes âgées. L'enquête Santé Canada estime, par exemple, que 31,3 % de personnes âgées de 65 à 74 ans sont limitées dans l'exercice de leurs activités; cette proportion grimpe à 45 % chez les 75 ans et plus.

C'est pourquoi, la société se trouve confrontée à deux défis majeurs qu'il lui faudra relever. D'une part, la société devra encourager l'autonomie des personnes âgées et essayer d'empêcher que la perte d'autonomie ne se transforme en handicap requérant des ressources coûteuses. D'autre part, il faudra continuer à assurer des services de qualité à ceux et celles qui en ont besoin.

Dans ce contexte, les générations actives seront amenées à s'occuper de plus en plus de leurs parents âgés. On estime que le retrait de l'aide de l'entourage immédiat aux personnes âgées augmenterait aussitôt de 34 % le besoin de places en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins de longue durée et de 116 % celui en ressources dites légères (centres de jour, foyers, etc.)[15]. Une enquête de la Commission montre aussi que trois Québécois de 18 ans et plus sur quatre (77,3 %) ont dans leur parenté une personne âgée de 65 ans et plus. Parmi ceux-ci, 6 % aident un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie, 3,5 % aident un parent vivant à domicile et 2,5 % un parent placé en institution. On constate par ailleurs que les anglophones et les allophones sont plus nombreux que les francophones à s'occuper de parents âgés. Les francophones semblent aussi y consacrer moins de temps et d'énergie. L'écart entre anglophones et francophones, tout étonnant qu'il soit, peut s'expliquer de différentes manières: soit que la notion « d'aide » varie d'une culture à l'autre au point que, pour une même forme d'aide, les anglophones auraient plus souvent le sentiment d'aider; soit que, les familles francophones étant traditionnellement plus nombreuses, la charge des parents âgés soit moins forte pour chacun des enfants; enfin, soit que les anglophones aident effectivement plus que les francophones.

Quoi qu'il en soit, dans les années à venir, les pressions seront considérables pour amener les institutions publiques à faire preuve d'imagination dans le soutien à apporter à ceux que l'on appelle maintenant les « aidants naturels ». Seront tout aussi fortes les pressions exercées pour susciter l'aide de l'entourage et ce, même si la réalité familiale s'est profondément transformée et même si cette aide impose aux aidants des coûts personnels parfois élevés.

2.3 La composition de plus en plus multi-ethnique de la population

La diversification de la composition ethnique du Québec représente aussi un des phénomènes les plus frappants depuis une quinzaine d'années. Avant 1971, les deux tiers des immigrants au Québec viennent de cinq ou six pays; il faut maintenant regrouper une quinzaine de pays pour atteindre cette proportion. Entre 1962 et 1970, les principaux pays d'origine des immigrants sont l'Italie, la France et le Royaume-Uni, suivis de la Grèce et des États-Unis. Les pays d'Europe du Sud, soit l'Italie, la Grèce et le Portugal, fournissent le quart des arrivants. L'éventail s'élargit avec l'arrivée de contingents assez importants des Antilles, d'Égypte et d'autres pays du Tiers-Monde. La diversification des pays d'origine s'accroît pendant les années 70, conséquence sans doute de la levée des exclusions par le gouvernement fédéral. Parmi les pays pourvoyeurs d'immigrants, Haïti vient maintenant au premier rang, suivi des États-Unis, de la France, du Vietnam et du Royaume-Uni. Les pays d'Europe du Sud ne comptent presque plus dans l'immigration au Québec, ils ont laissé la place à l'Asie, au Liban, au Chili et aux pays d'Amérique centrale d'où proviennent également un grand nombre de réfugiés politiques.

Montréal est non seulement la principale terre d'accueil de ces immigrants, c'est aussi une véritable mosaïque culturelle avec une centaine de langues parlées et une trentaine de communautés culturelles clairement identifiées. Au recensement de 1981, 40 % de la population montréalaise était d'origine autre que française: 12,2 % d'origine britannique et 28,2 % d'origine autre que française ou britannique. Ce tableau contraste avec le recensement de 1961 où la population d'origine « autre » n'était que de 20 %.

Autre fait marquant à ce chapitre: le nombre d'immigrants augmente de plus en plus. Ainsi, d'après le recensement de 1981, 8,3 % (contre 5,6 % en 1951 et 7,8 % en 1971) de la population québécoise était née à l'extérieur du Canada; voilà qui représente une augmentation importante depuis trente ans[16].

Par ailleurs, le Québec connaît, depuis une vingtaine d'années, un solde migratoire négatif. Par exemple, en 1983-1984, le Québec a perdu 12 000 habitants dans ses échanges migratoires; au cours de la période 1976-1981, ce solde négatif est même monté à 20 000 personnes en moyenne. En ce qui concerne les migrations internationales, le solde est positif: les mouvements annuels des cinq dernières années se situent en moyenne à 17 300 immigrants et à 8 300 émigrants, avec une nette progression du nombre de réfugiés ces toutes dernières années.

C'est dans ses échanges avec les autres provinces que le Québec perd des habitants. Alors qu'en 1981-1982, 21 345 Canadiens se sont établis au Québec, leur nombre atteignait 31 325 en 1983-1984, niveau comparable à celui de l'année 1975-1976. Par contre, les sorties restent supérieures aux entrées: après avoir atteint 70 400 départs en 1977-1978, elles diminuent à 45 600 en 1982-1983, mais augmentent de nouveau en 1983-1984 à 50 400. Vu la baisse de la natalité, cela fait que la population du Québec stagne, en nombre absolu, depuis une dizaine d'années.

Le phénomène migratoire prend des formes très différentes selon le milieu d'origine, la période d'immigration, l'âge, le sexe ou encore la formation. Une étude effectuée par le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration[17], à partir des données du recensement de 1981, montre qu'en moyenne le statut socio-économique de la population immigrée du Québec est supérieur à celui de la population non immigrée. Comparés aux adultes nés au Canada, ceux qui sont nés à l'extérieur du pays sont mieux intégrés au marché du travail: leur scolarité est plus élevée, leur taux d'activité est supérieur et leur taux de chômage est plus faible. Leurs gains moyens d'emploi et leurs revenus globaux moyens dépassent de 10 % ceux de la population née au Canada. D'autre part, la population originaire des Antilles et de l'Amérique centrale et arrivée après 1970 a un statut socio-économique moins élevé que les ressortissants nés aux États-Unis et en Europe (sauf les pays du Sud) et arrivés dans les années 1960. Elle occupe généralement des emplois dans des secteurs d'activité offrant de moins bonnes conditions de travail. Le travail au noir y est important. Autre différence sensible: les femmes chôment presque deux fois plus que les hommes. Lorsqu'elles occupent un emploi rémunéré, elles se retrouvent dans les secteurs traditionnels comme le textile, le vêtement et la bonneterie.

En somme, l'augmentation croissante du nombre d'immigrants qu'est venue renforcer l'arrivée massive des réfugiés ces dernières années, la composition multi-ethnique de la population immigrée, le solde migratoire

négatif sont autant de facteurs qui ont une incidence sur l'organisation et la dispensation des services de santé et des services sociaux.

En effet, aux difficultés d'intégration que rencontrent les immigrés s'ajoutent des problèmes d'accès aux services sociaux et aux services de santé. Lors d'une vaste consultation menée par le Conseil consultatif des communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, on a, de fait, pu observer que la formation actuelle des intervenants ne les habilite guère à rendre des services ou à agir auprès de clientèles ayant des habitudes, des valeurs, une culture et des comportements différents de l'ensemble de la population. De plus, les établissements seraient sous-équipés pour tenir compte de ces particularités. Tout se passe comme si les services offerts n'avaient pas encore réussi pleinement à s'ajuster à l'évolution ethnoculturelle du Québec[18].

3. Les mouvements sociaux et les changements de valeurs

De toute évidence, le Québec est le théâtre, depuis une vingtaine d'années, de profonds changements sociaux. À ce chapitre comme dans d'autres, nous sommes tributaires de courants de pensée et de mouvements qui dépassent largement nos frontières. Ceci dit, la société québécoise a vécu et continue de vivre ces transformations avec tout son « bagage » historique et culturel, ce qui fonde l'originalité de son expérience. Cette quête de nouveaux rapports sociaux et de nouvelles valeurs s'incarne dans des mouvements sociaux, sortes de forces agissantes qui poussent l'État, les milieux de travail et l'école à s'adapter à de nouvelles réalités. Les paragraphes qui suivent ne prétendent pas rendre compte de tous les phénomènes marquants des dernières années; ils ne font que souligner ceux qui ont le plus influencé le réseau des services sociaux et des services de santé.

3.1 La transformation de la famille

Au cours des vingt dernières années, la famille a connu des changements radicaux, aussi marquants et aussi brusques que bouleversants pour les personnes et les familles ayant à les vivre. On voit ainsi émerger une nouvelle définition de la famille qui reconnaît une pluralité de modèles et dissocie la notion de famille de celle de mariage. Certains font même état d'une « révolution culturelle » au sein de la famille[19].

En fait, le modèle de la famille qui demeure « une » tout au long de la vie des conjoints mariés n'est plus le modèle unique ni peut-être même le modèle dominant au Québec. Désormais, plusieurs formes de familles

coexistent comme, entre autres, les familles biparentales formées par des conjoints légaux ou conjoints de fait, les familles monoparentales résultant du décès de l'un des conjoints ou de ruptures entre eux ou encore du choix de vivre seul et, enfin, les familles reconstituées, composées de personnes ayant déjà vécu une union et pouvant être responsables de plusieurs enfants provenant d'unions différentes. Le comité chargé d'élaborer au Québec une politique familiale a d'ailleurs exprimé la nécessité d'inclure cette explosion des modèles familiaux dans la définition que donne l'État de la famille. Pour ce comité, c'est le lien parent-enfant et les responsabilités réciproques que ce lien entraîne qui est au coeur de la notion de famille, et non pas la vision traditionnelle du père, de la mère et des enfants, unis par les liens indissolubles du mariage.

Les données statistiques confirment l'éclatement de la famille nucléaire et la « crise du mariage ». D'après une enquête effectuée pour la Commission, environ 40 % des Québécois (18 ans et plus) vivent avec un enfant de moins de 18 ans: 5 % sont chefs de famille monoparentale depuis au moins six mois, pour un ratio d'environ une famille monoparentale sur huit familles. Les chefs de famille monoparentale sont en forte majorité de sexe féminin (89 %), séparés ou divorcés (66 %) et leur revenu familial est nettement inférieur à celui de l'ensemble des Québécois: 42 % de ces familles vivent de l'aide sociale. Quant aux familles reconstituées, il est impossible d'en estimer le nombre. Ce qu'on sait par ailleurs, c'est que parmi les actes de mariage enregistrés en 1982, 27 % concernaient au moins un conjoint divorcé[20].

L'étude des mariages révèle aussi de profonds bouleversements dans le processus de formation des familles. Le taux de nuptialité a chuté au milieu des années 70. Le Québec a, en 1985, l'indice le plus bas de toutes les provinces et l'un des plus faibles au monde. Si les taux persistent, un peu moins de la moitié des gens se marieront. Les célibataires deviendront majoritaires alors que, en 1961, seulement 7 % des hommes adultes et 13 % des femmes se déclaraient célibataires! Les unions de fait constituent aujourd'hui environ 20 % du total des unions. Corollairement, il y a une forte hausse des naissances hors mariage. En 1951, 3 % des naissances survenaient hors mariage; la proportion augmente graduellement jusqu'à 8 % de 1969 à 1974, puis de façon très importante jusqu'à 25 % en 1985.

Cette chute des mariages s'accompagne d'un accroissement considérable des ruptures par divorce, surtout depuis la libéralisation du divorce en 1969. Le nombre record (19 193 divorces) a été atteint en 1981; ces dernières années, le nombre de divorces diminue, mais le nombre de

mariages aussi. En 1985, on compte 15 814 divorces et 37 026 mariages, soit un divorce pour 2,3 mariages. De plus, l'indice de « divortialité » indique que, si les taux se maintiennent, près de 40 % des mariages se termineront par un divorce. Depuis 1968, on estime qu'un million de personnes – adultes, enfants ou adolescents – ont été directement touchées, au Québec, par une séparation ou un divorce. Si les tendances se confirment, on peut prévoir que, d'ici une décennie, les familles monoparentales et les familles reconstituées seront plus nombreuses que les familles biparentales traditionnelles.

À cet éclatement du modèle de famille s'ajoute une volonté de transformation profonde des rôles sociaux en son sein. Les rôles masculins et féminins dans la famille traditionnelle étaient, il y a quelques années encore, clairement définis en fonction de conventions assez rigides. Aujourd'hui, les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur, ce qui met en cause le traditionnel partage des tâches domestiques. Par exemple, une étude fait ressortir que, en 1982, 60 % des femmes âgées de 18 à 39 ans croient que le modèle idéal de famille biparentale est celui où les deux conjoints ont un travail gagne-pain et se partagent en toute égalité les tâches domestiques et celles concernant l'éducation des enfants.[21]. L'autonomie des personnes et la responsabilité conjointe vis-à-vis des enfants semblent donc de plus en plus valorisées. Dans le même ordre d'idées, le fondement de la vie commune n'est plus nécessairement le lien institutionnel ni le fait d'avoir des enfants, mais davantage la solidarité affective.

Ces transformations de la famille comportent certes des coûts sociaux et humains considérables. Mais elles génèrent également une société nouvelle où les rapports entre les hommes et les femmes sont plus égalitaires et où les liens entre parents et enfants sont devenus, dans une certaine mesure, à la fois plus complexes et plus serrés. Par ailleurs, l'éclatement du modèle familial traditionnel, l'instabilité et l'insécurité de tout ordre (affective, psychique, financière, etc.) qu'il peut engendrer risquent d'avoir des répercussions néfastes sur la santé et le bien-être des personnes les plus vulnérables – les enfants, les femmes chefs de famille monoparentale. Notre système de services de santé et de services sociaux doit en tenir compte.

3.2 Le mouvement des femmes vers l'égalité

La condition des femmes s'est au fil des vingt dernières années métamorphosée. Jadis confinées à l'univers domestique et aux réseaux de parenté et de voisinage, soumises à l'autorité du mari et dévouées à leur famille

nombreuse, les femmes ont aujourd'hui un ou deux enfants en moyenne, sont scolarisées, se retrouvent souvent chefs de famille, ont acquis de nouveaux droits civils et sont de plus en plus nombreuses sur le marché du travail. Ainsi, en 1970, 33,9 % des femmes de 25 à 44 ans ont un travail rémunéré; en 1983, le pourcentage grimpe à 61,2 % (par rapport à 92,4 % pour les hommes). Au total, 74,1 % de la hausse nette de la population active observée entre 1975 et 1984 est attribuable aux femmes[22]. Cette présence accrue des femmes sur le marché du travail, jointe à un haut taux de scolarisation, constitue l'un des phénomènes les plus marquants des dix dernières années. Elle a encouragé leur mobilisation dans les syndicats, les entreprises et les groupes autonomes; elle a bouleversé habitudes, préjugés et façons de faire.

Force est cependant de constater qu'en dépit d'améliorations certaines au chapitre, par exemple, de l'accès à certaines professions et des droits civils, l'inégalité des chances entre les sexes persiste. C'est ce qu'ont successivement démontré le bilan, effectué en 1984 par le Conseil du statut de la femme, sur les cinq ans d'application de la politique « Égalité et Indépendance » adoptée en 1979[23], et le Sommet sur la situation économique des Québécoises de mai 1985.

Sur le plan du travail, par exemple, les principales caractéristiques de l'emploi féminin demeurent: une structure professionnelle peu diversifiée, la quasi-absence des femmes aux postes de direction, une occupation majoritaire des postes à temps partiel, un taux de chômage généralement supérieur à celui des hommes, la persistance des écarts de rémunération entre hommes et femmes.

Ces inégalités reposent sur des assises profondément ancrées dans la société, assises qui ont pourtant été identifiées depuis bon nombre d'années: dépendance économique des femmes, discrimination systémique[24], maintien des rôles et des stéréotypes sexuels, responsabilité première des activités domestiques et du soin des enfants dévolue aux femmes. La dépendance des femmes est, par exemple, la principale cause de leur grande vulnérabilité sur le plan financier. Elle est à l'origine, selon plusieurs études, du cercle vicieux de la pauvreté, de la violence conjugale, de l'isolement social et de la consommation plus élevée, chez certaines, des services de santé mentale.

Dans cette quête d'égalité et d'autonomie, plusieurs stratégies sont utilisées. Certains éléments apparaissent comme des préalables à l'égalité: l'accès à l'information dans des secteurs non traditionnels, la reconnaissan-

ce de l'expérience acquise ou de connaissances autres que celles traditionnellement reconnues par les milieux d'enseignement et les milieux de travail, l'établissement de services collectifs (p. ex. des garderies), des programmes d'accès à l'égalité dans l'emploi, des conditions de travail qui tiennent compte des responsabilités parentales, un partage égal des tâches domestiques et un soutien aux familles, la lutte contre les stéréotypes sexistes dans les manuels scolaires et la publicité par exemple, la présence accrue des femmes dans les instances politiques.

En fait, le mouvement des femmes vers l'égalité a été à l'origine de multiples remises en question dans tous les champs de l'activité sociale. Loin de se cantonner dans la contestation, il a fait preuve d'une remarquable vitalité et d'une grande créativité comme le démontrent la multiplicité des groupes et organismes qu'il a engendrés et la diversité des ressources et des services que les femmes ont mis sur pied.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, le mouvement des femmes a mis sur pied des services, proposé des approches et provoqué des débats. Que l'on pense, par exemple, aux maisons d'hébergement pour femmes violentées, aux centres de santé de femmes, aux nouvelles approches en santé mentale, aux débats sur l'humanisation des soins à la naissance, sur le recours aux sages-femmes, sur l'avortement libre et gratuit, ou encore aux prises de position des femmes à propos des nouvelles technologies de la reproduction.

De génération en génération, les femmes ont prodigué les soins aux enfants et aux parents âgés, et ont été en ce sens plus préoccupées des questions de santé que les hommes. Près des trois quarts de la main-d'oeuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux est composée de femmes. Aujourd'hui encore, ce sont elles qui fournissent le plus d'aide et de soutien aux parents en perte d'autonomie, aux enfants handicapés et aux déficients mentaux.

Dans les années 70, les préoccupations des femmes en matière de santé et de bien-être ont acquis une force nouvelle, confortées par divers mouvements idéologiques: mouvements des droits civils, lutte contre les inégalités sociales, campagnes écologiques et autogestionnaires, remise en question de la médecine traditionnelle. C'est ainsi que le sexisme de certaines attitudes médicales a été dénoncé. C'est ainsi que le mur du silence a été rompu autour de la violence faite aux femmes et aux enfants et que la société cherche encore aujourd'hui des moyens pour résoudre ce problème à l'ampleur et à la complexité insoupçonnées il y a à peine dix

ans. C'est ainsi également qu'un débat social important se déroule autour de divers aspects de la périnatalité et des difficultés à rendre compatibles maternité et travail, débat qui a d'ailleurs déjà produit certains changements: humanisation de l'accouchement, accessibilité plus grande à l'avortement, législation d'un droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. D'autre part, comme dispensatrices de services, les femmes « s'approprient » de plus en plus le rôle traditionnellement masculin de médecin et remettent en question la conception traditionnelle des soins infirmiers.

En résumé, le mouvement des femmes a amené une compréhension et un éclairage nouveaux des problèmes de santé et a présidé au développement de nouvelles formes d'intervention et de pratique. Cependant, les revendications légitimes de ce mouvement se heurtent encore aux idées reçues et aux préjugés comme en font foi, par exemple, la persistance des ghettos d'emploi et la faible représentation de femmes aux postes décisionnels.

3.3 L'émergence de nouvelles solidarités communautaires

L'évolution de la société québécoise a eu pour effet d'ébranler les assises traditionnelles et les réseaux d'entraide bâtis autour de la famille et de la parenté, du voisinage et des institutions religieuses. Ces dernières orchestraient, avant les années 60, tout un éventail d'organismes bénévoles et d'oeuvres de charité qui apportaient soutien matériel et réconfort moral aux gens dans le besoin. La philosophie d'entraide et la prise en charge des personnes étaient alors encadrées par les valeurs religieuses.

La Révolution tranquille ouvre la porte à de nouvelles formes d'organisations populaires qui s'affranchissent progressivement de la tutelle de l'Église et proclament leur intention de participer au développement social du Québec. Ainsi, sous l'impulsion du Conseil des oeuvres de Montréal et de ses animateurs sociaux, naissent les premiers comités de citoyens dans les quartiers populaires de Montréal. C'est un moyen de canaliser l'expression des demandes et des besoins locaux pour que l'État y prête l'oreille. Lentement, ces comités de citoyens vont, pour une bonne part, se transformer en associations d'aide mutuelle, en groupes de défense des droits sociaux ou encore en organismes de services: garderies, centres d'éducation, coopératives alimentaires, cliniques communautaires par exemple. Des groupes de défense des intérêts des femmes se constituent également, en particulier la Fédération des femmes du Québec (FFQ) et l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS).

Parallèlement, l'État québécois prend en main des pans de plus en plus larges de l'activité sociale: des ministères et des structures publiques de toutes sortes se créent, des commissions d'enquête élaborent de vastes réformes. Au cours des années 70 et plus particulièrement dans le sillon de la réforme des Affaires sociales, l'État tend à intégrer certains organismes communautaires à ses structures, comme ce fut le cas pour les cliniques populaires médicales et pour les cliniques juridiques, ou à soumettre leur développement à ses propres orientations. L'État développe donc l'organisation communautaire à l'intérieur de ses institutions et rend possible la participation des usagers aux processus décisionnels.

Bien que les organismes communautaires ne ressentent pas tous avec la même acuité les contrecoups de cette intervention massive de l'État et de l'intégration de différents services au réseau public – et plus particulièrement aux centres locaux de services communautaires (CLSC) – on peut néanmoins affirmer que toute cette période va être marquée par une réorganisation de l'action communautaire autonome, par opposition à celle qui sera désormais organisée sous l'égide de l'État. Des organismes disparaissent, n'étant pas en mesure de supporter la concurrence des établissements du réseau public ou ayant perdu leur raison d'être, comme certaines cliniques communautaires. D'autres organismes redéfinissent leur champ d'intervention, abandonnant certains services à l'État et se trouvant une mission propre: ce fut le cas des centres de bénévolat, de l'ambulance St-Jean. D'autres maintiennent à peu près intactes leurs activités, par exemple les Alcooliques Anonymes. D'autres, enfin, interviennent dans de nouveaux champs d'activité tels que le soutien aux ex-patients psychiatriques, aux femmes violentées.

Sous l'impulsion du mouvement féministe, de nombreuses organisations voient le jour: centres de santé de femmes, centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, centres d'hébergement pour femmes violentées. Des associations provinciales du type Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) et Fédération des femmes du Québec (FFQ) accroissent leur influence. Enfin, de nouveaux organismes sont créés avec le soutien du réseau, notamment des CLSC: quelques maisons de jeunes, des organismes pour ex-psychiatrisés, des clubs de l'âge d'or.

De manière générale, toutefois, on observe qu'au-delà des interventions ponctuelles et fragmentaires qui avaient jusqu'alors caractérisé sa présence dans le domaine des affaires sociales, l'État ne se contente plus de prendre la relève des agences privées ou encore des communautés

religieuses dans la fourniture de services de santé et de services sociaux: il impose en quelque sorte « son » modèle d'organisation. En fait, au début des années 70, l'État cherche à développer des services qui soient le plus près possible des gens et de la communauté et il y injecte beaucoup de fonds publics.

À partir du milieu des années 70, les organismes communautaires et bénévoles commencent à se redéployer, soit pour contrer la rigidité du système mis en place par l'État et son éloignement du milieu, soit pour recréer des solidarités d'intérêts, de valeurs et de besoins chez des groupes ou des personnes aux prises avec des problèmes particuliers. On revendique des droits nouveaux. On propose de nouveaux modèles de services et des manières différentes d'agir sur la santé et le bien-être des personnes et des collectivités. Au cours de ces années, on assiste à la formation de nombreux groupes d'entraide, comme des groupes d'ex-patients psychiatriques, et à l'émergence de structures d'aide innovatrices. Plusieurs ressources se créent au début des années 80: maisons de jeunes, maisons pour femmes violentées, centres de santé des femmes.

À partir de la fin des années 70, l'État redécouvre l'importance des organismes communautaires et le besoin aussi de les soutenir financièrement. Ainsi, du début des années 70 jusqu'en 1977-1978, la part du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) affectée annuellement au soutien des organismes communautaires n'excède pas annuellement 1,2 million de dollars répartis entre une trentaine d'organismes. En 1986-1987, ce budget s'élève à 26 millions de dollars et est distribué à quelques 250 organismes. Les demandes sont cependant plus nombreuses: 1000 organismes ont demandé plus de 72 millions de dollars.

Tout indique donc qu'à la faveur de l'évolution des dernières années, de nouveaux types de solidarités, fondés non plus sur des réseaux traditionnels mais sur des choix culturels, des styles de vie ou des problèmes communs, tendent à se substituer aux anciens modèles. Cette mobilisation des personnes et des collectivités autour de nouvelles formes d'entraide et de services revêt une ampleur réelle et prend un sens particulier. Bien que le mouvement soit dans une certaine mesure instable, qu'il soit éclaté dans ses manifestations, diversifié dans ses champs d'intervention et qu'il ne se laisse pas facilement appréhender dans sa totalité, il témoigne sans contredit de la volonté d'expression et d'action autonome de la communauté. Il témoigne également d'un effort de réappropriation par les collectivités des savoir-faire naturels et s'inscrit dans la perspective de la reconstruction d'un milieu communautaire et d'un développement social collectif. Dans la

mesure où l'État, par exemple, veut redéfinir ses politiques à l'égard des malades mentaux, dans la mesure également où il estime ne plus pouvoir créer de places nouvelles en centre d'accueil d'hébergement pour personnes âgées, son aide aux organismes communautaires ne peut aller qu'en s'accroissant. L'enjeu est de taille: comment peut-il les aider sans les scléroser comme ce fut le cas au début des années 70? Où s'établit la frontière entre les services que l'État doit fournir et ceux que la communauté peut et veut prendre à sa charge?

3.4 La revitalisation du dynamisme régional

Il y a un peu plus de vingt ans, pendant la Révolution tranquille, le gouvernement du Québec délimitait les régions de l'immense territoire de la province. Celles-ci, dans leur version gouvernementale, étaient des « régions administratives » servant de cadre aux programmes de planification économique du gouvernement et de développement industriel et visaient aussi à permettre une déconcentration des services gouvernementaux. On délimita ainsi dix régions administratives: l'Est du Québec (la Gaspésie et le Bas-Saint-Laurent), le Saguenay – Lac-Saint-Jean, Québec, la Mauricie – Bois-Francs, l'Estrie, Montréal, l'Outaouais, l'Abitibi – Témiscamingue, la Côte-Nord et le Nouveau-Québec.

Quelques années plus tard, le système de santé et de services sociaux participera à la dynamique de la déconcentration des services gouvernementaux et adoptera les régions administratives comme délimitations territoriales. De ce fait, les régions administratives seront aussi des régions socio-sanitaires.

Les préoccupations gouvernementales à l'égard des régions dans les années 60 s'expliquent par la volonté, d'une part, de planifier et de stimuler le développement économique et, d'autre part, de rendre plus accessibles les services gouvernementaux sur l'ensemble du territoire ou de les rapprocher des citoyens.

Ces nouvelles perspectives s'inscrivent dans un contexte de croissance économique et, parallèlement, de modernisation de l'État et des moyens d'intervention de celui-ci. Mais la réalité socio-économique québécoise de la fin des années 50 et du début des années 60 est faite aussi de disparités grandissantes de revenus et de croissance entre Montréal et Québec, d'une part, et le reste de la province, plus particulièrement les régions rurales, d'autre part. En 1961, par exemple, le chômage est dans la plupart des régions de 50 % plus élevé qu'à Montréal et à Québec et le revenu

disponible, dans bien des régions, est considérablement moins élevé qu'à Montréal ou Québec[25].

À la fin des années 50, une enquête du Sénat canadien constate la grande pauvreté qui sévit dans les milieux ruraux tant au Québec que dans plusieurs autres provinces. En 1961, le gouvernement fédéral se donne un instrument pour intervenir dans les régions avec sa *Loi sur l'aménagement rural et le développement agricole* (ARDA). À la fin de la décennie, il créera d'ailleurs un ministère de l'Expansion économique régionale.

Entre-temps, le gouvernement québécois ne reste pas inactif devant les disparités régionales et se dote en 1961 d'une première structure de planification: le Conseil d'orientation économique du Québec (COEQ). Les régions les plus défavorisées à cette époque sont la Gaspésie et le Bas-Saint-Laurent. Le gouvernement mettra sur pied le Bureau d'aménagement de l'Est du Québec (BAEQ) afin de planifier et de stimuler le développement économique et d'endiguer la désintégration sociale.

En 1968, le COEQ est remplacé par un nouvel organisme mandaté pour planifier l'ensemble du développement économique du Québec et gérer les projets de nature régionale: l'Office de planification et de développement du Québec (OPDQ). Cet organisme s'implantera dans toutes les régions et stimulera la création d'organismes locaux de développement économique composés de représentants du milieu, soit les conseils régionaux de développement (CRD). On peut dire de ces organismes issus des régions qu'ils sont une expression de leur dynamisme et aussi une manifestation de leur volonté de se prendre en main et d'orienter leur développement économique.

Le développement régional apparaît donc comme un objectif clé dès les années 60. En 1966, le ministère de l'Industrie et du Commerce propose une carte du Québec où le territoire est divisé en 10 régions administratives, chacune comptant une capitale régionale et étant divisée en 25 sous-régions. Cette division du territoire et la définition sous-jacente des régions du Québec se fondent sur des critères géographiques, démographiques et socio-culturels. Ainsi sont prises en considération les régions « naturelles », les voies de communication existantes, les pôles d'attraction et les concentrations urbaines mais aussi les territoires des diocèses, les aires de rayonnement des institutions d'enseignement et des hôpitaux. Le gouvernement entend ainsi déconcentrer ses activités et il invite les ministères offrant des services aux citoyens à implanter des bureaux dans les régions et les sous-régions. Après une quinzaine d'années de déconcen-

tration, on dénombre, en 1982, plus de 400 bureaux régionaux et plus de 1 000 bureaux locaux représentant quelque 22 ministères et 10 organismes gouvernementaux éparpillés sur l'ensemble du territoire. Plus de la moitié des effectifs (65 000 employés) sont affectés en 1982 à des bureaux locaux et régionaux[26].

La déconcentration des activités gouvernementales a eu pour effet de donner une impulsion et un nouveau souffle à bon nombre de capitales régionales et d'y drainer de nouveaux emplois. Les réseaux de l'éducation et des affaires sociales se développent dans l'ensemble du Québec et surtout dans les capitales régionales, constituant ainsi autant d'infrastructures dont les retombées économiques directes et indirectes dans les régions sont considérables. Dans la plupart des cas, cet apport d'emplois des secteurs public et parapublic assure une base économique solide et contribue grandement à animer la vie socio-politique et culturelle locale. Dans le secteur privé, plusieurs petites et moyennes entreprises (PME) naissent et se développent dans les régions. Plus que jamais, celles-ci constituent un terrain privilégié pour les nouveaux entrepreneurs qui, dans tous les domaines, travaillent au développement de leur région. On considère actuellement que les PME sont responsables de la création de 80 % des nouveaux emplois et que près de 40 % de l'emploi total leur est attribuable. Cette revitalisation des régions stimule aussi par ailleurs la fierté des Québécois et Québécoises, leur identification et leur sentiment d'appartenance à leur région ou à leur sous-région.

En outre, l'impératif du développement économique et social a aussi engendré une volonté manifeste de concertation entre les acteurs sociaux des régions et la nécessité de promouvoir les intérêts régionaux face au pouvoir central. Cette promotion des intérêts régionaux s'est en effet avérée nécessaire, car la déconcentration des activités gouvernementales ne s'est pas accompagnée d'un déplacement des pouvoirs des instances centrales au profit des régions non plus que de délégation substantielle d'autorité. L'exemple des CRSSS en fait foi!

Les sommets socio-économiques régionaux ont servi de forums à la promotion de ces intérêts en même temps que de lieu de concertation privilégié. De 1981 à 1986, dix sommets ont été tenus dans les régions et ont été autant de manifestations de ce nouveau dynamisme régional. La participation à ces événements a été remarquable puisque quelque 2 500 personnes en moyenne ont travaillé directement à l'une ou l'autre des phases de réalisation de la démarche de concertation dans chacune des régions. Selon le Secrétariat permanent des conférences socio-

économiques, une telle participation traduit la volonté des acteurs de s'engager et d'être le maître d'oeuvre du développement social et économique de la région.

Toutefois, la revitalisation des régions a aussi entraîné une remise en question du découpage initial du territoire. En effet, les régions administratives de 1966 ne sont pas toutes devenues des régions socio-économiques significatives d'où émane un sentiment d'appartenance fondé sur l'homogénéité sociale et culturelle. Certaines d'entre elles se sont redéfinies et ont changé de configuration. Quant aux divers ministères, ils ne définissent plus les régions de la même manière, à tel point que l'on trouve aujourd'hui plus d'une dizaine de découpages administratifs différents, ce qui nuit grandement à la cohérence de l'action gouvernementale et à la concertation entre les acteurs régionaux.

La grande région de Montréal, par exemple, comprenait en 1966 l'île de Montréal et l'île Jésus ainsi que, ce que l'on appelle aujourd'hui, la Montérégie, les Laurentides et de Lanaudière. Or, dans les faits, pour la majorité des ministères, la Montérégie est maintenant une région, et les Laurentides et de Lanaudière en sont une autre.

Ce redécoupage des régions résulte donc de la combinaison de plusieurs dynamiques parallèles. L'évolution démographique en est une et elle influence les réorganisations administratives des ministères et leurs découpages en fonction des besoins et des contraintes spatiales (distances, etc.). L'autre dynamique déterminante, socio-politique cette fois, concerne les sentiments d'appartenance qui, avec le temps, ne correspondent plus ou n'ont jamais vraiment correspondu aux régions administratives et provoquent ainsi une remise en question du découpage initial. C'est le cas, par exemple, de la Gaspésie et du Bas-Saint-Laurent, des Laurentides et de Lanaudière.

De plus, au début des années 80, une autre dynamique socio-politique est venue ébranler le découpage initial des régions administratives. Le gouvernement de l'époque avait nommé un ministre délégué à l'Aménagement et au Développement régional et celui-ci voulait, d'une part, ajuster les régions administratives à la réalité des années 80 et, d'autre part, définir des régions d'appartenance comme espace « susceptible de constituer à brève échéance un lieu d'aménagement et de développement régional ». Les régions d'appartenance se réfèrent aux territoires des municipalités régionales de comté (MRC), créées à la fin des années 70, ou aux territoires des communautés urbaines de Montréal (CUM) et de

Québec (CUQ) ainsi qu'à la communauté régionale de l'Outaouais (CRO). La consultation de tous les intéressés, territoires de MRC et régions administratives, a suscité une volonté de changement qui donna lieu à un nouveau projet de définition des régions administratives du Québec.

Le gouvernement du Québec a révisé en décembre 1987 les limites des régions administratives du Québec, régions qui sont maintenant au nombre de 16. Essentiellement, ces 16 régions sont, pour certaines, le fruit de dynamiques socio-politiques et, pour d'autres, une simple officialisation d'un état de fait, un ajustement à l'évolution des activités administratives de la majorité des ministères. Enfin, la nouvelle carte des régions administratives du Québec ajuste les territoires des régions à ceux des MRC.

Les 16 régions administratives deviennent donc:

Région	**Population estimée en 1986**	**Territoires de MRC ou communauté urbaine inclus dans les régions administratives**
Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine	111 200 habitants	Les MRC Avignon, Bonaventure, Denis-Riverin, La Côte-de-Gaspé, Les Îles-de-la-Madeleine, Pabok
Bas-Saint-Laurent	210 770 habitants	Les MRC Kamouraska, La Matapédia, La Mitis, Les Basques, Matane, Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup, Témiscouata
Saguenay – Lac-St-Jean	284 117 habitants	Les MRC Lac St-Jean Est, Le Domaine-du-Roy, Le Fjord-du-Saguenay, Maria-Chapdelaine
Québec	586 655 habitants	La Communauté urbaine de Québec, les MRC Charlevoix, Charlevoix-Est, La Côte-de-Beaupré, La Jacques-Cartier, L'Île d'Orléans, Portneuf
Québec-Sud	356 768 habitants	Les MRC Beauce Sartigan, Bellechasse, Les Chutes-de-la-Chaudière, Desjardins, La Nouvelle-Beauce, Les Etchemins, L'Islet, Lotbinière, Montmagny, Robert-Cliche, L'Amiante

Région	Population estimée en 1985	Territoires de MRC ou communauté urbaine inclus dans les régions administratives
Mauricie – Bois-Francs	452 126 habitants	Les MRC Arthabaska, Bécancour, Le Centre-de-la-Mauricie, Drummond, Francheville, Le Haut-Saint-Maurice, L'Érable, Maskinongé, Mékinac, Nicolet-Yamaska
Estrie	257 744 habitants	Les MRC Coaticook, Le Granit, Le Haut-Saint-François, Le Val Saint-François, L'Or-Blanc, Memphrémagog, Sherbrooke
Île de Montréal	1 752 582 habitants	La Communauté urbaine de Montréal
Laval	284 164 habitants	La MRC Laval
Les Laurentides	320 066 habitants	Les MRC Antoine-Labelle, Argenteuil, Les Laurentides, Les Pays-d'en-Haut, Deux-Montagnes, La Rivière-du-Nord, Thérèse-de-Blainville, Mirabelle
La Montérégie	1 096 440 habitants	Les MRC Acton, Beauharnois-Salaberry, Brôme-Missisquoi, Champlain, La Haute-Yamaska, Le Haut-Richelieu, Le Haut-Saint-Laurent, Les Jardins-de-Napierville, Les Maskoutains, Roussillon, Rouville, Vaudreuil-Soulanges, Le Bas-Richelieu, La Vallée-du-Richelieu, Lajemmerais
Lanaudière	279 018 habitants	Les MRC D'autray, Joliette, L'Assomption, Les Moulins, Matawinie, Montcalm
Outaouais	255 744 habitants	La Communauté régionale de l'Outaouais, les MRC La-Vallée-de-la-Gatineau, Papineau, Pontiac

Région	Population estimée en 1985	Territoires de MRC ou communauté urbaine inclus dans les régions administratives
Abitibi – Témiscamingue	144 891 habitants	Les MRC Abitibi, Abitibi-Ouest, Vallée-de-l'Or, Rouyn-Noranda, Témiscamingue
Côte-Nord	99 248 habitants	Les MRC Caniapiscau, La Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Minganie, Sept-Rivières, et la Municipalité Côte-Nord du Golfe-Saint-Laurent
Nord du Québec	36 800 habitants	La municipalité de la Baie-James, les villes enclaves de Matagami, Lebel-sur-Quévillon, Chibougamau et Chapais, les communautés cries, les municipalités de villages nordiques de la région Kativik

À l'instar d'autres ministères et organismes gouvernementaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait s'inscrire dans cette réorganisation administrative du territoire québécois. Il devrait s'associer à cette volonté d'établir une assise territoriale unique qui constitue la base de la restructuration du découpage territorial. Soulignons d'ailleurs que les territoires de référence des CLSC épousent déjà les limites des territoires des MRC qui constituent la base de toute cette réforme gouvernementale.

3.5 Une nouvelle manière de penser, de sentir et d'agir en matière de santé

Il est aussi un vent de changement, moins tangible et peut-être plus diffus, qui traversa notre société au cours des vingt dernières années et qui influença directement l'état de santé et le bien-être présents et futurs de la population, à savoir l'émergence d'une « culture de la santé ». Comparé aux transformations de la famille, au mouvement des femmes vers l'égalité, à la résurgence des organismes communautaires et bénévoles ou aux volontés d'autonomie régionale, ce mouvement semble avoir des frontières difficilement définissables. Il n'en est pas moins très réel. En fait, pour toutes sortes de raisons et de toutes sortes de manières est en train d'émerger une nouvelle façon de penser, de sentir et d'agir en matière de

santé. Non seulement une personne doit-elle consulter un thérapeute quand un problème de santé se présente, mais elle doit également prévenir la maladie tout comme les gouvernements doivent assurer un environnement sain et propice à l'épanouissement des capacités vitales de chacun, indépendamment de ses revenus, de son âge et de son lieu de résidence.

Notre intention n'est pas de discuter ici des innombrables rapports gouvernementaux qui à travers le monde plaident pour le développement de politiques véritablement axées sur la santé plutôt qu'uniquement sur la maladie. Notre seul objectif est d'essayer de décrire cette nouvelle « culture de la santé ». Celle-ci se manifeste, primo, par la connaissance plus large qu'ont maintenant les gens des dangers qui menacent leur santé, secundo, par la modification de comportements conséquente à cette sensibilisation et, tertio, par le recours plus fréquent à des formes de thérapie que n'offre pas la médecine traditionnelle.

Il n'y a pas si longtemps, on croyait que la maladie était une malchance, un hasard, une malédiction divine. On disait d'ailleurs qu'on « attrapait » une maladie. On ne savait trop pourquoi telle personne « attrapait » une rougeole et pas l'autre, une maladie cardiaque, un cancer, pourquoi un tel avait un accident de travail, de la route et pas un autre, pourquoi tel nouveau-né décédait et pas l'autre.

Avec l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, la diminution sensible des maladies infectieuses, l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès remarquables des connaissances épidémiologiques, le regard porté sur la maladie et le corps humain se met à changer. On s'aperçoit que certaines personnes sont plus « à risque » que d'autres, que certains environnements sont plus dangereux (plus cancérigènes, plus propices aux accidents) que d'autres et que certains comportements peuvent entraîner des pathologies très précises. Le champ des causes possibles de maladies s'élargit: après les virus et les bactéries, diverses habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité, etc.) et divers facteurs de risque environnementaux (pollution, amiante) ont été identifiés et continuent de l'être, comme c'est le cas du stress, de la fatigue.

Ces connaissances scientifiques se répandent lentement dans le grand public, dans les milieux plus nantis et plus instruits d'abord, dans les couches moyennes et populaires ensuite. De nouvelles normes sanitaires émergent ainsi: il ne faut pas fumer ni boire trop d'alcool, il faut équilibrer son alimentation, surveiller son poids, apprendre à se relaxer, faire de l'exercice, porter sa ceinture de sécurité en automobile, et ainsi de suite.

Dans cette foulée, la notion même de bonne santé se met à changer. Alors que la santé a longtemps été vue comme l'absence de maladies, puis, de manière plus positive, comme un état de complet bien-être physique, mental et social, voilà qu'on la redéfinit maintenant de manière moins statique: la santé est « une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu » dont l'objectif est, pour reprendre les mots du poète Paul Valéry, « d'enrichir chacun de ses dons », c'est-à-dire de permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités, compte tenu de son héritage génétique[27].

Tous les sondages révèlent que les gens font des efforts conscients pour se tenir en bonne santé. Ainsi, d'après le sondage effectué pour la Commission, hommes et femmes (ces dernières davantage) disent faire un effort particulier pour équilibrer leur alimentation (69,5 %), contrôler leur poids (49,3 %), dormir suffisamment (58,2 %) et se relaxer (62,4 %). Non seulement les attitudes changent-elles, mais aussi les comportements. Par exemple, près de 37 % de Québécois sont fumeurs. Parmi les non-fumeurs, 41 % sont des ex-fumeurs. La consommation de tabac varie beaucoup d'une couche sociale à l'autre et il est à noter que les femmes fument de plus en plus; il reste néanmoins que la tendance générale est à la baisse. Enfin, plus de 50 % de gens disent faire de l'exercice trois fois par semaine. Bref, de toute évidence, les comportements changent dans la direction souhaitée par les professionnels de la santé publique.

Parallèlement et corollairement – dans une certaine mesure –, les personnes qui en ont les moyens recourent de plus en plus à diverses formes de thérapie. On dénombrait en 1984 pas moins de 25 formes de psychothérapie différentes[28]. Selon le sondage effectué en 1987 pour la Commission, 8 % de la population interviewée déclarent avoir déjà consulté soit un psychologue, soit un psychiatre ou un travailleur social ou une autre personne-ressource de ce type. Il s'agit en majorité de femmes (67,3 %) habitant dans les grandes villes (11 % des consultations ont lieu à Montréal et à Québec, 5 % dans les autres régions).

Par ailleurs, la consommation de médecines douces prend une ampleur considérable ces dernières années. Toujours selon ce sondage, 14 % de Québécois de 18 ans et plus ont déjà recouru aux médecines douces (11 % en 1986). Ce taux peu élevé par rapport aux taux internationaux est dû en partie à la jeunesse de ce mouvement au Québec et au fait qu'ici généralement seuls des non-médecins pratiquent ce type d'approche. Dans plusieurs pays européens, par exemple, l'homéopathie est pratiquée par bon nombre de médecins. Au Québec, ce sont les chiropraticiens (7,8 %

de la population avec en moyenne 10,8 visites par personne par année), les acupuncteurs (3,2 %; 7,8 visites par personne par année) et les naturopathes (1,6 %; 1,8 visite par personne par année) qui sont les plus fréquentés.

La Commission a voulu savoir comment la population se comporte lorsqu'elle souffre d'un mal chronique, en l'occurrence d'un mal de dos, mal du siècle par excellence[29], pour lequel il existe de nombreuses pratiques dites « alternatives ». Selon cette étude, 11 % de la population de 18 ans et plus disent avoir souffert, au cours des deux dernières années, d'un mal de dos pendant au moins six mois. Ces sujets souffrent du dos en moyenne depuis 9 ans. Parmi ceux-ci, 78 % ont consulté des médecins – qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes – et près d'un sujet sur deux (44 %) a consulté un praticien dit « alternatif » (85 % ont vu un chiropraticien, 12 % un acupuncteur). Cette étude met en évidence le paradoxe suivant: les médecines douces sont perçues comme les plus satisfaisantes en raison du caractère complet de l'investigation (examen, explication) et de la qualité du soulagement qu'elles procurent. Or, même si les gens s'avouent moins satisfaits des médecins traditionnels, ils se disent pourtant disposés à retourner les consulter autant que les praticiens des médecines douces. Le spécialiste et le physiothérapeute seraient même les intervenants les plus recommandés à un ami. Ces résultats incitent à formuler l'hypothèse que la médecine officielle et les médecines douces les plus importantes sont perçues comme complémentaires par la population: les patients souffrant de mal de dos chronique ont fortement confiance dans le diagnostic médical, mais ils accordent une grande valeur au soulagement que procurent les médecines douces et au type d'interaction que celles-ci développent entre le praticien et le patient.

En résumé, le slogan de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), *La santé pour tous en l'an 2000*, n'est pas seulement le reflet d'une volonté politique de réduire les inégalités de santé entre les pays et entre les couches sociales dans un même pays. Il traduit un mouvement, lent mais profond, présent au sein des peuples occidentaux soucieux d'évaluer les risques à la lumière des connaissances sans cesse plus précises des déterminants de la santé et d'avoir accès à des thérapies les plus variées et les plus appropriées possible aux problèmes de chaque personne. Ce mouvement semble déboucher aujourd'hui non seulement sur une volonté de prévention des risques et sur une valorisation des médecines douces, mais aussi sur une volonté de promotion de la santé: l'on parle désormais de qualité de la vie affective, de qualité de la vie au travail, de qualité de l'environnement urbain. En 20 ans s'est opéré un bouleversement majeur

de nos façons de voir le corps, l'interaction entre le corps et l'esprit, la maladie et la santé. Voilà qui ébranle et métamorphose nos manières d'agir.

Conclusion: des constats fondamentaux

Les diverses tendances évolutives, qui aux yeux des gens de quarante ans et plus ont littéralement métamorphosé le Québec de leur enfance, peuvent se résumer sous forme de constats:

- Après une période de croissance prodigieuse dans les années de l'après-guerre, l'économie connut, au début des années 80, une décroissance brutale – la pire depuis la crise des années 30 – avant d'amorcer enfin une reprise au milieu de la présente décennie. Cette évolution a fait prendre conscience du caractère limité des ressources de l'État et des arbitrages qui s'imposent devant le caractère presqu'illimité des besoins. Tel est le noeud des problèmes de financement et de fonctionnement du système des services sociaux et des services de santé.
- Comme dans tous les autres pays industrialisés et dans les autres provinces canadiennes, le Québec a vu l'État occuper une place de plus en plus grande au sein de l'économie et de la vie collective. Cette expansion a transformé les mécanismes de régulation de la société, ce dont la récession de 1981-1982 a fait prendre conscience. Depuis lors, un débat social s'est engagé entre les tenants et les opposants de l'intervention de l'État.
- Le marché du travail et de l'emploi s'est profondément transformé sous l'impulsion de la compétition internationale, de l'*entrepreneurship* québécois dans les PME, de la tertiarisation de l'économie et de l'arrivée massive de femmes sur le marché du travail. On observe une « précarisation » de l'emploi, avec 40 % de la main-d'oeuvre dans un statut d'emploi autre que l'emploi régulier à plein temps. Le milieu hospitalier offre sans doute le plus bel exemple de cette précarisation de l'emploi qui touche particulièrement les jeunes et les femmes.
- Le Québec, un des pays les plus féconds d'Occident il y a à peine 25 ans, n'enregistre plus que 1,4 enfant par femme – un des plus bas taux au monde. Sa population vieillit beaucoup plus rapidement qu'ailleurs, sans pourtant atteindre les taux relatifs à la population de 65 ans et plus de plusieurs pays européens. Enfin, l'immigration est beaucoup plus diversifiée qu'il y a 15 ans: Montréal commence à ressembler aux grandes métropoles internationales par sa diversité ethnoculturelle. Cette évolution démographique a posé et continue de

poser des défis majeurs au système des services sociaux et des services de santé obligé de se rajuster.

- Le nouveau pluralisme de la société québécoise n'est nulle part plus manifeste que dans la multiplication des modèles de famille et dans les innombrables changements d'attitude et de valeurs que cela entraîne. Les institutions sociales, comme les personnes, sont encore en train de s'habituer au fait que nous ne vivons plus dans une société monolithique où la famille biparentale est la norme. Dans ce contexte, le développement de l'entraide et du soutien financier et socio-affectif deviennent des objectifs fondamentaux.
- L'entrée massive des femmes sur le marché du travail depuis la fin des années 60 a déclenché une marche vers l'égalité des sexes dont les répercussions dans le domaine de la santé et des services sociaux sont multiples: féminisation d'emplois traditionnellement masculins, revendication en matière de pratique médicale, dénonciation de la violence sous toutes ses formes, création de nouveaux modes de distribution de services.
- Après une période de réorganisation, les organismes communautaires et bénévoles occupent de nouveau au Québec une place très importante. D'une certaine manière, ils sont en train de reprendre la place que tenaient jadis les réseaux d'entraide bâtis autour de la famille étendue, du voisinage et surtout des institutions religieuses.
- La notion de région au Québec a maintenant un sens non seulement administratif, mais aussi politique, social et culturel. C'est là, en partie, le résultat des efforts du gouvernement du Québec pour se rapprocher de ses citoyens. C'est aussi le résultat de plusieurs formes de concertation entre les établissements au niveau de la région.
- En matière de santé, les manières de penser, de sentir et d'agir se sont profondément transformées depuis vingt ans, sous l'impulsion du développement des connaissances épidémiologiques et de la multiplication des formes de thérapies offertes pour résoudre les problèmes de santé.

Cette métamorphose du Québec signifie que notre société est maintenant profondément pluraliste, tant sur le plan des idéologies que des comportements. Les gens sont d'ailleurs placés devant des choix qu'ils n'avaient pas à faire auparavant: choix entre le mariage et le célibat, choix entre différents types d'unions, choix de la maternité, choix du nombre d'enfants, choix pour la mère d'avoir ou non un travail rémunéré, choix pour le père d'assumer ou non une partie du rôle traditionnellement dévolu aux mères, choix de poursuivre ou non une union, choix de programmes scolaires, etc.

Cette nouvelle liberté de choix a été et demeure source d'insécurité, de tension et de conflits, voire d'essoufflement. Mais elle débouche aussi sur une quête de solidarité et d'égalité entre les sexes, une revitalisation des liens qui unissent les personnes et une créativité nouvelle et plus réfléchie.

Alors que le Québec des années 40 et 50 se caractérisait par son monolithisme religieux, celui des années 80 s'affirme à travers ses différences: diversification de la composition ethnique, multiplication des formes de croyance religieuse, accroissement du nombre de groupes de pression représentant les intérêts de telle ou telle catégorie sociale, affirmation des identités régionales, diversité des itinéraires scolaires possibles, multiplication des formes de thérapie accessibles dans le domaine de la santé mentale et de la santé physique, complexification de la division du travail, diversification des formes d'appartenance syndicale ou corporatiste, tolérance plus grande à l'égard de l'homosexualité et ainsi de suite.

Ce pluralisme des valeurs, des attitudes et des comportements a plusieurs origines qu'il ne convient pas d'analyser ici. Notons cependant qu'il est directement tributaire du niveau de scolarisation qui a considérablement augmenté ces vingt-cinq dernières années. À la suite des réformes de l'éducation des années 60, la scolarité moyenne de la population est passée de 9 ans en 1971 à 10,4 ans en 1981 – cette hausse est d'ailleurs commune à l'ensemble des pays industrialisés. En 1971, les 25-34 ans avaient une scolarité moyenne de 9,9 années contre 12,1 ans maintenant.

Une société pluraliste comme la nôtre requiert de la part de ses membres une très grande capacité d'adaptation. Dans ce contexte, le défi du réseau des affaires sociales, des gestionnaires comme des intervenants, c'est de prendre conscience de ce pluralisme et de respecter en profondeur les choix que les gens font, même si ces choix sont différents des leurs.

Chapitre 2

L'évolution des problèmes de santé au Québec

Introduction

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux n'a pas reçu le mandat de dresser le portrait de l'état de santé des Québécois et des Québécoises. D'autres organisations ont davantage cette mission: mentionnons notamment la contribution majeure que l'enquête Santé Québec, présentement en cours, apportera à la mise à jour des données et à la description des principaux problèmes de santé au Québec.

Toutefois, on ne peut s'interroger sur les problèmes de fonctionnement et de financement du système sans réfléchir aux finalités qui l'animent et aux dynamiques qui commandent son développement. D'ores et déjà, le système de santé nous apparaît principalement centré sur le développement des moyens (structures, services, main-d'oeuvre, etc.) plutôt qu'orienté vers la résolution de problèmes de santé bien définis. Si on entend lui redonner un sens, une impulsion nouvelle et des objectifs aptes à mobiliser l'ensemble des forces et des ressources dans ce secteur, finalement si on entend poser les jalons d'une politique globale de santé au Québec, il est fondamental que l'on dispose de la connaissance la plus précise possible des problèmes auxquels il faudra s'attaquer.

La Commission ne prétend pas innover sur ce terrain. Elle tient cependant à partager avec ses interlocuteurs un tableau succinct des principaux problèmes de santé au Québec[30], ceux-ci étant à l'origine, finalement, de la grande majorité de la demande de services. Il faut noter que ce portrait ne tient pas compte des données relatives au Nouveau-Québec. Il s'agit là d'une région bien spéciale, tant sur le plan géographique et culturel que sur le plan socio-sanitaire; à titre d'exemple, la mortalité infantile y atteignait un taux de 50 pour 1 000 habitants en 1971 alors que ce taux était de 17,3 au Québec.

Nous verrons qu'au Québec, comme ailleurs dans le monde, de nouvelles tendances se dessinent dans l'évolution de la mortalité et de la morbidité. Les pays industrialisés connaissent depuis deux ou trois décennies une véritable « transition épidémiologique » qui se caractérise par une amélioration notable de l'espérance de vie, une diminution draconienne de la mortalité infantile et une modification de l'incidence de la morbidité, étant donné l'augmentation des maladies chroniques.

Les gains obtenus aux dépens de la mortalité ont repris de l'ampleur depuis 1976, ce qui autorise de nouveaux espoirs. De 1971 à 1980, par exemple, les principaux risques à la baisse étaient les suivants: une réduction de plus de 50 % de la mortalité périnatale, des baisses chez les hommes de plus de 20 % pour les maladies ischémiques du coeur, les maladies cérébro-vasculaires et les accidents de véhicules automobiles; chez les femmes une réduction de la mortalité de 34 % pour les maladies ischémiques du coeur, de 28 % pour les maladies cérébro-vasculaires, de 50 % pour le cancer du col de l'utérus et de 11 % pour le cancer du sein.

Par contre, parmi les risques à la hausse, les taux de suicide ont augmenté de plus de 49 % chez les hommes et chez les femmes; la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et des poumons s'accroît de 75,2 % chez les femmes et de 32,9 % chez les hommes. Le SIDA doit également figurer parmi les principales menaces à l'heure actuelle. Ce portrait coïncide étonnamment avec les tendances observées dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE): baisse globale de la mortalité par maladie cardio-vasculaire, augmentation de la mortalité par cancer, en grande partie du fait du cancer du poumon, baisse sensible des décès par traumatismes, sauf dans le cas du suicide qui est à la hausse. Des données plus récentes dans le cas du Québec pourront nous amener à nuancer ce tableau: par exemple, les traumatismes seraient de nouveau à la hausse, de même que les cancers du sein et du col de l'utérus.

En plus des causes de décès, notre bilan doit tenir compte de la prévalence de plus en plus grande de maladies qui influent sur la qualité de vie des individus, en particulier les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et les maladies chroniques telles que les maladies mentales, l'hypertension, les maladies respiratoires et les maladies rhumatismales. De l'avis de nombreux observateurs, il faut dorénavant accorder un maximum d'attention à l'évolution des maladies chroniques: leur impact global ne cesse de s'aggraver, la régression progressive des formes aigües de la maladie donnant graduellement plus de poids aux formes chroniques

et dégénératives. L'OCDE estime même qu'aujourd'hui, 80 % de l'ensemble des décès dans les pays industrialisés et une partie encore plus grande des incapacités totales s'expliquent par des maladies dégénératives dont les causes ne sont guère connues.

Il ne fait dorénavant plus de doute que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs: les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins lui-même. Nous traiterons de ce dernier aspect dans la Partie II du présent rapport. Après un bref aperçu de l'évolution des principales pathologies depuis 15 à 20 ans, nous examinerons la part et le rôle des facteurs biologiques, des habitudes de vie et des conditions environnementales sur l'état de santé de la population québécoise.

Des constats se dégagent de ces observations. Des inégalités persistent sur le plan de la santé. Par ailleurs les progrès réalisés dans la lutte contre la mort mettent en évidence le rôle stratégique de la promotion de la santé et de la prévention. La part croissante des maladies chroniques pose de nouveaux défis. L'allongement de l'espérance de vie ne peut constituer l'unique objectif du système de santé; celui-ci doit dorénavant s'appliquer à assurer le plein développement et la pleine utilisation du potentiel physique et mental des personnes. Autrement dit, il doit viser à ajouter de « la vie aux années ». Finalement la nécessité que le Québec se dote d'une politique globale de santé axée sur des objectifs de résultats recueille un consensus de plus en plus large.

1. L'évolution des principaux problèmes de santé au Québec

1.1 Les indicateurs généraux de l'état de santé

L'état de santé de la population québécoise s'est nettement amélioré depuis 15 ans. En 1984, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 71,9 ans, celle des femmes de 79,6 ans. Sur ce plan, le Québec se place maintenant en bonne position parmi les pays industrialisés et dépasse notamment les États-Unis, l'Allemagne fédérale, la Belgique et l'Autriche. Il demeure toutefois en deçà de la moyenne canadienne qui est de 72,7 ans pour les hommes et reste la même pour les femmes (79,6 ans).

Au total, depuis 1951, les gains de l'espérance de vie à la naissance sont impressionnants: 7,5 ans pour les hommes et 11 ans pour les femmes. Cependant, ces gains ne se sont pas réalisés de façon continue. Alors que le début des années 50 enregistrait une importante progression sur ce

terrain, les années 60, elles, consacraient plutôt une certaine stagnation de la mortalité. En 1971, l'espérance de vie au Québec était toujours inférieure d'une année à la moyenne canadienne. À partir du milieu des années 70, l'espérance de vie connaissait un nouveau bond: ainsi entre 1976 et 1980, elle progressait de 1,26 an chez les hommes et de 1,51 an chez les femmes. Cette même évolution était également observée dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

Les gains acquis en espérance de vie sont principalement dus à une baisse assez spectaculaire de la mortalité infantile, de même qu'à une importante modification des causes de décès, phénomène que nous étudierons plus à fond dans les sections suivantes. Considérée comme une cible prioritaire dans le domaine de la santé, la mortalité infantile a subi des reculs considérables au Québec. Le taux de mortalité infantile, qui était de 31,5 décès sur 1 000 naissances vivantes en 1961, chutait à 7,2 sur 1 000 en 1985. Depuis dix ans, ces taux accusent une très forte baisse dans toutes les régions du Québec, et même dans les quartiers les plus pauvres des grandes villes.

Grâce aux efforts déployés dans ce secteur (c'est d'ailleurs un des domaines où l'amélioration des soins de santé a donné les résultats les plus probants), le Québec a maintenant le taux de mortalité infantile le plus bas du Canada et l'un des plus faibles au monde. Il ne faut toutefois pas en déduire que ce domaine d'intervention ne mérite plus une attention soutenue. Au contraire, on peut toujours effectuer des progrès importants en agissant sur certains problèmes de mieux en mieux connus tels que les naissances de bébés de petit poids, les malformations congénitales, le syndrome de la mort subite du nouveau-né, etc. La prématurité cause à elle seule 85 % de la mortalité chez les nouveaux-nés et est responsable de handicaps graves chez 12 % des survivants. Le Québec compte actuellement sept naissances prématurées sur 100; la Suède, en comparaison, en compte moins de cinq. De plus, des inégalités sensibles subsistent toujours entre différentes régions et différents territoires du Québec, les taux de mortalité infantile variant de 11 à 7 sur 1 000 naissances vivantes selon les endroits. On devra donc se préoccuper de réduire ces écarts: si les meilleurs taux atteints à Montréal en 1981 avaient été égalés partout au Québec, 945 décès d'enfants auraient été évités de 1979 à 1983.

La baisse de la mortalité infantile explique à elle seule une part importante des gains obtenus pour l'espérance de vie à la naissance, mais l'espérance de vie s'est également accrue pour tous les groupes d'âge. Les taux de survie des enfants de 1 à 14 ans et des jeunes adultes de 15 à

35 ans ont connu des gains sensibles. Généralement les gains d'espérance de vie chez les adultes de 45 à 64 ans sont plus faibles. La baisse des décès par infarctus du myocarde a tout de même permis depuis 1976 un fléchissement réel du taux de mortalité de ce groupe. Enfin, des progrès plus modestes, mais aux répercussions multiples, ont été réalisés pour les groupes d'âge plus avancés. Entre 1976 et 1980, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté d'un an chez les hommes et de deux ans chez les femmes. Les plus de 65 ans ont connu un allongement de la durée de vie aussi important au cours de dix dernières années qu'au cours des quarante années précédentes.

Alors qu'il comptait parmi les sociétés les plus jeunes d'Occident, le Québec rejoindra, à long terme, le rang des pays à vieillissement avancé. Le vieillissement démographique risque d'avoir sur le système de santé une incidence majeure, qui sera modulée par d'autres facteurs comme l'état de santé des personnes âgées de demain, leur profil de consommation de services et les modes d'organisation des soins. Quoi qu'il en soit, la plupart des observateurs estiment que l'espérance de vie à la naissance n'a pas fini de croître. Les actuaires de la Social Security Administration des États-Unis prédisent une espérance de vie de 82,6 ans pour les hommes et de 94,2 ans pour les femmes en 2051[31]. Certains sont toutefois d'avis que l'action médicale classique ne peut plus guère faire reculer les limites imposées par la biologie à la vie humaine: par exemple, toute réduction significative du taux de mortalité infantile semble désormais peu probable[32].

Bien que des progrès aient été réalisés dans la lutte contre la mort, d'importantes inégalités sur le plan de la mortalité persistent toujours entre les sexes, les catégories socio-professionnelles, les quartiers et les régions du Québec. Les écarts d'espérance de vie à la naissance entre les sexes, par exemple, se sont continuellement creusés depuis 1931, pour atteindre près de huit ans en 1980. Les données de 1984 indiquent cependant une stabilisation, sinon une mince réduction de l'écart: 7,7 ans contre 7,8 en 1981. Cet écart entre les hommes et les femmes serait attribuable, en majeure partie, à la différence entre les sexes des taux de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Le Québec occupe toujours pour la surmortalité masculine le deuxième rang des pays de l'OCDE.

L'écart d'espérance de vie à la naissance entre les différentes régions du Québec est relativement faible. Toutefois, quels que soient les indicateurs de mortalité retenus (mortalité infantile, mortalité par accident, espérance de vie), les régions périphériques sont toujours les plus vulnérables. Par ailleurs, les écarts entre quartiers à Montréal sont beaucoup plus

grands et reflètent d'importantes inégalités socio-économiques. Les résidents des quartiers aisés jouissent en effet d'une espérance de vie supérieure à celle des pays scandinaves, qui ont pourtant le taux le plus élevé au monde. Par contre, l'espérance de vie dans les quartiers défavorisés descend au niveau de celle des pays en voie de développement, niveau qu'atteignait le Canada il y a 30 ans[33].

Un autre phénomène retient dorénavant de plus en plus d'attention: les gains en longévité réalisés dans les dernières décennies ne sont pas nécessairement accompagnés d'une amélioration équivalente de la qualité de la vie. En fait, on est loin d'avoir obtenu pour l'incapacité les résultats observés pour la mortalité. Plusieurs études américaines notent une hausse des déclarations de limitation d'activités dans l'ensemble de la population, notamment chez les personnes âgées. L'enquête Santé Canada estime, par exemple, que 31,3 % des personnes âgées de 65 à 74 ans sont restreintes dans l'exercice de leurs activités; cette proportion grimpe à 45 % chez les 75 ans et plus. Les gains en longévité, particulièrement au-delà de 75 ans, auraient donc pour effet d'augmenter les épisodes de mauvaise santé et d'incapacité. On observe depuis 1980 un phénomène important: l'intensification du recours aux soins spécialisés chez les personnes âgées. L'alourdissement de cette clientèle risque d'avoir une forte incidence sur le système de soins.

L'indicateur « d'espérance de vie en bonne santé », récemment élaboré au Québec[34], combine les données de mortalité prématurée et de restriction d'activité prévalant dans l'ensemble de la population, de façon à évaluer l'espérance de vie sans incapacité permanente de différents groupes donnés. On a ainsi calculé qu'aujourd'hui au Québec, les hommes risquent de connaître des restrictions d'activités transitoires ou permanentes pendant en moyenne 11 ans de leur vie, et les femmes, pendant 18 ans! En fait, de 1951 à 1978, les gains en espérance de vie en bonne santé n'auraient été respectivement que de 1,3 an pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes. Certains chercheurs parlent donc de stagnation de l'espérance de vie en bonne santé. On a même enregistré des épisodes de diminution, comme chez les femmes américaines de 1966 à 1976.

Cette situation provient en bonne partie du fait que les gains en espérance de vie sont beaucoup plus souvent qu'auparavant attribuables aux groupes d'âge les plus élevés, alors que c'est à cette période de la vie que les restrictions d'activités deviennent les plus sérieuses: en 1980, 30 % des hommes et 38 % des femmes de plus de 65 ans vivant chez eux connaissaient une restriction permanente d'activités[35].

L'indicateur d'espérance de vie en bonne santé permet de mettre en évidence des écarts encore plus grands entre groupes et classes sociales: un résident de Westmount peut s'attendre à vivre sans restriction totale ou partielle de ses activités 11 ans de plus qu'un résident de St-Henri, alors que les écarts d'espérance de vie à la naissance sont, eux, de 9 ans. Les écarts entre régions sont encore plus substantiels lorsque l'on mesure les taux d'incapacité ou de limitation d'activités, comme l'ont démontré les résultats de l'enquête sur la santé et l'incapacité effectuée en 1983-1984 au Canada. Ainsi, au Québec, les régions d'Abitibi – Témiscamingue et de la Côte-Nord se révèlent beaucoup plus touchées que celles de l'Estrie et de Montréal.

Paradoxalement, les progrès de la médecine expliqueraient en bonne partie le phénomène de la relative stagnation de l'espérance de vie en bonne santé. En effet, certaines maladies tuent moins souvent ou moins rapidement, les victimes d'accidents graves ont dorénavant plus de chance de survivre tout en restant handicapées, etc. Il existerait donc un lien apparemment inévitable entre le recul de la mortalité et l'accroissement des limitations d'activités. Dans l'ensemble, la part des maladies chroniques et dégénératives va en s'accroissant, qu'il s'agisse des maux de dos, de l'arthrite, des rhumatismes, des maladies respiratoires, des maladies mentales ou d'autres incapacités. Celles-ci constituent désormais les principales causes de décès dans les pays développés[36].

Le Québec ne fait pas exception à cette règle. Depuis 20 ans, on assiste à une transformation progressive du visage de la maladie, transformation qu'accentue le vieillissement de la population. On a réussi à repousser les frontières de la vie et cette lutte contre la mort connaîtra sans doute d'autres percées. Toutefois, l'accroissement de la longévité ne peut constituer le seul objectif du système de santé. L'augmentation des maladies chroniques pose de nouvelles exigences: le maintien et l'amélioration de la qualité de la vie deviennent des objectifs de premier plan pour le monde de la santé et pour l'ensemble de la société.

L'évolution des indicateurs généraux de l'état de santé de la population traduit une modification sensible du portrait de santé des Québécois et des Québécoises. Nous tenterons maintenant de cerner plus précisément l'évolution, depuis quinze à vingt ans, des principales pathologies.

1.2 Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires demeurent au Québec, comme partout ailleurs dans les pays industrialisés, la principale cause de mortalité, car

45 % des décès leur sont attribuables. Toutefois, la tendance actuelle va vers une réduction du taux de mortalité associé à ce type de maladie. Son importance relative par rapport aux autres causes de décès a en effet diminué de 4 % en dix ans, ce qui constitue un revirement assez spectaculaire. On constatait au début des années 70 l'absence de moyens spécifiques de prévention et de traitement, ce qui permettait de craindre que la maladie n'atteigne des proportions encore plus alarmantes. Depuis cette époque, la mortalité par infarctus a baissé de 26 % chez les hommes et de 34 % chez les femmes, et cette baisse explique à elle seule près de la moitié de la baisse de la mortalité générale observée au Québec entre 1971 et 1980.

Cette tendance n'est pas propre au Québec. Le taux de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires a décliné dans des proportions similaires en Ontario. Au Canada, la différence des taux de décès entre les hommes et les femmes était plus grande en 1982 qu'en 1951. Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS observe également qu'il s'est produit depuis deux décennies dans la plupart de ces pays un déclin plus prononcé chez les femmes que chez les hommes de la mortalité par maladie cardio-vasculaire. Depuis peu, toutefois, certains pays enregistrent une régression de la mortalité chez les hommes jeunes[37].

Si les décès dus à des maladies coronariennes ont diminué sensiblement, les incapacités qu'elles entraînent restent considérables. Deuxième cause de restriction permanente d'activités, ces problèmes touchaient près de 100 000 personnes au Québec en 1980[38].

Depuis une trentaine d'années, les connaissances dans ce domaine ont évolué de façon impressionnante. Ainsi, un grand nombre de recherches épidémiologiques ont permis de déterminer les principaux facteurs de risque associés à la maladie. Chacun de ces facteurs joue un rôle par lui-même. Cependant, l'action conjuguée de certains d'entre eux a pour effet de multiplier grandement les risques pour les personnes touchées. C'est précisément le cas de trois types de facteurs dont le rôle causal et l'interaction ne font pas de doute: l'usage du tabac, l'hypertension et le taux de cholestérol. Les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activités physiques sont également des facteurs de risque reconnus, le dernier, avant tout parce qu'il accroît l'incidence d'obésité. L'activité physique régulière peut contribuer à réduire l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Les facteurs génétiques, quant à eux, compteraient pour 25 % de toute l'étiologie des maladies ischémiques du coeur.

Plusieurs études, notamment sur les milieux de travail, ont mis l'accent sur le rôle du stress comme déclencheur de certains accidents cardio-vasculaires ou comme source d'habitudes de vie dommageables telles que le tabagisme[39]. Il est par ailleurs reconnu qu'une relation inverse s'établit entre certaines variables socio-économiques telles que le niveau de scolarité et le revenu, et le taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires. Ainsi, le territoire du Département de Santé Communautaire (DSC) St-Luc à Montréal, qui compte la plus forte proportion de personnes faiblement scolarisées et à faibles revenus, avait un taux de 14 % supérieur à celui du Québec, alors que le territoire du département de santé communautaire (DSC) Ste-Justine, qui correspond à des caractéristiques socio-économiques opposées, avait un taux inférieur de 26 % à la moyenne.

Les maladies cardio-vasculaires demeurent l'un des problèmes les plus préoccupants de l'heure. L'incidence de ces maladies peut et doit diminuer, comme l'indiquent d'ailleurs les tendances récentes dans ce domaine. Une meilleure connaissance des facteurs de risque devrait nous amener à adopter des mesures précises en ce qui a trait par exemple à l'usage du tabac et au contrôle du taux de cholestérol et de l'hypertension. Les progrès en ce sens résulteront d'une action concertée tant sur le plan de l'éducation, de la prévention et du dépistage que de l'amélioration des techniques de soins et de réadaptation.

1.3 Le cancer

Le cancer constitue, après les maladies cardio-vasculaires, la deuxième cause de mortalité et 25 % des décès lui sont attribuables. Un Québécois sur quatre est atteint de cancer au cours de sa vie et plus de la moitié des gens atteints en meurent. Chez les femmes de plus de 25 ans, le cancer demeure la maladie la plus meurtrière. L'incidence de la maladie augmenterait d'année en année. On est passé d'un taux de mortalité de 153,2/100 000 habitants en 1976 à 176/100 000 en 1983. Plus de 20 000 nouveaux cas s'ajoutent chaque année et ce nombre irait en s'accroissant. Ce mouvement à la hausse est perceptible depuis plusieurs décennies. De 1950 à 1963, au Québec, les taux de décès par cancer s'étaient accrus de 110,8 %. L'Ontario a sensiblement suivi la même tendance que le Québec en cette matière. Pour l'ensemble des pays européens, le bilan paraît plus nuancé: depuis 20 ans, la mortalité globale par tumeurs malignes chez les hommes âgés de 35 à 64 ans a crû dans la plupart des pays, à part quelques-uns où elle a légèrement reculé. Chez les femmes du même groupe d'âge, les changements ont été beaucoup plus faibles et la moitié des pays ont vu les taux diminuer[40].

En fait, de nombreuses distinctions s'imposent entre les types de cancer. Le taux de mortalité relié au cancer du poumon, responsable de 25 % des décès par cancer, va en augmentant. C'est le type de cancer qui a le plus rapidement augmenté depuis 1950: l'accroissement a été de plus de 300 % chez les hommes et de plus de 200 % chez les femmes. Depuis 1950, on observe toutefois que les hausses décennales du taux de mortalité ralentissent chez l'homme alors qu'elles accélèrent de façon dramatique chez la femme[41]. Globalement, l'importance relative du cancer du poumon par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté au Québec de 69 % en dix ans[42].

Le cancer du poumon est donc en voie de rejoindre le cancer du sein en tête de liste des tumeurs les plus mortelles chez les femmes. Après avoir connu une diminution sensible (11 %) de 1971 à 1980, le taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein aurait légèrement augmenté dans les dernières années[43]. La régression la plus marquée dans cette période concerne le cancer du col de l'utérus, dont le taux de mortalité a chuté de 50 %. Ces résultats sont largement attribuables au dépistage périodique (test Pap, du nom de son concepteur Papanicolaou) et au traitement précoce. Alors qu'en 1969, seulement 16 % des femmes de 25 ans et plus au Québec avaient subi le test Pap, en 1980, on avait ainsi rejoint 76 % des femmes de 15 ans et plus. Sans ces mesures, les experts estiment que la mortalité due à ce cancer ne tarderait pas à augmenter. Des observations récentes indiquent que ce type de cancer serait en progression.

Mentionnons finalement que les cancers du côlon et du rectum demeurent parmi les plus meurtriers (12 % des décès par cancer). C'est ainsi qu'en 1987, on comptera environ 3 400 nouveaux cas au Québec et près de la moitié des personnes atteintes en mourront[44]. Le cancer de l'estomac, quant à lui, aurait régressé sensiblement.

Les tendances observées dans l'incidence du cancer sont difficiles à interpréter, car on ignore la cause précise de la plupart des cancers. Ceux-ci sont le résultat des effets cumulatifs ou synergiques de facteurs multiples dont seuls quelques-uns sont bien identifiés. Un large consensus se dessine toutefois dans le monde scientifique quant au rôle déterminant de deux grands facteurs: le tabac et le régime alimentaire. Le tabac, par exemple, est lié de façon évidente au cancer: de 25 à 40 % de tous les cancers en découlent[45]. Des études ont démontré que si l'on tient compte d'une période de latence de 25 ans, la courbe de mortalité par cancer du poumon suit de façon étroite celle de la consommation de cigarettes[46]. À lui seul, le

tabac joue un rôle plus considérable que l'ensemble des autres facteurs pour lesquels on possède des indices probants.

Des études menées aux États-Unis ont par ailleurs fait largement ressortir l'influence du régime alimentaire sur certains types de cancers. Il s'agirait même peut-être du principal facteur de risque aux États-Unis. Certains comportements sexuels et reproducteurs influeraient par ailleurs sur l'incidence des cancers du sein et des organes génitaux. Le type d'occupation, la pollution et l'utilisation de produits industriels ou de médicaments constituent également des facteurs de risque, mais qui ont un effet relativement faible sur l'incidence totale des cancers dans la population. Il n'en demeure pas moins que certains d'entre eux constituent une menace fort importante pour les personnes qui y sont particulièrement exposées.

Les experts s'entendent pour affirmer que la mortalité par cancer doit et peut régresser. Plutôt que de miser sur des facteurs potentiels, on privilégie l'intervention sur des causes connues. Ainsi, en s'attaquant à la seule consommation de cigarettes, on pourrait réduire la mortalité par cancer du poumon d'environ 90 %[47]. C'est ce que les épidémiologistes appellent la stratégie de la « boîte noire ». Celle-ci consiste à déterminer les principales caractéristiques des populations touchées par les différents types de cancer, de façon à isoler les principaux facteurs déterminants et à définir des priorités d'intervention.

La lutte contre le cancer au Québec devrait aussi s'inscrire dans une stratégie globale nécessitant une révision en profondeur des approches actuelles qui se caractérisent par la dilution des efforts, la fragmentation des soins, l'absence d'une véritable planification et d'un programme unifié d'action.

1.4 Les traumatismes

Les traumatismes sont responsables chaque année d'environ 9 % des décès au Québec. Ces morts violentes sont surtout imputables aux accidents de la route (le tiers) et aux suicides (le quart) dont nous parlerons dans la section suivante. Les accidents de la route font chaque année au Québec 60 000 victimes, dont à peu près 1 200 meurent des suites de l'accident. Les jeunes de 15 à 24 ans comptaient pour approximativement 40 % de ces décès en 1983, alors qu'ils ne constituaient que 20 % de la population. Parce que les jeunes en sont principalement victimes, les traumatismes surpassent de loin les maladies cardio-vasculaires et le cancer pour ce qui est des années potentielles de vie perdues.

Selon les évaluations de l'OMS, à chaque décès par accident de la circulation correspondent environ 15 cas de blessures graves et 30 cas de lésions mineures. La Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ) estime qu'au Québec, depuis 1955, les accidents routiers ont tué 38 000 personnes et en ont blessé 1 300 000 autres[48].

Parce que les traumatismes constituent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de un à 40 ans, la première cause d'années potentielles de vie active perdues, la troisième cause de mortalité dans la population et la quatrième cause de réduction d'espérance de vie en bonne santé et de restriction d'activités, ils entraînent d'énormes coûts pour la société. À titre d'exemple, un lit d'hôpital sur huit serait occupé par un blessé. Pourtant, la prévention, l'évaluation des traumatismes, la prise en charge par le système, de même que la recherche en cette matière, seraient peu développés au Québec.

Les accidents du travail sont également une cause importante de traumatismes. Au Canada, une personne sur huit se blesse au travail chaque année. Selon certaines études, la gravité des accidents se serait même accrue de 1971 à 1980[49]. Dans les pays fortement industrialisés, le taux annuel d'accidents de travail déclarés serait d'environ six pour cent travailleurs, mais ce taux varierait beaucoup d'un secteur d'activité à l'autre.

Selon la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)[50], 210 000 travailleurs ont été victimes, en 1986, au Québec, d'un accident de travail reconnu et compensé (selon ses propres estimés, ces réclamations ne porteraient que sur la moitié des lésions effectivement survenues). Mentionnons aussi que 4 825 travailleurs ont produit des réclamations pour des maladies professionnelles reconnues. Durant cette même année, 171 personnes sont décédées des suites d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Plus de 7 % des travailleurs qui subissent une lésion professionnelle en conservent une atteinte permanente. Les accidents de travail et les maladies professionnelles font perdre chaque année au Québec cinq millions de jours de travail.

Les données de l'Enquête Santé Canada indiquent par ailleurs que les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans grimpent à mesure que l'on descend dans l'échelle des salaires et des emplois[51]. Certains secteurs d'emploi comme la forêt, les scieries, les mines seraient particulièrement vulnérables et continueraient d'enregistrer un nombre accru de demande de prestations à la CSST, en dépit des diminutions de main-d'oeuvre qu'on y connaît depuis 1982.

Étant donné l'importance des accidents de la route, qui comptent pour le tiers des décès par traumatismes, nous examinerons plus attentivement cette problématique. Le Québec aurait réussi à réduire son taux de mortalité par accidents de la route de 25 % de 1971 à 1980. Au cours de la même période, une vingtaine de pays européens voyaient diminuer globalement de 15 % les décès dus à cette catégorie d'accidents. Cependant, le bilan des victimes de la route augmente de façon inquiétante depuis 1982. On a connu pour les six premiers mois de 1985 une hausse de 26,3 % par rapport à 1984[52]. La situation est particulièrement grave pour les jeunes hommes de 15 à 24 ans, pour qui les décès par accidents comptent pour 83 % du total des décès, et dans trois cas sur quatre, il s'agit d'accidents de la route.

Les principaux facteurs de risque pour les accidents de la route sont le facteur humain, la technologie des véhicules et l'environnement physique. Ainsi l'âge, nous l'avons vu, est un facteur clé, de même que le sexe, le taux de mortalité étant presque trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, les hommes étant plus exposés, prennant plus de risques et consommant plus d'alcool. À lui seul, l'alcool serait responsable d'au moins la moitié des décès par accident de la route. Le port de la ceinture de sécurité joue également un rôle important. Si les automobilistes et leurs passagers bouclaient régulièrement leur ceinture, le risque général de blessure chuterait de 25 %, celui de blessure grave, de 50 % et celui de blessure fatale, de 65 %. La RAAQ estime même qu'un gain de 13 à 14 points de pourcentage dans le port de la ceinture signifie, selon les statistiques des dernières années, 100 morts et 2 000 blessés de moins, et ce, surtout parmi les jeunes. Finalement, l'état du véhicule (type, poids, performance, entretien...) et les conditions environnementales (chaussée, climat, visibilité, circulation) jouent également un rôle significatif.

La grande majorité de ces accidents pourrait être évitée. Les stratégies de prévention en cette matière ont d'abord et principalement porté sur le facteur humain (campagnes contre l'alcool au volant, pour le port de la ceinture), ce qui serait, selon certains, nettement insuffisant. On semble en effet observer les limites des campagnes d'éducation et des mesures dites actives, qu'elles soient incitatives ou coercitives. De l'avis du Comité provincial des DSC sur les traumatismes routiers[53], il faudrait dorénavant accorder davantage d'importance aux facteurs technologiques concernant par exemple la conception des véhicules, adopter une politique intégrée qui agisse sur une combinaison de moyens causals, favoriser les mesures passives (coussins gonflables) plutôt qu'actives, miser sur la participation et la coordination de tous les partenaires concernés, évaluer et réorganiser

les services aux victimes. À ces conditions, l'objectif visant à réduire de 50 % en cinq ans le nombre des victimes de la route, proposé par le Comité provincial des DSC, apparaît réaliste et réalisable. Les connaissances actuelles permettent de déterminer pour l'ensemble des traumatismes les agents prioritaires, les groupes cibles à privilégier de même que les niveaux d'intervention[54]. La RAAQ, quant à elle, insiste sur la nécessité d'évaluer l'organisation, la nature et l'efficacité de la « chaîne de traitement »: transport et services d'urgence, hospitalisation et soins en milieu hospitalier, services de réadaptation, intégration sociale et professionnelle, services d'hébergement à long terme. Ce n'est, dit-on, qu'en attaquant le problème sur tous les fronts qu'on arrivera à l'enrayer. Au Québec, cependant, il n'existe toujours pas d'approche concertée qui puisse mettre en valeur toutes les ressources dont nous disposons en la matière.

1.5 Le suicide

Chaque année, le suicide est responsable de plus de 1 000 pertes de vie au Québec; il ne s'agit ici que des suicides déclarés et on peut estimer que les suicides camouflés sont également nombreux. Le taux de suicide au Québec a connu une hausse spectaculaire: de 1970 à 1981, il a pratiquement doublé, rattrapant et même dépassant le taux canadien qui n'augmentait que de 20 % pendant la même période. En trente ans, le taux de décès par suicide est passé de 3,7 à 16,5 par 100 000 habitants[55]. L'importance relative du suicide par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté de 80 % en dix ans. Pour les hommes de 25 à 35 ans et les femmes de 40 à 60 ans, les taux québécois sont supérieurs aux taux canadiens.

Bien que les hommes d'âge moyen soient toujours les plus concernés par le suicide, c'est chez les femmes de plus de 45 ans et chez les 15 à 24 ans qu'on a connu la plus forte hausse. Chez ces derniers, le taux est passé de 10,3 à 17,2 pour 100 000 habitants, soit une hausse de 67 % de 1970 à 1980, et ce rythme d'augmentation semble vouloir persister. Les tentatives de suicide, chez les jeunes en particulier, prennent également une ampleur dramatique: le ratio des tentatives de suicide par rapport aux suicides effectifs serait de 200 pour un. Les taux des tentatives de suicide auraient doublé et même triplé dans la plupart des pays industrialisés depuis 20 ans[56]. Même si cette tendance est générale, le niveau actuel du taux de suicide au Québec est inquiétant: il dépasse ceux des États-Unis, du Japon, de la Suède et de la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. Le taux de suicide des jeunes hommes de 15 à 24 ans, à 34,5 par 100 000 habitants, représenterait même un sommet mondial[57].

La recherche de facteurs de risque en matière de suicide donne lieu à passablement de débats. Par exemple, les opinions sont nuancées en ce qui concerne les rapports entre le chômage et le suicide. Des chercheurs ont constaté au Québec une coïncidence étonnante entre le taux de chômage et le taux de suicide, surtout dans les villes. Dans plusieurs régions, les crêtes et les creux des vagues de chômage et de suicide se suivraient fidèlement[58]. Bien que les taux de suicide varient beaucoup d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région, des données récentes indiquent nettement qu'un taux de suicide élevé est associé à un faible niveau socio-économique. Par contre, une étude de Statistique Canada[59] n'établissait pas de relation positive entre le taux de chômage et le suicide. Pour certains, aucune recherche n'a démontré de manière indéniable un lien de cause à effet entre ces phénomènes. Sur un autre plan, des auteurs affirment qu'une forte proportion des suicides serait associée à un trouble mental décelable, alors que d'autres concluent qu'il n'existe pas de « personnalité suicidaire ». En réalité, on n'a pu à ce jour faire de lien entre certains traits de personnalité et le suicide.

Bien que de nombreuses études aient contribué à déterminer des facteurs de risque en rapport avec le suicide, il n'est pas possible actuellement de démontrer de manière indéniable des relations de cause à effet, ni de saisir l'interaction entre ces facteurs. Cependant, tout semble indiquer qu'un climat familial perturbé et l'isolement social et affectif soient les facteurs les plus fortement reliés au suicide des jeunes. Chez les personnes âgées, qui comptent pour 10 % des suicides, le phénomène est susceptible d'aller en s'aggravant étant donné le vieillissement de la population. Bien qu'on attribue un rôle significatif à des facteurs tels que la maladie physique, la dépression, la retraite (surtout dans le cas des hommes), la perte du conjoint par décès ou séparation, il demeure que l'isolement social, pour ce groupe d'âge comme pour tous les autres, semble un facteur déterminant.

La Commission reviendra sur ce sujet lorsqu'elle abordera l'évolution des problèmes sociaux au Québec. Il est bien évident que toute intervention en ce domaine passe par la prévention. Aussi la société doit-elle accorder un maximum d'attention aux personnes qui manifestent des signes de détresse, soit qu'elles songent à mettre fin à leurs jours et en parlent à leurs proches, soit qu'elles fassent de premières tentatives de suicide.

1.6 Les maladies du système locomoteur

La prévalence des maladies du système locomoteur (arthrite, rhumatismes, maux de dos) dans la population québécoise est considérable. En 1980, 6,5 % des jeunes de 15 à 24 ans, 15,8 % des 25 à 44 ans, 40 % des 45 à 64 ans et 50 % des personnes de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'un problème de nature locomotrice. Ces problèmes, essentiellement chroniques, sont également la première cause de restriction d'activité dans la population: en 1980, environ 180 000 personnes, dont 125 000 adultes de 25 à 64 ans, étaient partiellement ou totalement empêchées d'exercer leur activité principale à cause d'un problème de ce genre[60]. Le sondage effectué par la Commission met par exemple en évidence l'importance des maux de dos dans la population. Rappelons-le: 11 % des personnes de 18 ans et plus disent avoir souffert d'un mal de dos pendant au moins six mois au cours des deux dernières années. Ces personnes avouent souffrir du dos depuis en moyenne neuf ans!

Les maux de dos représentent un des problèmes les plus importants dans le domaine de la santé au travail. Au Québec, 150 millions de dollars sont versés annuellement en compensation financière aux travailleurs souffrant de maux de dos et 40 % des 641 197 traitements de physiothérapie reçus en 1982 étaient attribuables à des lésions touchant la colonne vertébrale. En plus de ces coûts directs, les coûts indirects rattachés à l'absentéisme et à la baisse de productivité sont énormes: maux de dos et blessures à la colonne vertébrale représentent 25 % du total des accidents en milieu de travail et occasionnent le plus grand nombre de jours perdus. Consciente de cette réalité, la CSST commandait en 1983 une analyse visant à rationaliser l'approche clinique (diagnostic et traitement) des maux de dos reliés aux activités de travail.

Les problèmes locomoteurs constituent, selon certains, la source de douleur la plus importante en Occident[61]. Arthrite, rhumatismes, lésions des muscles, des ligaments, des tendons, maux de dos, etc., toute une panoplie de maux qui signifient, dans la plupart des cas, un long et douloureux calvaire pour les personnes atteintes. Beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées, les maladies locomotrices prendront encore plus d'importance à mesure que progressera le vieillissement de la population.

La plupart de ces maladies sont d'origine inconnue, même si pour certaines d'entre elles, on a pu déceler une particularité héréditaire ou constater une prévalence particulièrement forte chez certaines professions (dockers, mineurs, bûcherons, etc.). On distingue communément parmi elles les maladies de type inflammatoire et les maladies de type ergonomi-

que ou mécanique. Des études ont tenté d'établir un lien entre certains traits de caractère et l'arthrite rhumatoïde: les facteurs psychologiques, en particulier l'anxiété, sembleraient jouer un rôle non négligeable, à tout le moins comme déclencheur de la douleur[62]. Des efforts supplémentaires devraient être investis en vue de pallier le manque de connaissances en ce domaine, de façon à améliorer les traitements qui, pour le moment, ne sont que des palliatifs. La réadaptation, tant physique que psychologique et professionnelle, devrait faire l'objet d'une attention particulière.

1.7 Les maladies transmissibles sexuellement et le SIDA

Les maladies infectieuses ont de tout temps constitué une priorité pour les organismes de santé publique. C'était vrai au début du siècle où elles occasionnaient au Québec quelque 666 décès par 100 000 habitants; ce l'est encore aujourd'hui alors que l'apparition de souches de bactéries résistantes aux antibiotiques et la découverte de nouvelles maladies constituent un défi permanent. Les maladies infectieuses sont toujours, rappelons-le, la cause de morbidité la plus importante dans le monde. Même aux États-Unis, elles constituaient la quatrième cause de décès en 1976 et la première cause de morbidité en 1981[63].

Aujourd'hui, SIDA et MTS occupent l'avant-scène du champ des pathologies infectieuses. On se préoccupe maintenant énormément, partout au Canada comme au Québec, de la progression alarmante des MTS, autant sur le plan de l'envergure que de la complexité des maladies. Les chiffres dont on dispose à cet égard ne nous fournissent qu'un tableau incomplet de la réalité. Sur 25 MTS connues, six seulement font l'objet de déclaration obligatoire; on constate, de plus, une sous-déclaration importante de ces maladies et des déficiences dans le système de surveillance.

Il y a à peine dix ans, la chlamydia était peu connue. Maintenant, elle est la MTS la plus répandue au monde, et son incidence est deux fois plus élevée que celle de la gonorrhée. Au Canada, un nouveau-né sur 50 fait une pneumonie à la chlamydia et au Québec, certains estiment à 100 000 le nombre de cas de chlamydia. Dans la région de Montréal, cette MTS aurait atteint, de 1985 à 1986, 20 % des adolescentes de 14 à 19 ans et 11,5 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans.

Quant à la gonorrhée, on en déclarait au Québec 6 427 cas en 1985, soit un taux de 97,7 pour 100 000 habitants; en 1975, en Ontario, ce taux a même atteint un sommet de 222 pour redescendre à 179 en 1983[64]. On peut évaluer qu'il y a chaque année au Québec au moins 50 000 cas de

gonorrhée, dont la moitié se retrouvent chez les jeunes de 15 à 24 ans. En 1985, on comptait 211 cas recensés de syphilis. Pour donner un ordre de grandeur, rappelons qu'aux États-Unis, une personne sur dix chez les 15 à 50 ans serait atteinte d'une MTS au cours d'une année[65].

Il ne faut pas sous-estimer le coût économique et la gravité des conséquences physiques et sociales de ces maladies: infertilité, salpingites, grossesses ectopiques, mortalité foetale et infantile, peut-être certains cancers (col de l'utérus). La chlamydia à elle seule serait, de l'avis des experts, la principale cause de stérilité dans le monde occidental. Elle serait également responsable d'une maladie oculaire, le trachome, qui affecterait quelque 400 millions de personnes, en particulier dans le Tiers-Monde. Au Québec, les hospitalisations pour maladies pelviennes inflammatoires ont presque doublé de 1972 à 1982. Le même phénomène s'est produit pour les grossesses ectopiques et on note une augmentation tout aussi régulière du taux d'infertilité.

C'est cependant l'apparition du SIDA qui, en raison de son caractère épidémique et de son actuelle incurabilité, provoque le plus d'inquiétudes et mobilise le plus d'efforts sur le plan national et international. Il est important de donner l'ordre de grandeur du phénomène. D'après les données de l'OMS, 150 000 personnes dans le monde seraient officiellement malades ou décédées du SIDA en avril 1987, mais de 5 à 10 millions pourraient avoir été contaminées par le virus; de ce nombre, 10 à 30 % seraient susceptibles de contracter la maladie au cours des cinq prochaines années. On a toutefois revisé à la hausse ces pronostics: selon certaines données, la majorité des personnes qui ont contracté le virus HIV pourraient développer le SIDA au cours des dix années qui suivent leur contamination; le reste des personnes contaminées pourraient, durant cette même période, manifester des symptômes associés au SIDA. La prévalence de l'infection est importante: pour chaque cas recensé, 100 personnes seraient porteuses du virus. De l'avis de tous les experts, l'épidémie se répand rapidement, sans signe de décroissance. Au Québec, le nombre de cas de SIDA double tous les onze mois.

Le Canada est parmi les pays les plus touchés du monde occidental si on excepte les États-Unis où la maladie prend des proportions catastrophiques. Le Québec, quant à lui, arrive au deuxième rang des provinces après l'Ontario. En août 1987, on dénombrait au Québec 377 cas de SIDA, dont 215 décès. Il y aurait donc potentiellement 30 000 porteurs du virus, contre 100 000 au Canada. Les projections pour 1991 donnent 2 000 nouveaux cas de SIDA pour cette seule année au Québec et 6 800 cas cumulatifs (aux États-Unis, 54 000 nouveaux cas et 191 000 cas cumulatifs!).

Les principales sources de transmission de la maladie sont connues: les transfusions sanguines, les seringues partagées et les aiguilles souillées, les relations sexuelles avec des partenaires multiples. Au Québec, 95 % des cas ont été contractés par voie sexuelle, alors que la proportion de cas attribuables à la toxicomanie est beaucoup plus forte aux États-Unis et en Europe.

Nous connaissons également les principales caractéristiques des groupes les plus touchés par le SIDA. Au Québec, 66 % des personnes atteintes sont homosexuelles ou bisexuelles (contre 82 % au Canada), 21 % sont originaires de régions où la maladie est endémique, 5 % sont des partenaires hétérosexuels d'une personne à risque. Une étude réalisée récemment aux États-Unis révélait que la transmission hétérosexuelle était en voie de devenir significative: le tiers des hommes et la moitié des femmes auraient ainsi contracté le SIDA. Au Canada, 91 % des personnes atteintes sont des hommes et 9 % sont des femmes. On a également noté que le groupe des nouveaux-nés connaissait un taux de croissance élevé de la maladie. Autre importante caractéristique, la population atteinte est jeune: 90 % des personnes atteintes ont de 20 à 49 ans. En raison du temps d'incubation, la contamination se produit donc massivement chez les jeunes adultes et même chez les adolescents. Ceux-ci sont donc considérés comme potentiellement à risque et constituent une cible prioritaire en matière de prévention.

À ce jour, la médecine est impuissante devant la fatalité de cette maladie, il n'existe pas de vaccin disponible à court terme et on ne peut vraiment parler de traitement. La prévention de la transmission de l'infection demeure la seule façon de diminuer la progression de la maladie. L'information, l'éducation et le dépistage constituent les principaux axes d'une stratégie de prévention. À ce titre, des efforts importants ont été faits pour rejoindre les principaux groupes à risque et les sensibiliser à l'importance des comportements préventifs.

La lutte contre le SIDA comporte par ailleurs de nombreux aspects éthiques et bouscule un certain nombre d'habitudes et de valeurs établies dans nos sociétés occidentales: on n'a qu'à penser aux débats soulevés par la question du dépistage (recherche des partenaires, confidentialité des dossiers médicaux, tests imposés aux immigrants, aux écoliers et aux professeurs) et par celle de la prévention (campagnes en faveur du condom, de l'abstinence ou de la fidélité conjugale), la montée de l'intolérance envers les personnes atteintes, etc.

Au-delà des controverses, l'urgence de la situation paraît ne plus faire de doute. Le MSSS lançait ainsi en août 1987 un programme de lutte contre les MTS et principalement le SIDA: un groupe de travail devra bientôt établir les grandes lignes d'une politique ministérielle et d'un plan d'action intégré sur le SIDA.

1.8 Les problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale parmi la population soulèvent actuellement beaucoup d'attention au Québec: la situation est le plus souvent perçue comme inquiétante et même alarmante. La Commission a voulu faire le point sur cette question en recueillant l'avis d'une quarantaine d'experts travaillant dans ce domaine. Nous nous sommes, dans cette section, largement inspirés du dossier produit lors de cette consultation, de même que des données issues du rapport présenté récemment par le Comité de la politique de santé mentale. Ce Comité déposait dernièrement un projet de politique de santé mentale, qui donnait suite à de nombreuses années de controverses. En effet, on a connu dans ce domaine de multiples bouleversements: mouvement de désinstitutionnalisation et de réinsertion sociale, non-institutionnalisation, remise en question des pratiques traditionnelles. Des conceptions différentes de la « maladie » et de la « santé mentale » coexistent et se confrontent parfois; l'ampleur nouvelle que semblent prendre certains problèmes de dysfonctionnement chez certains groupes (ex. suicide chez les jeunes, itinérance accrue...) soulève également des inquiétudes.

L'importance des problèmes de santé mentale au Québec semble toutefois faire l'unanimité, même si on dispose de peu d'indications précises pour cerner la nature et l'ampleur du phénomène. En effet, comme on ne connaît pas la quantité de traitements psychiatriques reçus par personne, il est toujours impossible de savoir combien de gens en bénéficient; on ne connaît pas non plus la prévalence exacte de chacune des maladies mentales. La convergence de plusieurs indices justifie cependant un intérêt croissant envers ces questions. D'abord, les troubles mentaux (incluant le suicide) accaparent globalement la part la plus importante des dépenses publiques en santé, soit près de 18 %[66]. Ces troubles sont aussi la deuxième cause d'hospitalisation; il s'agirait même de la première cause chez les hommes de 25 à 44 ans. Plusieurs études faites en Amérique du Nord estiment que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux dans la population se situe entre 15 et 20 %. Seulement le cinquième de ces problèmes seraient diagnostiqués et traités. Le Comité de la politique de santé mentale est même d'avis que les changements multiples, rapides et complexes qui se sont opérés dans la société québé-

coise, aussi bien sur le plan des valeurs que du travail et des structures sociales, laissent présager qu'un nombre toujours plus important de personnes auront recours à une aide spécialisée pour surmonter leurs difficultés. Reconnaissant l'importance du phénomène, l'enquête Santé Québec actuellement en cours accordera une attention toute particulière aux problèmes de santé mentale.

L'approche épidémiologique en santé mentale est l'une des plus ardues qui soit. La Commission Castonguay-Nepveu le soulignait déjà: il est hasardeux de juger de l'évolution des maladies mentales, car les critères d'évaluation varient beaucoup d'une époque à l'autre et sont fortement teintés des valeurs culturelles qui ont cours. Les chercheurs font de nombreuses mises en garde sur le plan méthodologique lorsqu'il s'agit de classer, de quantifier et de qualifier les maladies mentales. Il faut, en effet, user d'énormément de prudence lorsqu'on tente de définir la santé mentale, celle-ci résultant plutôt d'une dynamique que d'un état. Malgré l'imprécision des données et des connaissances, nous disposons tout de même de points de repère pour évaluer les besoins en la matière.

D'abord, l'offre de services elle-même s'est considérablement modifiée depuis 25 ans. La Commission d'enquête sur les centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY) en 1961 fut la plaque tournante d'une réforme majeure des soins psychiatriques: de 1962 à 1970, on est passé de 22 000 lits psychiatriques à 16 600, en misant sur une meilleure organisation des services de consultation externe. La Commission Castonguay-Nepveu appuie cette même orientation en préconisant l'intégration de la psychiatrie au système global de santé. L'accent est mis sur l'universalité des soins et l'accessibilité aux services, le rôle du milieu naturel et l'importance de la prévention. On freine dorénavant l'hospitalisation des patients; les urgences des hôpitaux de courte durée et les cabinets de médecins deviennent la principale porte d'entrée dans le réseau des personnes souffrant de troubles mentaux. Entre 1967 et 1976, on note une diminution de 29,5 % des cas traités en centre hospitalier; en même temps, les admissions, elles, augmentent de 53 % et les sorties de 52 % ! Toutefois, de 1983 à 1984, les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) ont enregistré une hausse de 5 % du nombre de personnes hospitalisées pour un problème d'ordre mental; en fait, depuis 1980, l'augmentation annuelle moyenne est de 2,5 %. Au total, les unités psychiatriques des hôpitaux généraux desserviraient maintenant 75 % de la clientèle psychiatrique. Les traitements psychiatriques remboursés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) connaissent également une croissance annuelle moyenne de 2 %. On dénombrait 1 648 038 actes de ce type en 1985, effectués à 48 % par les omnipraticiens.

En 1986, on ne comptait plus que 12 255 personnes hébergées dans les CHPSY. Une évaluation de la clientèle effectuée en 1986 par le MSSS révèle que plus du tiers des patients n'ont pas besoin de traitements psychiatriques (il s'agit notamment des déficients intellectuels, toujours présents dans les CHPSY) et qu'une autre proportion importante pourrait recevoir ses traitements sans hospitalisation. Il semblerait qu'on veuille réduire encore de moitié le nombre de patients en institution d'ici dix ans[67].

En dépit de l'aspect approximatif de certaines données, nous pouvons conclure que le système de santé et de services sociaux est confronté à de nouveaux besoins et à de nouveaux problèmes en matière de santé mentale.

- Certains parleront des « victimes de la désinstitutionnalisation », en faisant référence à la clochardisation et à la « carcérisation » de la clientèle psychiatrique. Plusieurs milliers de personnes souffrant de troubles mentaux viennent effectivement grossir les rangs des itinérants ou se retrouvent ultimement en milieu carcéral.
- Plus de 5 000 personnes malades sont hébergées dans les ressources intermédiaires (pavillons, familles d'accueil) du réseau; plusieurs milliers d'autres vivent dans leur milieu ou leur famille et auraient grand besoin de suivi et de support pour assurer leur insertion sociale. Les familles concernées ont également besoin d'aide: elles seraient plus de 15 000 à compter un membre dont la santé mentale est gravement perturbée.
- Les urgences des CHCD sont submergées par les clientèles psychiatriques. Il faudrait donc des centres de crise et des services de première ligne.
- Les intervenants sont confrontés au problème de la chronicité de ces maladies, au « syndrome de la porte tournante ». Dans certains centres hospitaliers, le nombre des réadmissions en un an dépasse le nombre des nouvelles admissions; nous sommes donc en présence d'un fort roulement de malades, mouvement dynamique complexe qui va en s'accélérant.
- Le phénomène est particulièrement alarmant dans le cas des jeunes dont le mal est chronique. Ceux-ci n'ont jamais connu l'institutionnalisation massive ni, pour la plupart, le marché du travail. Ils présentent des cas complexes et difficiles: aux troubles mentaux s'ajoutent l'alcoolisme et les polytoxicomanies. Chez les 15 à 24 ans, les troubles mentaux seraient la première cause d'hospitalisation et viendraient au

premier rang des coûts de santé. Ce groupe d'âge connaît actuellement la plus forte augmentation pour le recours à des traitements psychiatriques.

- De 1960 à 1976, l'âge médian des personnes hospitalisées pour troubles mentaux est passé de 46 à 37 ans et la proportion de la clientèle de moins de 30 ans a augmenté de façon importante. L'enquête Santé Canada établissait, en 1979, à 40 pour 1 000 le taux de prévalence des troubles mentaux chez les 25 à 44 ans, à 95 pour 1 000 chez les 45 à 64 ans et à plus de 189 pour 1 000 chez les 65 ans et plus.
- Le poids des troubles mentaux chez les personnes âgées (ex. la maladie d'Alzheimer) augmente à un rythme qui dépasse largement l'accroissement démographique de ce groupe.
- De même, les problèmes socio-affectifs et psychosomatiques chez les enfants sont mieux connus et se manifestent davantage; leur consommation de services médicaux psychiatriques commence à être significative.
- Les femmes consultent le médecin, généraliste ou spécialiste, trois fois plus souvent que les hommes pour des problèmes d'ordre psychique. Elles reçoivent deux fois plus de traitements médicaux psychiatriques (67 %) que les hommes (33 %), et même cinq fois plus de 15 à 19 ans. Cependant, ces écarts diminuent à mesure qu'augmente la gravité des problèmes: les femmes ne reçoivent plus alors que 52 % des diagnostics d'hospitalisation.

Rien ne permet de croire que les troubles mentaux les plus graves tels que la schizophrénie soient en progression au Québec. Il semble toutefois vraisemblable d'estimer que les problèmes d'ordre mental entravant les activités et l'épanouissement des personnes connaîtront une augmentation appréciable dans la population québécoise. La plupart des intervenants dans ce domaine réclament une politique de santé mentale. Le Comité de la politique de santé mentale invoque, quant à lui, la nécessité d'un « partenariat élargi » et formule un plan d'action visant à canaliser et à orienter les ressources.

2. Les facteurs qui déterminent l'état de santé: les enjeux de l'heure

On sait depuis longtemps que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'évolution et de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs: les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins lui-

même. L'importance des liens entre ces quatre types de facteurs est un fait acquis; cependant ces rapports demeurent extrêmement complexes et l'incertitude demeure quant à la contribution exacte des différents déterminants de la santé.

De plus, ces catégories ne rendent pas vraiment compte de l'influence des facteurs psychosociaux sur l'état de santé. Pourtant, de plus en plus d'études explorent les rapports entre, par exemple, le stress, l'anxiété, l'isolement social et l'état de santé physique et mental. L'existence, par ailleurs, de problèmes d'ordre psychosomatique est bien reconnue. Cette réalité demeure cependant difficile à cerner. Nul doute que les connaissances en la matière progresseront et démontreront encore plus l'interrelation des dimensions sociales, psychosociales et sanitaires.

2.1 Le progrès des connaissances en biologie

Les progrès remarquables de la biologie moderne au cours des vingt dernières années nous permettent de nous livrer aux spéculations les plus audacieuses sur le devenir de la médecine parce qu'elle en est la base la plus solide, et sur celui de la santé parce qu'elle en est un des déterminants les plus significatifs.

Jusqu'au début des années 60, la biologie était demeurée une science relativement statique, descriptive. On observait la cellule, les tissus, les organes et les systèmes, et la médecine se contentait d'être descriptive, se limitant à l'étude du fonctionnement normal ou pathologique de l'être biologique, sans grands moyens d'intervention.

Le code génétique, base de la biologie et de la médecine moderne, fut découvert en 1964 au moment où la cellule commençait à livrer les secrets d'une structure très complexe. La connaissance des substances naturelles vitales qu'elle élabore et qu'elle transfère dans l'organisme a finalement révélé, entre autres choses, les fondements des systèmes nerveux et endocriniens et des maladies qui s'y rattachent.

L'état actuel des connaissances permet d'affirmer que, si la recherche peut réussir à résoudre le casse-tête biologique qu'est la maladie, il est permis d'aspirer à une société « sans maladie » à plus ou moins long terme. On sait maintenant qu'une plus grande connaissance du système immunitaire révélera les mystères du cancer et des maladies dégénératives, et livrera les vaccins capables de contrôler l'hépatite, la carie dentaire et les maladies périodontiques. Il en va de même pour le fonctionnement du cerveau dont la connaissance approfondie lèvera le voile sur la douleur,

l'anxiété et les maladies associées au stress. L'immunologie est sans aucun doute la clef du contrôle éventuel de maladies virales aussi dévastatrices que le SIDA.

C'est du génie génétique qu'il faut attendre les explications relatives au processus irréversible de diminution fonctionnelle et d'incapacité qu'est le vieillissement. La possibilité d'influencer ce déterminant majeur de la santé serait susceptible d'entraîner des conséquences qu'on ose à peine évoquer.

Le comportement, un déterminant majeur de la santé, est probablement codé génétiquement, ce qui expliquerait pourquoi l'information, qui demeure toujours influencée par les croyances et les valeurs, peut être utilisée de façon différente selon les individus. Comment expliquer des comportements diamétralement opposés à l'égard du tabagisme nonobstant les campagnes de dissuasion et l'information pourtant claire sur ses effets nocifs?

Le système immunitaire est l'un des plus compliqués de l'organisme humain qu'il protège contre les virus, les bactéries et autres xénobiotiques, d'où l'interdépendance entre la biologie et l'environnement en tant que déterminants de la santé. On sait maintenant que, sous certaines influences dont l'environnement, le système s'emballe, ne distingue plus les cellules normales des cellules malignes et pousse les anticorps qu'il produit à attaquer la cellule normale: c'est la maladie auto-immune, le phénomène de l'auto-destruction.

Les progrès de la biologie et de la génétique moléculaires et cellulaires nous ont conduits au coeur même de l'explication des maladies de toute nature. Chacune d'entre elles comporte probablement une petite erreur au niveau du code génétique, modifiant ainsi une structure qui, à son tour, prévient la formation d'une protéine ou d'une enzyme essentielle à la croissance, au développement ou au maintien de l'état de santé.

Les dernières années ont livré le secret de la recombinaison de l'acide désoxyribonucléique (ADN), une technique qui permet d'introduire du matériel génétique dans un micro-organisme, une bactérie, et de lui demander de produire, en masse, des copies parfaites d'hormones humaines, d'enzymes, d'antibiotiques et de vaccins. Cette technique produira, en nombre incalculable, les médicaments du futur.

L'immunologie nous avait livré le secret des anticorps, ces substances développées par l'organisme en réaction à la présence d'une substance étrangère, dans le but de détruire cette dernière. L'immunologie moléculaire vient de nous livrer l'anticorps monoclonal, beaucoup plus raffiné et beaucoup plus spécifique et précis dans ses actions que son ancêtre. Nous sommes tout près du jour où un anticorps monoclonal, issu d'une cellule cancéreuse prélevée et traitée au laboratoire, sera couplé à un médicament anti-cancéreux et retourné chez le patient d'origine, pour attaquer le tissu cancéreux sans toucher aux autres structures.

À la différence de ceux qui ont découvert le code génétique en 1964 et qui ne savaient vraiment pas où cela les conduirait, nous savons maintenant que les progrès de la biologie cellulaire et moléculaire nous mènent tout droit au coeur même de l'explication de la plupart des situations physio-pathologiques. Nous pouvons nous permettre de rêver non seulement à la découverte des causes très intimes des maladies et du processus dégénératif, mais également à la réparation du défaut de la structure biologique, si minime soit-il, qui l'a entraîné.

2.2 Les comportements et les habitudes de vie: des constats de plus en plus précis

Une multitude de recherches ont porté sur les risques que constituent certains comportements ou certaines habitudes de vie pour la santé. Nous tenterons ici de décrire l'évolution des principaux comportements à risque et d'indiquer les conclusions les plus pertinentes qui découlent de quelques recherches effectuées récemment au Québec sur ces questions. Dans l'ensemble, les résultats de ces travaux convergent: les milieux socio-économiques faibles cumulent un maximum de risque quant aux comportements dommageables à la santé. Ceux-ci ne doivent donc pas être considérés comme des formes de comportement isolées et qui relèvent uniquement des individus en cause. Au contraire, les facteurs de risque interagissent et se répartissent inégalement parmi les différents groupes de la société. Le défi consiste à saisir la nature de ces interactions et les moyens d'y faire face.

2.2.1 Le tabac: « l'ennemi public numéro un »

Depuis le premier rapport du *Surgeon General* des États-Unis sur le tabac et la santé il y a 20 ans, plus de 30 000 études scientifiques ont confirmé le lien entre le tabagisme et le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. On n'a plus à démontrer l'existence des risques associés au tabac[68].

Au Canada, on estime que le tabac est responsable de 17 % de tous les décès chez les adultes de 25 ans et plus, ce qui équivaut au Québec à 7 400 décès par année! Les gros fumeurs courent deux fois plus de risques que les non-fumeurs de mourir prématurément. La mortalité pour l'ensemble des cancers est de deux à trois fois plus grande chez les fumeurs. La cigarette agit en synergie avec le cholestérol et l'hypertension dans le cas des maladies cardio-vasculaires: la présence d'un de ces facteurs double le risque, la présence des trois le multiplie par huit! Enfin, les fumeurs courent de quatre à 25 fois plus de risques de mourir de bronchite ou d'emphysème. Et la liste noire peut s'allonger...

Le Québec connaît depuis 1965 une baisse constante du nombre de fumeurs: 64,2 % des hommes fumaient à cette époque, contre 44,9 % en 1981; chez les femmes par contre, le taux se maintient autour de 33 %. Toutefois, 48 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans fument, contre 44 % des jeunes hommes. La consommation de tabac chez les jeunes Québécois (32 %) est la plus élevée au Canada. De plus, en 1981, le Québec a pris la tête des pays industrialisés pour ce qui est de la consommation annuelle moyenne de tabac par adulte: moins de personnes fument mais celles qui le font fument davantage[69].

Des études démontrent que les plus fortes proportions de fumeurs habituels ou réguliers (moins de 25 cigarettes par jour) se retrouvent chez les francophones, les gens peu scolarisés, les cols bleus et les chômeurs, et les personnes séparées ou divorcées. Règle générale, les groupes où l'on retrouve le plus de fumeurs exercent peu de maîtrise sur leur environnement et ont potentiellement des conditions de vie et de travail difficiles. Par exemple, 57 % des résidents du quartier St-Henri à Montréal sont des fumeurs réguliers, contre 17 % à Westmount. Si on compare les proportions de fumeurs réguliers selon leur type d'occupation, on constate que les taux les plus élevés se retrouvent, pour les hommes, chez les travailleurs spécialisés des services (61,6 %), les ouvriers du bâtiment (60,9 %) et les travailleurs des transports (55,6 %); pour les femmes, chez les employées du secteur primaire (68,4 %), les travailleuses spécialisées des services (55,4 %) et les ouvrières (52 %). Les groupes qui comptent le plus de fumeurs comptent aussi le plus grand nombre de buveurs[70].

Chez les hommes toutefois, la seule variable qui soit associée de façon vraiment significative à une très forte consommation de tabac (plus de 25 cigarettes) est le niveau de stress ou de détresse: on trouve les plus gros fumeurs d'abord chez les gens instruits (directeurs, gérants, administrateurs, médecins...), ensuite chez les ouvriers et les employés. Pour les

femmes, l'influence du stress est également manifeste; en outre, la probabilité d'être une « fumeuse à risque » est supérieure à la moyenne chez les femmes séparées ou divorcées (sept sur dix fument régulièrement) et chez les ouvrières[71].

De façon générale, ce sont surtout des hommes qui ont cessé de fumer. Ils proviennent des couches socio-économiques supérieures. Le risque s'accroît chez les femmes et les jeunes qui ne modifient pas leurs habitudes. Étant donné le niveau de consommation actuelle de cigarettes chez les femmes, par exemple, on estime que leur taux de mortalité par cancer du poumon devrait pratiquement doubler d'ici l'an 2005[72]. Par contre, en s'attaquant au seul facteur de tabagisme, on pourrait à la longue réduire la mortalité par cancer du poumon d'environ 90 %[73].

Des études menées récemment concluent que les non-fumeurs qui vivent en compagnie de fumeurs exposent également leur santé aux effets nocifs du tabac. À l'appui de cette thèse, on a démontré que la fumée issue de l'extrémité incandescente d'une cigarette (fumée latérale) recèle plus de produits de combustion du tabac que la fumée aspirée à travers la cigarette.

Les gouvernements provincial et fédéral commencent à s'engager dans la lutte contre le tabac, mais ils se butent à de puissants lobbies. La *Loi québécoise sur la protection des non-fumeurs*, en vigueur depuis le 1er janvier 1986, n'a encore donné lieu à aucune poursuite; le projet de loi fédéral contre la publicité sur le tabac a été déposé au printemps 1987 à la Chambre des communes et fait toujours l'objet de délibérations. La population, elle, est de plus en plus consciente des méfaits du tabac: les non-fumeurs constituent maintenant 62 % de la population. Un sondage réalisé en mai 1987 indique qu'une majorité de gens juge insuffisantes les interdictions qui frappent l'usage du tabac[74].

2.2.2 L'alcool et les toxicomanies

Il est abondamment prouvé que la consommation abusive d'alcool est un des principaux facteurs qui contribuent aux problèmes sociaux et aux problèmes de santé. La société dans son ensemble paie très cher les conséquences de la consommation excessive d'alcool. L'espérance de vie des gens ayant un problème d'alcool serait de 12 ans inférieure à celle de la population en général. La consommation d'alcool est directement liée à la cirrhose, à la psychose alcoolique et à l'intoxication. Elle s'associe indirectement à une forte proportion des accidents de la route, des chutes, des incendies, des noyades, des homicides et des suicides; elle constitue de plus un facteur de risque par rapport aux maladies cardio-vasculaires et

respiratoires, et aux cancers de la bouche, de l'oesophage et du larynx[75]. Un décès sur 11, en 1984, aurait été attribuable à l'abus d'alcool[76]. Les conséquences sont également énormes sur les plans psychologique, familial et social: divorces, violence conjugale, mauvais traitements et négligence envers les enfants, criminalité, maladies mentales, absentéisme et accidents du travail. Mentionnons toutefois que la consommation modérée d'alcool pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé: c'est du moins la conclusion à laquelle parviennent des études faites récemment sur le sujet[77].

La consommation d'alcool au Québec semble s'être stabilisée depuis 1979, alors qu'elle avait connu une augmentation de 57 % de 1954 à 1979. En 1982, le niveau de consommation par habitant est même inférieur au niveau observé en 1979. Cependant, la consommation augmenterait chez les femmes et chez les jeunes de 20 à 24 ans; on retrouve chez ces derniers une des plus fortes proportions de buveurs réguliers et de buveurs à risque. On observe la même tendance dans les pays européens.

Il existe peu de données sur les consommateurs d'alcool; les plus récentes proviennent de l'enquête Santé Canada (1979). Il faut d'abord distinguer ici les buveurs réguliers des grands buveurs. Même si cette dernière notion demeure relative (plus de 14 ou 40 consommations par semaine selon les classifications!), on estime qu'elle concerne 10 % de la population[78]. Les personnes qui ont une consommation d'alcool supérieure à la moyenne sont généralement jeunes, instruites (niveau collégial et surtout niveau universitaire pour les femmes) et ont des revenus élevés. Il s'agit d'abord de dirigeants, de chefs d'entreprise, de membres de professions libérales, de médecins, etc. Les personnes séparées ou divorcées boivent sensiblement plus que les personnes mariées ou célibataires, et les anglophones plus que les francophones. La probabilité d'être un grand buveur est six fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'évolution récente de la consommation d'alcool chez les femmes semble liée au phénomène d'accession à un nouveau statut social et à un meilleur niveau de vie. Dans l'ensemble, la consommation d'alcool correspondrait à une stratégie d'adaptation au stress. Les grands buveurs, rappelons-le, sont aussi de grands fumeurs.

La consommation de drogue et de médicaments doit également retenir notre attention. Une enquête récente (1985) des centres d'accueil de réadaptation en toxicomanie auprès de leur clientèle indiquait un accroissement de la consommation de drogue par rapport à l'alcool et un rajeunissement des consommateurs. Chez les 18 à 24 ans, on comptait 4,5 fois plus

de toxicomanes que d'alcooliques, la polytoxicomanie étant la pratique la plus répandue. À titre indicatif, notons que le marché de la drogue au Canada équivalait, en 1983, à 10 milliards de dollars (en comparaison, les ventes d'automobiles se chiffraient, elles, à 9 milliards de dollars !).

Quant à la consommation de médicaments, elle provoque plus de 11 000 intoxications par année au Québec et serait responsable de 3 à 5 % des admissions en centre hospitalier. Les personnes âgées, et notamment les femmes, ont particulièrement tendance à mal utiliser les médicaments ou à en abuser. Dans les cas d'hypertension, par exemple, 30 % des gens suivraient scrupuleusement leur traitement, 30 % ne s'y conformeraient que de temps à autre et 40 % ne prendraient pas du tout leurs médicaments[79].

On note par ailleurs une augmentation remarquable de l'usage des psychotropes dans les pays industrialisés : aux États-Unis, leur consommation aurait augmenté de 290 % depuis 1962 ! Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un phénomène inquiétant. Au Québec, les groupes les plus vulnérables à cet égard sont les femmes d'âge moyen et les femmes seules à la maison ou assistées sociales ; en général, les groupes exclus du marché du travail consomment beaucoup plus que le reste de la population. Ces comportements semblent reliés à l'isolement social, à la marginalisation et au sentiment d'impuissance qui s'y rattache[80].

2.2.3 L'activité physique

La contribution que l'activité physique peut apporter non seulement à la santé mais aussi au bien-être général de l'individu est largement reconnue. Les gens qui font régulièrement du sport consultent moins souvent le médecin. La pratique régulière d'une activité physique a généralement pour effet de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires, de maintenir le poids et de renforcer le fonctionnement des articulations (tendons et ligaments) et des muscles. Elle a également un effet bénéfique sur les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de fatigue[81]. Cette habitude de vie est généralement associée à une alimentation équilibrée et à une faible consommation d'alcool et de tabac, ce qui multiplie son potentiel préventif.

Depuis dix ans, les niveaux d'activité physique se sont sensiblement améliorés au Québec : en 1974, 18 % de la population s'y adonnait, contre 57 % en 1981. Selon une étude canadienne, par contre, seulement le tiers de la population pratiquerait une activité physique à un niveau qui pourrait être bénéfique pour la santé, tandis qu'un autre tiers ne s'y adonnerait qu'à

l'occasion[82]. On est plus sédentaire au Québec que partout ailleurs au Canada. La participation des femmes s'est beaucoup améliorée, bien qu'elle demeure en moyenne inférieure à celle des hommes; si cependant on considère l'exercice physique plutôt que les activités sportives, la participation des femmes dépasse celle des hommes. En général, ce sont surtout les personnes jeunes, instruites et célibataires qui s'adonnent à l'activité physique: parmi elles, les cadres et les membres de professions libérales l'emportent, de même que les anglophones.

Les campagnes en faveur de l'activité physique sont appelées à prendre plus d'importance. Déjà, des organismes tels que le Conseil des affaires sociales et de la famille font de la promotion de l'activité physique une de leurs priorités, reconnaissant en cela la valeur préventive et l'incitation positive qu'elle représente pour le maintien et l'amélioration de l'état de santé.

Cet intérêt est d'autant plus justifié que des données récentes concernant les habitudes de loisirs des jeunes sont inquiétantes. L'avènement du micro-ordinateur, du magnétoscope et des jeux électroniques dans les foyers ont fait en sorte que les jeunes d'aujourd'hui dépensent moins d'énergie et sont en moins bonne condition physique qu'il y a 10 ou 40 ans! Aux États-Unis, l'obésité a progressé de 54 % chez les enfants de 6 à 11 ans et de 39 % chez les 12 à 17 ans[83]. Cette situation est susceptible d'influer sur la condition physique et l'état de santé des jeunes d'aujourd'hui et des adultes de demain.

Paradoxalement, le programme Kino-Québec, responsable de la promotion de l'activité physique, a vu son budget diminuer pour 1987-1988 de 50 % alors qu'il fait l'objet d'une importante réorganisation structurelle et administrative. Relevant depuis sa création en 1978 du ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche, Kino-Québec voit dorénavant ses modules passer aux départements de santé communautaire.

2.2.4 Les habitudes alimentaires

Une partie de la population québécoise aurait sensiblement amélioré ses habitudes alimentaires depuis une dizaine d'année. En 1977, le ministère des Affaires sociales lançait une politique de nutrition visant à rééquilibrer le régime alimentaire des Québécois. Un régime alimentaire déficient est généralement associé à de multiples problèmes de santé: malnutrition, maladies de carence, maladies dentaires, obésité, diabète, hypertension, maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, maladies intestinales, cancers. La politique du Ministère mettait de l'avant trois principaux objec-

tifs: réduire l'apport en matière grasse et en sucre et augmenter l'apport en fibres alimentaires.

Aujourd'hui, on constate que l'évolution des habitudes alimentaires s'inscrit dans la ligne des objectifs poursuivis par la politique: on consomme plus de légumes, plus de lait à faible teneur en gras et plus de yogourt, moins de sucre et moins de boeuf. Cependant, les changements s'effectuent lentement. On sait déjà que les objectifs fixés pour la décennie 1977-1987 seront loin d'être atteints[84]. Globalement, on peut affirmer que les Québécois consomment trop peu de lait et de produits laitiers, mangent trop gras, consomment trop de sucre et de produits sucrés, absorbent encore trop peu de poisson, de produits à base de céréales et de légumineuses. Plusieurs études menées au Québec concluent de plus que les hommes adultes ont les habitudes alimentaires les plus néfastes, les femmes manifestant plus de souci et d'intérêt pour ces questions. Les jeunes constitueraient le deuxième groupe cible.

2.2.5 Le point sur les habitudes de vie

Des progrès majeurs ont été réalisés depuis 20 ans dans la connaissance des facteurs de risque rattachés aux habitudes de vie. Dorénavant, des facteurs sont définis en soi comme extrêmement importants, comme le tabac par exemple. On connaît de mieux en mieux l'influence des facteurs de risque et les rapports de synergie qui existent entre certains d'entre eux. À la lumière de ces connaissances, la prévention revêt un nouveau caractère stratégique: il est maintenant possible d'agir sur certains déterminants qui conditionnent étroitement l'apparition de problèmes de santé. C'est l'argument de la « chaîne causale » invoqué par les épidémiologistes.

Plusieurs études ont démontré que les comportements à risque et les habitudes de vie néfastes se répartissaient inégalement dans la population: en général les milieux socio-économiquement faibles cumulent un maximum de risques. L'adoption de comportements préventifs (port de la ceinture de sécurité, dépistage précoce, etc.) dépend beaucoup de la perception que les gens ont de leur vulnérabilité à certaines maladies, de la gravité de ces dernières et de leur potentiel personnel devant la maladie. Davantage imprégnés d'un sentiment d'impuissance et de fatalisme, les groupes à faibles revenus adhèrent moins que les autres aux comportements préventifs.

Une étude réalisée à la demande de la Commission démontre que la prévalence de plusieurs facteurs de risque liés au mode de vie est plus

élevée dans les milieux défavorisés. Ainsi, ces milieux se distinguent par une forte proportion de fumeurs, le port moins fréquent de la ceinture de sécurité, l'inactivité physique durant les loisirs, le faible taux d'auto-examen des seins et le grand nombre de grossesses parmi les adolescentes. On ne détecte cependant pas de lien évident entre la surconsommation d'alcool, l'isolement social et la classe sociale (tableau 3). Ces observations amènent les auteurs à conclure que les inégalités sur le plan de la santé seraient en grande partie attribuables aux facteurs de risque liés au mode de vie ainsi qu'à un manque de prévention plutôt qu'à un manque d'accès ou de recours aux services de santé curatifs.

Les régions périphériques, les agglomérations de moins de 10 000 habitants et les régions rurales posséderaient un indice de risque supérieur aux autres régions du Québec en ce qui concerne les habitudes de vie néfastes. Le port moins fréquent de la ceinture de sécurité représenterait, par exemple, un indice de risque supérieur de 45 % à l'indice québécois. Les hommes habitant ces régions courent aussi un risque accru de problèmes de santé causés par le tabagisme et la consommation d'alcool. Ils sont physiquement moins actifs que la population masculine québécoise dans son ensemble. L'isolement social est aussi plus fréquent chez les femmes habitant les régions périphériques et les plus petites municipalités; de même, la fréquence d'examen pour le dépistage du cancer du col de

Tableau 3
Habitudes de vie par secteur de résidence, 1981

Secteur	Classe sociale	Fumeurs %	Non-utilisation de la ceinture de sécurité %	Inactivité physique		Surconsommation d'alcool (≥ 14 consommations/semaine) %	Isolement social %	Auto-examen des seins (jamais) %	Naissances chez les mères de ≤ 19 ans %
				Durant l'activité majeure %	Durant les loisirs %				
St-Henri	Défavorisée	57,7	51,9	29,3	35,0	13,4	19,8	64,9	17,1
St-Louis	Défavorisée	47,3	39,3	37,3	36,3	8,1	20,8	43,2	8,1
Métro	Moyenne	38,5	38,5	36,5	24,7	15,3	22,1	28,7	4,2
MDG	Moyenne	36,6	29,5	29,5	19,4	12,6	19,2	33,8	4,4
Westmount	Supérieure	18,4	23,3	34,9	24,0	10,4	19,4	19,3	0,8

Sources: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81; Gagnon *et al.* (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon *et al.* (1987a, 1987b).

Tiré de: J. O'Loughlin, J.-F. Boivin, *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*, Rapport déposé à la CESSSS, Publications du Québec, 1987.

l'utérus y est plus basse que pour le reste du Québec. Habitudes de vie et conditions socio-économiques s'associent donc étroitement. Nous reviendrons sur cette question.

Par ailleurs, certaines tendances relevées quant aux habitudes de vie des jeunes et des femmes en particulier soulèvent des inquiétudes. On fait ici référence à la montée du tabagisme et de la consommation d'alcool parmi ces groupes. En effet, l'état de santé des futures cohortes d'adultes et de personnes âgées est conditionné par ces phénomènes et on peut présumer qu'ils exerceront une nouvelle pression sur le système de soins. La présence accrue des femmes sur le marché du travail et l'adoption par les femmes d'habitudes de vie traditionnellement réservées aux hommes sont cités comme facteurs susceptibles d'influencer l'évolution des diverses pathologies du troisième âge.

Mentionnons finalement que de nombreuses études ont exploré le rôle joué par le stress dans la dynamique de la santé. Le stress peut se définir comme étant le résultat du processus d'adaptation de l'individu à son environnement. Certaines habitudes de vie néfastes semblent liées à un niveau de stress très élevé. Cette relation serait d'autant plus forte que le niveau de risque est élevé, comme dans le cas des grands fumeurs et des grands buveurs.

Nous avons vu, au premier chapitre, qu'il émerge au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés une nouvelle manière de « penser, de sentir et d'agir » en matière de santé. Les Québécois ont investi beaucoup d'efforts en vue d'améliorer leur santé: plusieurs ont cessé de fumer, surveillent leur alimentation, font davantage d'exercice physique, etc. Les médias pullulent de reportages sur tel ou tel aspect de la santé. C'est presqu'un engouement. Cet intérêt du public représente un mouvement positif qui doit être encouragé, soutenu et orienté en fonction d'objectifs de santé réalistes et réalisables.

Les attentes de la population se font également de plus en plus pressantes dans un autre domaine, celui de la protection de l'environnement. Des dommages immenses sont déjà causés à notre milieu de vie. Ces dommages ont et auront des répercussions importantes sur l'état de santé de la population.

2.3 Aperçu de l'état de l'environnement: les principaux risques pour la santé

Les problèmes environnementaux sont particulièrement difficiles à cerner avec précision, la définition même du terme environnement étant à l'origine de multiples polémiques. Pour les fins de ce bref aperçu, nous traiterons ici des phénomènes physiques, chimiques et biologiques qui sont en interaction et influent sur la santé et le bien-être de la population.

Au Québec comme dans tous les pays industrialisés, on se préoccupe de ces questions depuis relativement peu de temps. Toutefois, les inquiétudes se font de plus en plus vives: les Québécois ne sont plus seulement sensibilisés à la qualité du milieu de vie, ils s'inquiètent des effets invisibles de la pollution et commencent à s'interroger sur l'avenir même de leurs ressources naturelles, notamment de la forêt.

La perception même des problèmes environnementaux et la nature des interventions gouvernementales en la matière est en train de changer. Une première génération d'interventions a été centrée sur des sources ponctuelles de pollution bien visibles, par exemple, l'assainissement des eaux usées, le contrôle des dépotoirs, etc. On s'aperçoit cependant que la pollution revêt aussi une nature plus diffuse, plus invisible et donc plus insidieuse: c'est le cas de l'épandage excessif des engrais, qui provoque la dégradation des cours d'eau dans certaines zones, des pluies acides, de la pollution de l'air dans les immeubles à bureaux. C'est ce qu'on appelle les problèmes de deuxième génération. Cette sensibilisation à l'évolution des formes de pollution nécessite un nouveau type d'approche de prévention et de conservation, les problèmes n'étant plus seulement ponctuels et isolés, mais bien surtout interdépendants, diffus et souvent de dimension internationale. Des experts estiment qu'au Québec, d'importants problèmes de première génération ne sont pas encore traités et que l'identification de phénomènes plus complexes n'en serait qu'à ses premiers balbutiements[85].

Il existe encore une vaste marge d'incertitude et d'erreur lorsqu'il s'agit d'estimer l'ampleur et l'incidence sur la santé des différents types de risques liés à l'environnement. Ces risques relèvent aussi bien du milieu naturel (géologie, hydrographie) que de la consommation d'énergie, des activités agricoles, industrielles et urbaines et des activités de transport. La complexité et l'interdépendance des composantes de l'environnement (air, eau, sol) font en sorte qu'il est difficile d'évaluer avec précision des relations de cause à effet et d'établir le risque que représente pour la santé la contamination par l'un ou l'autre de ces éléments.

2.3.1 L'air

Les effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé seraient beaucoup plus importants que ceux de la pollution du sol ou de l'eau[86]. On associe la pollution atmosphérique plus spécialement aux affections des voies respiratoires (grippe, asthme, bronchite, emphysème pulmonaire, cancer du poumon) ainsi qu'à certains problèmes du système circulatoire ou digestif. La pollution atmosphérique agit en synergie avec l'usage du tabac, des conditions de vie et des conditions de travail dommageables à la santé. Certaines régions du Québec et certaines catégories de population sont donc particulièrement menacées.

Malgré que le contrôle des polluants traditionnels ait entraîné une certaine amélioration de la qualité du milieu atmosphérique, la situation demeure précaire, car le Québec émet chaque année des milliers de tonnes de polluants qui se sont accumulés dans le milieu et agissent sournoisement[87]. Bien que l'on connaisse les effets nocifs de l'oxyde de soufre, de l'oxyde d'azote et des hydrocarbures, par exemple, on évalue encore mal les conséquences d'une exposition à long terme à de faibles concentrations de polluants. Il est bien connu, par ailleurs, que nos forêts jouent le rôle d'un vaste poumon: le phénomène des coupes à blanc et du déboisement constitue donc une menace pour la santé des populations, en plus d'accélérer l'érosion et la dégradation des sols.

Plusieurs études se penchent aussi maintenant sur le phénomène de la pollution à l'intérieur des immeubles où de nombreux polluants contribuent à vicier l'air, comme la fumée de tabac, le radon, les produits de combustion, allergènes; ce problème tend à s'aggraver avec l'adoption de nouveaux matériaux (amiante) et la réduction des débits de ventilation pour économiser l'énergie.

Par ailleurs, la migration transfrontalière des oxydes de soufre et d'azote, ainsi que les mouvements d'autres polluants et les retombées acides constituent un problème extrêmement préoccupant. Pour plusieurs, les pluies acides au Québec sont la catastrophe écologique des années 80. Plus de 50 000 de nos lacs seraient en effet menacés d'acidification d'ici dix ans[88]. Les pluies acides augmentent la concentration de métaux toxiques lourds dans l'eau et dans le sol et perturbent ainsi toute la chaîne alimentaire, des végétaux aux humains. Soixante pour cent des précipitations acides viendraient des États-Unis, 20 % de l'Ontario et 20 % du Québec.

La pollution de l'air occasionne également des changements climatiques à long terme dont les effets sur la santé et le bien-être des populations peuvent être immenses. On s'inquiète à juste titre des effets des émissions accrues de dioxyde de carbone sur la température de l'atmosphère et des effets de la destruction partielle de la couche d'ozone qui nous protège des rayons ultraviolets. La pollution atmosphérique est dorénavant un phénomène d'envergure internationale. Toutes les régions du globe sont touchées, qu'elles soient elles-mêmes plus ou moins sources de pollution. Ces indications nous amènent à prévoir une détérioration de la situation.

2.3.2 L'eau

Les ouvrages scientifiques traitant de la qualité des eaux abondent au Québec et leurs conclusions se rejoignent: les eaux de surface du Québec sont parmi les plus polluées d'Amérique du Nord et on assiste à leur dégradation continuelle. La diversification et l'augmentation de la quantité de polluants rejetés sans traitement dans nos cours d'eau détériorent grandement le milieu aquatique et engendrent des risques élevés pour la santé.

L'approvisionnement en eau potable est le problème le plus urgent auquel les instances gouvernementales doivent faire face: pendant la période de 12 mois se terminant le 31 juillet 1987, on a enregistré au Québec 456 avis de faire bouillir l'eau avant consommation. Le ministère de l'Environnement a d'ailleurs fait de l'assainissement des eaux sa priorité numéro un. Le Québec accuse un retard important à cet égard: en 1981, seulement 6,2 % de la population était desservie par des usines d'épuration, contre 89,1 % en Ontario. Grâce aux investissements consentis dans ce secteur, le ministère de l'Environnement prévoit être en mesure de desservir 61 % de la population du Québec en 1990[89].

La pollution de l'eau provient à 80 % des activités industrielles. En juillet 1986, seulement 307 des 2 900 industries définies comme polluantes étaient équipées de systèmes de dépollution ou étaient engagées dans un programme d'assainissement des eaux[90]. Dans la région de Montréal, par exemple, 10 % des pollueurs, responsables de près de 80 % de la pollution toxique du fleuve, ne sont pas branchés sur les réseaux d'égoût municipaux et déversent directement leurs produits dans le fleuve.

Les activités agricoles et domestiques contribuent également à la pollution de l'eau. En 1985, 2 700 seulement des 7 300 producteurs agricoles avaient des installations jugées conformes aux normes environnementales. La lenteur avec laquelle les secteurs industriel et agricole traitent

leurs eaux usées témoigne des énormes difficultés socio-économiques et politiques reliées à la dépollution.

Le déversement de produits toxiques par l'industrie n'est pas sans causer des risques réels pour la santé, car les usines de filtration ne sont pas en mesure de neutraliser l'ensemble des polluants. À cet égard, les eaux du St-Laurent se révèlent particulièrement contaminées, car elles recueillent des déchets polluants aussi bien de l'Ontario et des États-Unis que du Québec. Dans les Grands Lacs, par exemple, on aurait dénombré plus de 800 composés organiques pouvant présenter des risques pour la santé. Bien que l'on n'ait pas relevé de cas d'intoxication majeure dans les municipalités du Québec, les risques à long terme sont, dit-on, bien réels[91].

2.3.3 Le sol et la qualité des aliments

En plus des pluies acides, deux sources importantes de pollution viennent altérer la composition naturelle du sol: la première provient de l'utilisation agricole de produits chimiques tels que les engrais et les agents régulateurs de croissance (pesticides, etc.), la deuxième concerne la production de déchets.

Les mesures concrètes pour prévenir la dégradation des sols sont à toutes fins pratiques inexistantes. Pourtant, la perte de sols arables équivaut au Québec à une perte annuelle de 200 millions de dollars, selon les données recueillies par le Comité sénatorial permanent de l'agriculture, des pêches et des forêts[92]. De plus, la pollution des sols par le déversement de substances toxiques ou dangereuses résultant d'activités minières ou industrielles constitue un risque majeur pour la santé. Une étude du ministère de l'Environnement[93] indique que l'industrie a déversé, en 1980, 265 000 tonnes de produits chimiques dangereux tandis que le secteur minier en produisait 23 millions de tonnes! La production de déchets dangereux s'est accrue d'environ 25 % au cours des années 1970[94].

Au Québec, les trois quarts de tous les déchets proviennent de l'industrie minière. La contamination des sols par les résidus miniers perturbe quelque 25 410 hectares de terre. Cette contamination influe sur la qualité des eaux de consommation et des aliments produits dans certains secteurs. Les déversements de déchets dangereux par l'industrie se font souvent dans la clandestinité et plusieurs crimes contre l'environnement ont été récemment mis à jour (à Mercier, Ville Lasalle, Ste-Julie...). Ce sont les contribuables qui doivent le plus souvent payer la note de la dépollution.

La dégradation des sols revêt une importance particulière, car ils sont le support de notre alimentation. Les produits chimiques divers dégagés dans l'environnement agissent de multiples façons pour altérer la qualité des aliments. La chaîne alimentaire fait en sorte que les humains absorbent une grande quantité de contaminants assimilés eux-mêmes par les organismes végétaux et animaux. Des études révèlent cependant que l'absorption de polluants varie grandement d'un individu à l'autre en fonction des habitudes alimentaires, de la provenance et de la disponibilité de certains aliments. Par exemple, les Indiens Cris de la région du Nord-Ouest québécois, qui s'alimentaient de poisson et ce, jusqu'à trois fois par jour, ont manifesté des symptômes d'intoxication au mercure[95].

2.3.4 Les risques rattachés au milieu de travail

Le travail lui-même et le milieu de travail ont un effet considérable sur l'état de santé, le stress et l'équilibre psychique et émotif des travailleurs. Les agents agresseurs en milieu de travail sont nombreux, qu'il s'agisse d'agents biologiques (virus, bactéries...), chimiques (poussière d'amiante, produits et gaz toxiques), physiques (bruit, chaleur, rayons ionisants) ou psychosociaux (horaires de travail, posture, monotonie, stress...). En 1983, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST) publiait une liste de 40 risques principaux en regard de la santé, parmi lesquels le bruit était perçu comme agent agresseur numéro un.

Il n'est pas toujours facile de déterminer précisément les relations entre les conditions de travail et les problèmes de santé, d'autant plus que pour certains facteurs comme la pollution atmosphérique, le danger est souvent latent et les effets se font sentir à long terme. On sait toutefois sans l'ombre d'un doute que les risques de décès prématuré sont beaucoup plus élevés pour l'ensemble des travailleurs manuels (44 % supérieurs à la moyenne) que pour les membres de professions libérales et les cadres supérieurs (15 % inférieurs à la moyenne). Des écarts importants existent aussi selon les métiers manuels, les risques d'accident et de maladie étant de beaucoup supérieurs dans des secteurs comme la forêt, le bâtiment et les mines, par exemple.

2.3.5 Les répercussions des conditions environnementales sur la santé

Il est reconnu que la pollution de l'air, de l'eau, du sol et des aliments influence la santé, mais il est souvent difficile d'établir des corrélations entre les données de morbidité et de mortalité et le degré d'exposition à des substances chimiques dites cancérigènes ou mutagènes. La difficulté

de préciser la portée épidémiologique de la pollution sur la santé des populations encourage les pollueurs à poursuivre leurs pratiques.

Les experts s'entendent pour prédire une détérioration encore plus marquée de la qualité de l'environnement. Selon le ministère de l'Environnement les problèmes jugés les plus prioritaires pour le Québec concernent les substances toxiques (déchets et effluents industriels, produits chimiques), les eaux usées urbaines et les pluies acides. Les quantités de polluants déjà mises en circulation vont engendrer des effets pathologiques encore plus importants dans le futur; les pressions sur les ressources naturelles iront sans doute en s'accentuant; les volumes de pollution seront dictés par l'évolution de la structure industrielle, avec un renforcement de certains secteurs polluants (ex.: aluminerie) et l'apparition de nouveaux secteurs encore problématiques (ex.: biotechnologie); la nature des polluants continuera à se complexifier et mettra au défi nos capacités d'interprétation et d'action. De plus, l'interdépendance des écosystèmes exige que l'on intervienne simultanément sur chacune des composantes de l'environnement: air, eau, sol. La complexité et les implications multiples des interventions en santé environnementale exigent des approches globales, multidisciplinaires et multisectorielles, la concertation de tous les acteurs concernés et la participation de la population.

Finalement, les problèmes environnementaux prennent de plus en plus une envergure internationale: qu'on pense aux pluies acides, à la couche d'ozone, au réchauffement de la planète, à l'accumulation de substances toxiques. La Commission mondiale sur l'environnement et le développement, organisme relevant de l'Organisation des Nations Unies (ONU), illustre bien le fait que les différents phénomènes systémiques opèrent non seulement à l'intérieur des pays mais aussi entre les pays. C'est toute la question du développement et des échanges économiques internationaux qui est ici posée: on doit d'abord garantir la conservation de l'écosystème sur lequel l'économie globale repose; de plus, les partenaires économiques devront viser des bases d'échanges équitables et bénéfiques pour tous.

Les défis sont de taille et le Québec ne semble pas particulièrement novateur dans ce domaine. Selon le ministère de l'Environnement, il dépense même 60 % de moins par habitant que l'Ontario en matière d'environnement.

Le ministère de l'Environnement annonçait récemment[96] un changement de cap important, tant sur le plan de ses orientations que de ses stratégies. En créant la Direction générale de la conservation, le Ministère

indique qu'il entend amorcer une nouvelle phase de son action, axée fondamentalement sur la protection et la conservation de l'environnement. Deux objectifs essentiels se dégagent de son plan d'action: maintenir la diversité, la productivité et la pérennité des écosystèmes, et diminuer l'exposition des personnes et des espèces aux substances toxiques. Pour atteindre ces buts, des principes clés guident les interventions du Ministère: l'élaboration de politiques sectorielles ayant des objectifs environnementaux mesurables, l'établissement de priorités, la transparence et la gestion par résultats, une approche intégrée des problèmes, l'engagement des intervenants et l'action concertée.

3. La persistance des inégalités en santé: l'effet global des conditions socio-économiques

D'importants écarts dans l'état de santé subsistent entre différents groupes de la population: entre hommes et femmes, classes sociales, catégories socio-professionnelles, groupes ethniques, quartiers, territoires et régions du Québec.

L'existence parmi les populations défavorisées de problèmes de santé plus marqués et de taux de mortalité plus élevés pour certaines maladies est maintenant un phénomène bien connu et de plus en plus documenté. Toutefois, la persistance des inégalités et parfois même l'accroissement des disparités, quinze ans après l'avènement de l'assurance-maladie et la mise en oeuvre de toute une série de réformes, ont de quoi étonner et soulever bien des interrogations.

Une étude réalisée récemment dans la région de Montréal et mettant en rapport indicateurs de classe sociale et indicateurs de santé, conclut qu'à la seule exception de la mortalité infantile, tous les indicateurs de mortalité et de morbidité démontrent un lien entre la classe sociale et l'état de santé (tableau 4). Dans le cas de la mortalité infantile, cependant, une étude[97] arrive à la conclusion que les populations les plus défavorisées ont les taux les plus élevés.

Les taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, au cancer et aux accidents sont beaucoup plus élevés dans les quartiers défavorisés de Montréal que dans les quartiers aisés. Cette différence se traduit, comme nous l'avons vu précédemment, par un écart de neuf ans entre l'espérance de vie à St-Henri/Petite Bourgogne et à Westmount. Des études indiquent même que ces écarts, loin de se résorber, se sont accrus: de 1961 à 1976, l'espérance de vie dans les quartiers aisés de Montréal augmentait de 2,6 ans, alors qu'elle ne progressait que de 0,3 an dans la basse-ville. De plus,

Tableau 4
Indicateurs de santé par secteur de résidence, 1981

Secteur	Classe sociale	Mortalité							Morbidité				
		Rapports de mortalité standardisés											
		Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs	Accidents	Toutes les causes	Mortalité infantile ‰	Espérance de vie ans	Espérance de vie en bonne santé ans	Naissances de petit poids (< 2 500 g) %	Restriction des activités %	Nombre de problèmes de santé chronique Aucun %	Nombre de problèmes de santé chronique ⩾ 2 %	Santé émotionnelle négative %
St-Henri	Défavorisée	1,5	1,7	1,6	1,6	9,2	69,4	60,0	9,5	21,9	59,9	18,4	13,6
St-Louis	Défavorisée	1,4	1,3	1,8	1,5	11,7	71,9	66,3	6,4	13,8	67,8	13,4	12,7
Métro	Moyenne	1,0	1,0	1,8	1,2	12,0	72,1	67,3	6,1	15,0	68,9	11,6	4,9
MDG	Moyenne	1,0	1,0	1,0	1,0	7,1	76,7	71,4	6,1	10,7	69,7	13,5	6,7
Westmount	Supérieure	0,6	0,7	0,7	0,6	10,3	78,0	70,8		5,9	11,1	68,6	9,7

Sources: Gagnon *et al.* (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon *et al.* (1987a, 1987b); Wilkins (1982); Pelchat et Wilkins (1986); Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Tiré de: J. O'Loughlin, J.-F. Boivin, *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*, Rapport déposé à la CESSSS, Publications du Québec, 1987.

un résident de Westmount peut s'attendre à vivre sans restriction totale ou partielle de ses activités 11 ans de plus qu'un résident de St-Henri. Sur le plan de la morbidité, par exemple, la prévalence des naissances de bébés de petit poids, des problèmes chroniques de santé et d'un état psychique négatif est plus forte dans les milieux défavorisés. Une étude réalisée par le CLSC Basse-Ville de Québec[98] indiquait même que les naissances de bébés de faible poids augmentaient dans la basse-ville alors qu'elles diminuaient dans l'ensemble du Québec.

D'autres études cherchent à préciser l'interrelation entre l'environnement socio-économique, le stress, les habitudes de vie et l'état de santé des individus. Les résultats confirment globalement l'importance des déterminants socio-économiques sur la santé. La probabilité de connaître une restriction permanente des activités est cinq fois plus élevée pour un homme qui appartient au groupe des revenus les plus faibles que pour celui qui fait partie du groupe à revenus élevés. Cette probabilité est également 2,5 fois plus élevée pour les hommes qui disposent tout au plus d'un niveau d'instruction secondaire que pour ceux qui ont fait des études universitaires. Le risque est aussi cinq fois plus élevé pour les travailleurs du secteur primaire que pour les dirigeants et les cadres. Ces estimations soulignent encore une fois l'importance du milieu de travail dans la genèse des inégalités de santé. Ces inégalités sont présentes également chez les femmes, quoique les écarts soient plus faibles.

On a par ailleurs analysé la distribution géographique des problèmes socio-sanitaires (tableau 5); certains ont dressé le bilan des régions du Québec à partir d'indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires[99]. L'analyse des données par région se bute cependant à des limites réelles. Les régions constituent souvent des entités difficilement comparables: toutes ne constituent pas des territoires dont les composantes répondent à des critères d'homogénéité et d'interrelation; de plus, les moyennes masquent des inégalités importantes au sein des régions elles-mêmes. Chaque région est finalement distincte et ne pourrait être associée par l'ensemble de ses caractéristiques à une ou plusieurs autres régions[100]. Ces études ont cependant permis de mettre en évidence d'importantes inégalités régionales quant à l'état de santé de la population. Certaines caractéristiques permettent de déterminer des points communs entre régions, ce qui constitue tout de même un bilan. Pour l'ensemble des indicateurs de santé et d'environnement, les quatre régions périphériques se classent aux quatre derniers rangs, tant pour la santé que pour les conditions de vie[101].

Tableau 5

Indicateurs de la santé, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, vers 1981

Région/Département (DSC)	Mortalité générale		Cause de décès				Facteurs de risque			
	Espérance de vie ans	Mortalité infantile ‰	Maladies appareil circulatoire ICM	Cancer poumon ICM	Accidents véhicule-moteur ICM	Suicide ICM	Limitation dans les activités ICI	Fumeurs ICR	Ceinture de sécurité rarement ICR	Dernier test Pap «jamais» ICR
Total, province de Québec	**75,3**	**9,0**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
R9 Côte-Nord	75,3	8,5	97	95	139	77	164*			
R8 Abitibi-Témiscamingue	73,9	11,0	101	101	157	172	169*	106	145	105*
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	75,8	10,6	86	92	140	81	115			
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	73,7	11,2	112	120	135	87	104			
R4 Trois-Rivières	75,6	9,5	101	84	125	106	109			
R5 Estrie	75,2	10,5	101	86	144	114	91*	100	91	100
R7 Outaouais	74,6	8,2	106	106	92	105	118			
R3 Québec	75,6	8,8	97	98	122	115	115			
R6B Laurentides/Lanaudière	75,0	8,1	104	103	115	99				
R6C Montérégie (Rive Sud)	75,6	7,9	103	94	101	78	91	99	97	97
R6A Montréal-Métropolitain	75,4	8,6	99	106	59	101				
D7 Saint-Luc	72,6	10,9	114	132	79	158	–	–	–	–
D5 Général de Montréal	74,1	9,7	98	115	42	142	–	–	–	–
D2 Verdun	73,8	8,7	109	140	54	91	–	–	–	–
D3 Maisonneuve-Rosemont	74,4	9,0	105	115	67	98	–	–	–	–
D6 Sacré-Coeur	75,8	8,2	97	94	59	91	–	–	–	–
D4 Sainte-Justine	78,6	7,0	74	65	36	88	–	–	–	–
D8 Cité de la Santé (Laval)	75,7	7,8	99	101	64	83	–	–		–
D1 Lakeshore	76,8	7,4	89	87	54	53	–	–	–	–
Québec (taux brut)			305	21	42	16	11,5	43	21	17

Note: Voir les tableaux détaillées dans le document principal. ICM = Indice comparatif de mortalité. ICI = Indice comparatif d'incapacité. ICR = Indice comparatif de risque.
* = Coefficient de variation entre 16,5 % et 25,0 %: utiliser avec caution.

Source: Recensement de 1981; Registre de la population pour les décès 1979-1983; Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada pour limitation dans les activités, 1983-1984; Enquête Santé Canada pour les facteurs de risque, 1978-1979.

Tiré de: J. Hoey *et al.*, *L'état de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*, Rapport déposé à la CESSSS, Publications du Québec, 1987.

Un certain nombre de recherches[102] nous orientent maintenant vers un découpage plus précis de la réalité socio-sanitaire. Leurs résultats démontrent que les populations les plus vulnérables et dont les besoins sont les plus grands sur le plan de la santé se trouvent concentrées dans certaines zones des régions socio-sanitaires et dans certains quartiers des grandes villes. Dans cette optique, les notions de « groupes à risque » et de « communautés » deviennent indissociables.

L'analyse de l'interaction entre neuf grandes catégories d'indicateurs (activité économique, niveau d'instruction, niveau de revenus, qualité du logement, sédentarité, qualité de l'éducation et de la culture, criminalité, mésadaptation sociale et état de santé) appliquée à une région particulière du Québec a permis d'identifier et de localiser deux types de population: une population en croissance et une population en décroissance démographique, sociale et économique. C'est chez cette dernière que se concentrent les pires situations, aussi bien sur le plan économique que culturel, social et sanitaire. Plus encore, l'identification d'un seul de ces indicateurs suffit à distinguer géographiquement les populations en développement de celles qui sont en sous-développement, ce qui démontre bien l'étroite association de ces facteurs.

Ces études ont révélé d'importantes disparités au Québec: 42 % de la population totale habitent des territoires en décroissance; de plus, une des principales observations montre que les indices de l'état de santé, dont l'espérance de vie, ont diminué entre 1971 et 1981 dans les territoires les plus touchés par ce processus.

En somme, d'importantes inégalités subsistent sur le plan de la santé: des écarts persistent et parfois même s'agrandissent entre quartiers, territoires, régions, types d'occupation. Loin de ne concerner que des groupes marginaux, ces inégalités frappent de larges tranches de la population. Elles correspondent aux inégalités sociales et démontrent de façon éloquente l'effet des divers déterminants environnementaux sur l'état de santé. Les groupes socialement défavorisés cumulent en effet un maximum de risques pour leur santé: ils sont davantage exposés à des conditions environnementales néfastes (conditions de travail, exposition aux polluants, habitation, niveau de revenus, etc.), ils ont des habitudes de vie dommageables (tabac, sédentarisme, mauvaise alimentation) et ont moins recours aux mesures préventives. Le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté se confirme encore.

Ces constats ne peuvent que poser de nouveaux défis au système de santé et de services sociaux. Le seul système de soins s'est avéré inapte à réduire ces disparités. Certains estiment même qu'il a pu contribuer à maintenir ces écarts ou à les creuser. Ainsi, ce sont les milieux les plus instruits et les plus aisés qui ont changé leurs comportements et le plus largement adopté les habitudes de vie saines prônées par les campagnes de promotion des années 70. C'est dans ces groupes qu'on a observé la plus grande diminution du tabagisme et la plus forte hausse d'activité physique, par exemple. Ce paradoxe risque donc de s'accentuer avec le temps[103].

Certains estiment même que la concentration géographique des ressources gouvernementales, y compris des services de santé et des services sociaux, a pu renforcer l'inéquité: les disparités actuelles dans la répartition des ressources contribueraient à désavantager certaines communautés et à détériorer leur état de santé. Il se produirait même un transfert net des ressources publiques des communautés « malades » et en désintégration vers les communautés saines et en développement.

Dans l'ensemble, on peut conclure que l'égalité d'accès aux services de santé n'entraîne pas automatiquement l'égalité sur le plan de la santé. D'ailleurs, beaucoup d'experts s'accordent pour dire qu'il est bien difficile d'imputer des résultats de santé au seul système de soins, celui-ci n'étant qu'un facteur parmi d'autres. Une étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)[104] reconnaît explicitement que dans l'ensemble des pays comparés, il ne semble guère exister de relations entre les taux de mortalité et la dépense de santé par habitant. Cette absence de relations statistiquement significatives ne surprend pas tant les facteurs en cause sont nombreux: sociaux, économiques, culturels, historiques et autres. Dans plusieurs pays, la corrélation la plus significative s'établit plutôt entre la baisse de la mortalité et l'amélioration des niveaux de vie et d'instruction, les soins de santé apparaissant comme un déterminant moins important.

Grâce aux progrès des connaissances, nous avons maintenant une vision de la santé à la fois plus complexe et par le fait même plus conforme à la réalité. Nos sociétés sont pluralistes, les valeurs, les attentes et les comportements en matière de santé varient d'un groupe ou d'une catégorie sociale à l'autre. Loin de conclure à l'impuissance du système de soins, on doit plutôt repenser son action dans un cadre plus global, en fonction d'objectifs plus précis et de populations mieux délimitées. Le système de soins est dorénavant un élément parmi d'autres, bien que chargé d'une mission et d'une responsabilité essentielle en matière de

santé. Il devra situer son action en complémentarité avec l'ensemble des politiques fiscales, économiques, sociales et environnementales. Il devra aussi se livrer à un nécessaire arbitrage entre le « quoi faire » (ses objectifs), le « comment faire » (les moyens et les approches) et le « combien pour le faire », ces trois volets de son action étant intimement liés.

Conclusion: Vers une politique de santé

Au Québec, une dynamique très forte se dessine actuellement en faveur d'une réorientation du système de santé. La consultation menée par la Commission a largement illustré ce fait: de tous les secteurs, chez les intervenants du monde de la santé comme chez les représentants des usagers et chez les organismes socio-économiques, émane la volonté que le Québec se dote d'une politique globale de santé. Cette exigence est le résultat à la fois d'un certain bilan des interventions en matière de santé et de l'évolution des connaissances dans ce domaine.

Évolution du portrait de santé et des connaissances en santé

Il semble dorénavant clair qu'on ne peut plus s'en tenir à une définition strictement bio-médicale de la santé, ni à une définition statistique du type « absence de maladie » ou « état de bien-être ». La santé relève plutôt d'un processus essentiellement dynamique mettant en cause une multitude de facteurs. Les recherches épidémiologiques des dernières décennies ont en effet largement confirmé l'importance des dimensions psychologiques, sociales et environnementales de la maladie. Une étude de l'OCDE[105] conclut qu'il est de plus en plus évident qu'une grande partie de la morbidité est d'origine sociale et s'explique par le mode de vie et les facteurs tenant à l'environnement. La santé serait donc davantage perçue comme le résultat d'un équilibre dynamique entre l'individu et son milieu.

Les progrès enregistrés au chapitre de l'épidémiologie et de l'épidémiologie sociale sont en bonne partie responsables de l'évolution de notre conception de la santé et de la maladie. Les nombreuses recherches entreprises dans ce domaine ont permis à la fois de multiplier, de diversifier et de raffiner les indicateurs de santé, et également de mettre au point une approche plus complexe de la notion de facteurs de risque. On a notamment progressé dans la mesure de l'effet des habitudes de vie et de l'environnement sous toutes ses formes. On cherche de plus en plus à mesurer l'influence de facteurs davantage psychosociaux du type stress et soutien social.

Les nouveaux indicateurs se distingueraient principalement des indicateurs classiques par le fait qu'ils reflètent davantage le point de vue de l'usager sur son propre état de santé et sur les conséquences que cela implique pour lui. Ainsi, toute une gamme de recherches s'est attachée à concrétiser la notion de santé fonctionnelle: on a d'abord voulu décrire le degré d'autonomie physique des personnes âgées dans leurs activités quotidiennes, puis les indicateurs mis au point ont été appliqués au domaine de la santé mentale. D'autres recherches ont plutôt tenté d'approfondir la notion de santé positive en donnant un contenu opérationnel aux concepts de satisfaction, de qualité de vie et de bien-être.

Des efforts considérables sont déjà consacrés dans plusieurs pays de la Communauté économique européenne[106] pour définir de nouveaux indicateurs permettant de mesurer les besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, par exemple. Ces recherches sont justifiées par le fait que le vieillissement de la population, les progrès techniques de prolongation de la vie, les modifications de la morbidité et de l'incapacité, ainsi que certaines transformations sociales et économiques (taille et stabilité de la famille, travail féminin) vont fort probablement entraîner un accroissement de la demande de soins de longue durée. Par ailleurs, ces soins dépassent largement le seul domaine de la santé et concernent tout aussi bien le logement, la sécurité du revenu sous toutes ses formes, l'assistance sociale et familiale, ce qui pose des défis de taille aux planificateurs.

Finalement, d'autres études cherchent à saisir la dynamique par laquelle les facteurs associés aux problèmes de santé interagissent et les contextes qui les influencent, comme l'illustrent les études sur les effets de la pauvreté sur la santé. Ces diverses entreprises rencontrent évidemment de multiples embûches, sur le plan conceptuel comme méthodologique, mais les progrès enregistrés en cette matière sont majeurs et laissent entrevoir de nouveaux horizons en matière de traitement et de prévention de la maladie.

Les recherches dans le domaine de la biologie et de la technologie médicale ont par ailleurs progressé de façon assez spectaculaire depuis 15 ans. La nouvelle biologie moléculaire a réalisé des percées en génie génétique. Les transplantations d'organes se sont multipliées: transplantations du rein, du coeur, du coeur et des poumons, du foie, de la moelle osseuse et bientôt du pancréas. On a développé toute une série de nouvelles prothèses du type stimulateur cardiaque, prothèses valvulaires du coeur, prothèses orthopédiques multiples (genou, hanche, tendon, etc.). Une vaste gamme de nouveaux médicaments ont fait leur apparition: nouveaux antibiotiques et nouveaux diurétiques, immunosuppressants, agents anti-angine de poitrine, etc.

On a maintenant recours à des procédures de traitement qui peuvent soit éviter la chirurgie comme la radiologie interventionnelle ou l'endoscopie diagnostique et thérapeutique, soit maintenir en vie comme la dialyse rénale. L'équipement s'est aussi profondément modernisé, particulièrement dans le domaine de la radiothérapie (appareils à haut voltage), dans celui de la radiologie diagnostique (ultrasons); on le constate aussi, entre autres, avec les multiples utilisations du laser. On a par ailleurs sensiblement amélioré les systèmes d'information dans le monde de la santé en informatisant la gestion et les laboratoires, et en introduisant de nouvelles notions de gestion comme la gestion à services multiples.

Bref, l'amélioration des statistiques et des méthodes d'enquête, le progrès des connaissances biomédicales et épidémiologiques, l'évolution même du champ pathologique nous donnent maintenant une vision plus complexe, multidimensionnelle de la maladie. Ces phénomènes indiquent également de nouvelles stratégies dans la lutte pour la santé. Les plus grands espoirs se fondent dorénavant sur les mesures préventives. La première « révolution épidémiologique » s'était attaquée aux causes des maladies infectieuses qui faisaient tant de ravages avant les années 50. La deuxième révolution épidémiologique[107] devra, grâce aux connaissances que nous possédons maintenant, s'appuyer sur une stratégie de prévention pour faire reculer la mort et la maladie. Elle devra également s'attaquer aux défis que représentent la persistance des inégalités en santé et l'accroissement des maladies chroniques et dégénératives. Ces constatations rejoignent celles formulées en 1986 par le ministre fédéral de la santé, Jake Epp, dans son document *La santé pour tous*, où il précise trois grands défis pour le système de santé: les inégalités, la prévention, les maladies chroniques et les invalidités.

Principaux paramètres pour une politique de santé

Comme nous l'avons vu, il se fait à l'échelle mondiale une prise de conscience croissante du rôle et de l'importance des multiples déterminants de la santé. Le système de santé est de plus en plus perçu comme *un* des facteurs influençant l'état de santé, *un* des partenaires concernés par cette question. Dans ce contexte, la définition du concept de santé prend une importance cruciale. Aussi ne faut-il pas se surprendre du fait que cette définition est en constante évolution, reflétant ainsi une compréhension nouvelle et plus complexe de la maladie et de la santé: « Les frontières de l'organisme se sont étendues pour inclure les influences de la personne elle-même et de l'environnement sur les processus pathophysiologiques »[108].

Alors que commence à se dessiner un certain consensus sur les limites du système médico-hospitalier traditionnel en regard de l'état de santé des populations, le système de santé continue, lui, de se développer et d'agir comme s'il constituait le seul déterminant de la santé. Ce type de croissance a, selon certains experts, atteint un terme, la récente crise économique incitant de surcroît à mettre en doute la pertinence et l'efficacité de ces interventions.

Axé sur la mise en place de services plutôt que sur les besoins de santé et la poursuite de résultats concrets, enfermé dans sa propre logique de croissance, le système s'est développé autour des impératifs liés aux structures elles-mêmes, au professionnalisme, aux contraintes financières, réglementaires et autres. Il en résulte cloisonnement des institutions et des approches, confusion et chevauchement des rôles et des responsabilités, incohérence et manque de direction, mauvaise utilisation de l'expertise, démobilisation des intervenants, absence de cadre de référence en prévention et promotion de la santé, difficulté, voire impossibilité de mesurer les résultats des interventions en santé. En somme, le système de santé a jusqu'ici consacré le gros de ses énergies à produire des services et à « éteindre des feux », mais il ne dispose pas d'une politique globale de santé qui permettrait de mobiliser l'ensemble des forces et de définir des priorités en fonction d'objectifs précis.

L'élaboration de politiques de santé se heurte, il va sans dire, à de multiples difficultés. N'en mentionnons que quelques-unes: l'absence de normes permettant de mesurer cliniquement le caractère approprié d'un traitement médical, la difficulté de cerner et de mesurer des résultats, la prise en considération de l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, culturels, donc l'étroite articulation avec des programmes sociaux de toutes sortes et des programmes de développement économique, l'état des connaissances et des méthodes d'évaluation, l'ensemble des nouveaux problèmes d'éthique auxquels sont confrontés tant les praticiens que la société tout entière (manipulations génétiques, nouvelles technologies de reproduction, etc.). Même si, estime-t-on, les pouvoirs publics ne sont pas à même de saisir de manière exacte et complète l'efficacité du système et ne disposent pas de tous les outils nécessaires pour le faire, un peu partout dans le monde, des décideurs s'orientent vers des politiques de santé axées sur les résultats, sur l'équité et sur l'efficience.

Au Québec, des jalons dans cette direction sont déjà posés. Des tentatives fructueuses et des expériences positives témoignent des préoccupations et des efforts déployés en ce sens par les chercheurs, les praticiens

et les décideurs. Dans les secteurs de la périnatalité, de la nutrition, des personnes âgées et du maintien à domicile, par exemple, on a élaboré des politiques visant la poursuite d'objectifs de santé et dans certains cas, des résultats précis peuvent être associés à ces entreprises. Le Québec serait également bien outillé pour relever le défi de la promotion de la santé, étant donné le réseau d'institutions dont il s'est doté, la diversité et le dynamisme des organismes qui sont à l'oeuvre dans la communauté et s'efforcent d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Des progrès sont possibles dans tous les secteurs. Dans la plupart des cas, qu'on pense au cancer, aux accidents de la route, aux MTS, on est en mesure de proposer des objectifs quantifiables, de suggérer des étapes, des échéances, des plans d'action, de cerner de façon de plus en plus précise les groupes vulnérables et les populations visées. On réclame toutefois de toutes parts que s'élaborent des programmes unifiés d'action et donc que se manifestent un leadership et une volonté collective de prise en charge. L'expérience nous a par ailleurs appris que les diverses politiques déjà mises en oeuvre n'ont été concluantes que dans la mesure où le ministère de la Santé et des Services sociaux disposait de tous les leviers d'action[109]. Les politiques de santé qui exigent une coopération intersectorielle, comme celles sur le tabac et l'alcool, voient difficilement le jour, et les questions environnementales (pluies acides, par exemple), elles, n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements.

À cette étape-ci, nous nous contenterons de préciser les principaux paramètres devant guider, selon nous, l'élaboration d'une politique de santé.

Cette politique doit être d'abord axée sur des résultats plutôt que sur des moyens. La notion de résultat est évidemment liée à la définition d'objectifs de santé, qui évoluent en même temps que se transforme notre compréhension de la santé et de la maladie; ainsi on parle maintenant davantage d'objectifs d'autonomie et de qualité de vie. Pour opérer ce changement de cap, il faut d'abord axer les interventions sur les populations: l'analyse la plus fine possible des besoins, des comportements et des obstacles particuliers rencontrés par certains groupes doit servir de fondement à l'établissement de priorités et d'objectifs.

L'élaboration de cette politique repose sur la participation de tous les intervenants concernés et sur la mobilisation des personnes et des collectivités. C'est là le principal facteur de réussite.

Une telle politique exige que se développent les outils nécessaires à son application, c'est-à-dire des statistiques et des bases de données pertinentes mises à jour périodiquement, une information accessible et diffusée, une utilisation maximale de l'expertise, le développement de la recherche (en particulier en matière d'indicateurs de résultats et d'évaluation), la mise en place de mécanismes aptes à soutenir la planification et le suivi.

Le champ d'action du système de santé doit s'élargir. Il doit intégrer davantage toute une gamme d'interventions allant de la promotion de la santé à la réadaptation, en passant par le soutien aux individus et à la collectivité. Dans cette optique, la promotion de la santé devient un objectif de premier ordre. De nouvelles approches et de nouvelles perspectives s'imposent dans ce domaine. Prévention et promotion doivent s'intensifier.

Constatant que la majeure partie des progrès réalisés sur le plan de la mortalité provient des changements de comportement de la population, les experts estiment que pour prévenir ou faire reculer nos « maladies de civilisation », il faut modifier de manière fondamentale les valeurs et les comportements individuels et collectifs et miser sur le rôle actif des personnes et des communautés. Amélioration des niveaux de vie et d'instruction, politiques sociales et politiques d'emploi, prise de conscience et engagement des personnes et des collectivités, coordination de l'action de multiples acteurs et mise en place de vastes programmes de prévention: tels paraissent être les principaux vecteurs d'une stratégie de promotion et de prévention de la santé.

La coopération intersectorielle est possible et même indispensable. Les préoccupations nouvelles en matière d'environnement et la nécessité d'agir sur les divers déterminants de la santé vont inévitablement nous engager dans cette voie. De plus en plus, des problèmes vont exiger des règlements internationaux, comme ce fut le cas récemment en ce qui concerne la protection de la couche d'ozone. La santé publique doit devenir un objectif national. Il revient donc à l'État d'assumer au plus haut niveau les responsabilités et le leadership en cette matière en adoptant des politiques multisectorielles qui mobilisent toutes les parties concernées. Ces orientations devront trouver, sur le plan local, les assises nécessaires à leur mise en oeuvre.

Chapitre 3

Les problèmes et les besoins en matière de services sociaux

Introduction

Peu importe son âge, son instruction ou sa place dans la société, toute personne peut, à un moment ou l'autre de son existence, faire face à des problèmes particuliers ou être incapable de satisfaire ses besoins essentiels. Ces problèmes ne sont évidemment pas réductibles au seul champ des services sociaux. Leurs sources et leurs manifestations impliquent cependant une approche multisectorielle. Les problèmes dont il sera ici question sont ceux qui touchent plus particulièrement les services sociaux. Tout au cours de son mandat, la Commission a été à même de prendre connaissance de problèmes et de besoins sociaux pour lesquels il est impératif d'agir. En dépit des valeurs contradictoires dans notre société, un diagnostic est posé sur les situations qui doivent retenir l'attention afin que soit atteint un certain consensus sur leur importance. Trois grandes catégories de problèmes retiennent particulièrement l'attention:

- les problèmes de la violence faite à la personne;
- les problèmes de déviance et mésadapation sociale;
- les problèmes d'intégration sociale.

Ces problèmes, qui seront ici qualifiés de fondamentaux, ont été délimités à partir de trois critères. Le premier est la gravité de la situation. Les manifestations des problèmes retenus atteignent un niveau grave et socialement intolérable. Le second critère est celui des effets éventuels à court, moyen et long terme sur l'individu et la société. D'ailleurs, plusieurs des situations retenues tendent à se répéter d'une génération à l'autre. Le dernier critère est en fait une constatation à posteriori: les problèmes retenus touchent largement des individus et des groupes qui ne peuvent faire face à leurs difficultés par leurs seuls moyens et ressources.

Les problèmes et les besoins qui concernent les services sociaux doivent absolument dépasser le simple niveau de l'aspect fondamental. Deux autres niveaux sont en effet considérés. La question de la vulnérabilité de certaines populations sera abordée. Ce deuxième niveau se situe en amont des problèmes fondamentaux. Il s'agit d'identifier certaines des conditions qui rendent des individus plus vulnérables devant l'adversité, le danger ou la malchance. La prévalence de ces conditions permet de cerner certaines populations particulièrement vulnérables auxquelles des programmes sociaux pourraient s'adresser pour prévenir ou empêcher l'aggravation des problèmes. Le dernier niveau est celui des difficultés courantes de fonctionnement en société attribuables à des circonstances de vie qui amoindrissent ou éliminent les relations ou les interactions de la personne avec son milieu ou avec la société dans son ensemble.

Ces trois niveaux sont présentés dans le schéma suivant. En regardant ce schéma, on remarquera qu'il existe des interrelations entre ces niveaux et les différentes populations concernées. Il y a une gradation à partir de groupes à risque avec leurs problèmes fondamentaux jusqu'au niveau de l'ensemble de la population et de la société, en passant par des catégories de populations qui, même si elles ne sont pas actuellement affectées par les problèmes, présentent certaines caractéristiques qui les rendent plus vulnérables.

L'orientation adoptée ici ne se limite donc pas à déterminer les problèmes en fonction de l'aide nécessaire. Elle est proactive, c'est-à-dire que sans négliger l'aide requise à l'égard des problèmes eux-mêmes, elle se penche aussi sur les facteurs qui en sont à l'origine et qui rendent certaines populations plus vulnérables. Enfin, elle étudie les besoins de la population dans son ensemble.

Les limites de la présente analyse doivent aussi être soulignées. Il existe peu de données et elles sont trop sommaires et trop partielles pour permettre de tracer un portrait d'ensemble des problèmes sociaux qui soit complètement fiable et valide. Les principales sources de données accessibles sont celles des institutions du réseau et des organismes communautaires. On connaît les limites que cela implique étant donné les tris que les institutions opèrent en raison de leur spécialisation, de leurs besoins de régulation et de l'idéologie professionnelle des agents.

Malgré tout, à l'aide des données existantes, de la consultation effectuée auprès de la population, des avis d'experts et de certaines recherches appropriées, il est possible d'établir l'état des problèmes et des

Schéma 1

Niveaux d'analyse des problèmes sociaux et des populations concernées

ENSEMBLE DE LA POPULATION

POPULATIONS VULNÉRABLES

GROUPES À RISQUE

I- Problèmes sociaux fondamentaux

1. VIOLENCE CONTRE LES PERSONNES

AGRESSIONS SEXUELLES, MAUVAIS TRAITEMENTS, NÉGLIGENCE À L'ÉGARD DES ENFANTS, VIOLENCE CONJUGALE, AGRESSIONS DE TOUTES SORTES À L'ENDROIT DES PERSONNES.

2. DÉVIANCE ET MÉSADAPTATION SOCIALE

DÉLINQUANCE, TROUBLES DE COMPORTEMENT, TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS, ITINÉRANCE.

3. PROBLÈMES RELIÉS À L'INTÉGRATION SOCIALE

CARENCE DANS LES LIENS PARENT(S)—ENFANT(S), SURCHARGE DE CERTAINES FAMILLES MONOPARENTALES, DIFFICULTÉS DE FONCTIONNEMENT EN SOCIÉTÉ LIÉES À L'ABSENCE, LA PERTE, LA DIMINUTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE, DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION CHEZ CERTAINS IMMIGRANTS.

II- CONDITIONS DE VULNÉRABILITÉ DE CERTAINES POPULATIONS PARTICULIÈRES

1. HANDICAPS

2. PAUVRETÉ

3. DÉFICIENCES DES RÉSEAUX D'INTÉGRATION

ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS, JEUNESSE EN PHASE D'INTÉGRATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL, FAMILLES MONOPARENTALES, PERSONNES ÂGÉES.

III- DIFFICULTÉS COURANTES DE FONCTIONNEMENT EN SOCIÉTÉ

AMOINDRISSEMENT OU ABSENCE DE RELATIONS OU D'INTERACTIONS ENTRE LA PERSONNE ET SON MILIEU OU LA SOCIÉTÉ ET VICE-VERSA.

besoins selon les trois niveaux établis. C'est la démarche adoptée dans les pages qui suivent. Les trois premières sections sont consacrées aux problèmes fondamentaux: la violence contre les personnes, la déviance et la mésadaptation sociale et les problèmes d'intégration sociale. Les deux autres sections portent sur la vulnérabilité de certaines populations et sur les difficultés courantes de fonctionnement en société.

1. Les problèmes de violence contre la personne

Depuis une vingtaine d'années, la violence est passée au nombre des préoccupations sociales. Les mouvements pacifistes, la lutte à la pornographie et la dénonciation du rôle des médias, plus particulièrement celui de la télévision, dans l'apprentissage de la violence sont autant de manifestations de la désapprobation collective qu'elle suscite. Des formes de violence jusqu'à récemment minimisées, comme les agressions sexuelles, ou même légitimées, comme la violence familiale, deviennent elles aussi visibles et socialement inacceptables. C'est dans ce contexte global que les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants, puis la violence conjugale et tout récemment la violence envers les personnes âgées émergent de l'univers privé pour constituer un domaine d'intervention publique.

Quatre éléments se dégagent des différentes définitions ou conceptions de la violence: l'acte lui-même, le rapport de pouvoir dans lequel il s'inscrit, ses effets et le jugement social porté sur l'acte et sur ses effets. Certains auteurs associent la violence à l'idée de contrainte en la définissant comme l'usage de la force afin d'obtenir d'un individu ou d'un groupe ce à quoi il ne veut pas consentir librement[110]. D'autres auteurs axent plutôt la définition sur les effets de cette contrainte[111]. La gravité du risque qu'elle fait courir à la victime, soit pour sa vie, sa santé ou son intégrité physique, soit pour sa liberté individuelle, constitue alors la principale caractéristique de la violence.

La violence n'est pas en soi un phénomène nouveau. De tout temps, elle s'est infiltrée dans tous les aspects de la vie sociale. La nouveauté tient plutôt au discours contemporain qui élargit le concept de violence à ses dimensions symboliques. Selon les auteurs, la réalité recouverte par la notion de violence peut être circonscrite à l'usage de la force physique ou englober plusieurs types d'agression: psychologique, matérielle, physique ou sexuelle. La violence psychologique, incluant la violence verbale, se manifeste par des actes ou des paroles dévalorisants ou menaçants, par le refus de communiquer ou par le refus de reconnaître la présence de l'autre.

La violence matérielle se traduit principalement par des privations relevant de l'oubli, de l'omission ou de l'intention. La violence physique va de la bousculade aux coups pouvant occasionner des blessures, et même jusqu'aux voies de fait ou à l'homicide. Quant à la violence sexuelle, elle se produit lorsqu'une relation sexuelle est assortie de violence physique ou que l'une des parties s'y prête sous la contrainte.

En fait, il serait peut-être plus juste de parler de mauvais traitements plutôt que de violence pour désigner toutes ces formes de violence. Etymologiquement, la violence est une forme d'abus, de recours à la force dans le but de soumettre. Mais les abus englobent une réalité beaucoup plus vaste que la violence. Ils se définissent par l'usage mauvais, excessif ou injuste d'une chose, d'un pouvoir ou d'un droit. La notion de mauvais traitement se construit uniquement par rapport à une norme. Le problème central devient alors de déterminer à partir de quel seuil la déviation de la norme devient un mauvais traitement. L'omission est-elle également une forme de mauvais traitement ou de violence?

Jusqu'à maintenant, le champ québécois de la pratique sociale aborde la question de la violence et des mauvais traitements principalement sous l'angle de la protection. Cette violence inclut des actes intentionnels ou non, des omissions aussi bien que des actes. C'est l'atteinte à l'intégrité de la personne, ou le risque appréhendé, plutôt que l'acte lui-même qui définit la violence et les mauvais traitements. Cette logique est axée principalement sur l'intervention.

Pour certains auteurs, la violence est une notion indéfinissable[112]. Les difficultés à baliser cette réalité ne doivent toutefois pas faire oublier certaines constatations résultant des recherches en ce domaine qui démontrent bien l'importance de la violence et des mauvais traitements. C'est ce qui fait l'objet des pages qui suivent.

L'univers de violence dont il est ici question a été cerné à partir des effets de certains actes, ou de l'omission de ceux-ci, sur l'intégrité physique, psychologique ou sociale des individus. On constate que les principales victimes sont les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées. La plupart, dans les cas de violence en milieu familial, sont soumises de droit ou de fait à leur agresseur. En ce qui concerne la violence faite aux enfants, on en distingue deux formes: les mauvais traitements et la négligence. La violence faite aux femmes est abordée sous l'angle des agressions à caractère sexuel et de la violence conjugale. La violence à l'égard des personnes âgées est une préoccupation

depuis peu. Les connaissances et les données en cette matière sont restreintes. Ce problème est donc examiné très sommairement dans les pages qui suivent.

Avant d'aborder ces différentes formes de violence, il faut rappeler certains constats plus globaux. En premier lieu, la violence physique et sexuelle se produit dans tous les milieux socio-économiques[113], alors que la négligence grave a cours surtout en milieu défavorisé[114].

En second lieu, les agresseurs ne présentent que rarement des problèmes psychiques. Même si les causes de la violence sont encore mal connues, les facteurs contextuels engendrant le stress ainsi que les modèles de socialisation des hommes et des femmes sont fréquemment perçus comme pouvant déclencher la violence.

En troisième lieu, la violence se reproduit d'une génération à l'autre[115]. Pour les enfants, vivre dans un groupe familial et social violent favorise l'apprentissage des comportements violents et contribue à rendre le problème chronique et sérieux[116].

Enfin, la violence et les mauvais traitements sont difficilement saisissables statistiquement. La violence la plus visible, et par conséquent mesurable, est la violence physique. Pourtant, encore dans le Québec d'aujourd'hui, elle n'est souvent pas déclarée. La violence demeure largement soumise à la loi du silence. Règle générale, les chiffres concernant la violence ne font qu'estimer l'ampleur du phénomène.

1.1 La négligence et les mauvais traitements envers les jeunes enfants

Il est difficile de trouver dans la littérature une définition claire et univoque des mauvais traitements ou de la négligence envers l'enfant. On peut distinguer deux formes de violence à l'égard des enfants. D'une part, les mauvais traitements désignent les actes non accidentels commis par une personne à l'égard d'un enfant et qui constituent ou peuvent constituer une menace pour sa santé physique ou mentale. Trois types de violence sont le plus souvent décrits: les mauvais traitements physiques, les agressions sexuelles et la violence psychologique. D'autre part, l'omission de soins ou la négligence regroupent des comportements dont la conséquence est l'absence de satisfaction des besoins primaires de l'enfant: les besoins physiques, notamment l'alimentation, l'hygiène et l'habillement, les besoins affectifs comme les interactions positives et relativement continues avec l'enfant, la sécurité et, enfin, la stimulation intellectuelle.

La typologie des formes de mauvais traitements est très variée, mais elles se rejoignent toutes dans leurs répercussions sur le développement de l'enfant. Quel que soit l'abus, par excès ou par défaut, les dommages sérieux infligés à la personnalité de l'enfant sont dus avant tout au fait que celui-ci a toujours été un être bafoué, dénigré, non considéré par ses parents et qu'il s'est identifié tout au long de son existence à une image extrêmement négative de lui-même. Bien souvent, ce sont des enfants très jeunes qui font l'objet d'abus. L'intervention dans ce domaine demeure difficile.

L'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* définit les situations dans lesquelles l'État se reconnaît la possibilité d'encadrer et de supporter de façon particulière la responsabilité parentale, voire de l'assumer provisoirement. Les alinéas b, c, d, e et g se rapportent plus précisément aux mauvais traitements ou à la négligence:

38 b) Si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet émotionnel grave et continu de la part de ses parents.

38 c) Si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés.

38 d) S'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde.

38 e) S'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique.

38 g) S'il est victime d'abus sexuels.

S'il est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence de la part des parents.

Ces paragraphes de l'article 38 de la Loi donnent une définition assez étendue de la nature des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants. Ils ne se limitent pas aux situations de danger clairement marquées mais englobent également les cas d'incompétence parentale. En fait, plus les normes qu'une société édicte à l'égard des besoins de l'enfant et donc des comportements humains sont exigeantes, plus un concept comme la négligence ou la carence de soins se trouve étendu. Pour la seule année 1985-1986[117], 37 123 cas ont été signalés à la Direction de la protection de la jeunesse pour l'ensemble de la province. De ce nombre, 8 979 ont été pris en charge. Au total, à la fin de mars 1986, 15 047 enfants avaient été

pris en charge, dont 14,4 % (2 170) conformément à l'alinéa g de l'article 38 (violence physique et sexuelle). Il s'agit là d'une indication très partielle de l'ampleur du phénomène puisque, d'une part, l'alinéa g ne recouvre pas l'ensemble des cas de mauvais traitements et de négligence pris en charge et que, d'autre part, tous les cas ne sont pas signalés ou pris en charge. Aucune enquête de population ne permet encore de connaître l'incidence et la prévalence réelles et globales des cas de mauvais traitements envers les enfants.

La nature des mauvais traitements faits aux enfants a été analysée de manière plus précise dans une étude publiée en 1981 par le Comité de la protection de la jeunesse[118]. Il en ressort que, parmi les enfants maltraités connus du Comité, un peu plus d'un tiers (34,6 %) sont victimes de violence physique et un autre tiers (33,2 %), de négligence grave. Les cas d'agressions sexuelles ne représentent que 4,7 % de l'ensemble. Certes, ces cas sont difficiles à dépister, mais il faut rappeler qu'ils n'attiraient pas encore autant l'attention du public, à l'époque.

Une étude évolutive portant sur la répartition des cas par alinéa de l'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* permettrait de mieux saisir l'ampleur et l'évolution des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des enfants. De telles données constituent cependant une approximation puisque ces alinéas ne sont pas exclusifs et que, pour les adolescents notamment, les cas d'abus sont souvent comptabilisés comme troubles de comportements.

Les données évolutives, de 1980-1981 à 1984-1985, par alinéa de l'article 38 dont nous disposons ne proviennent que du territoire du centre des services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM). Certaines constatations s'en dégagent. En 1980-1981, les situations de négligence et d'absence de soins (alinéas b, c, et d) sont invoquées dans 3,1 % des cas signalés, le danger moral ou physique (alinéa e) dans 27,3 % et les mauvais traitements sexuels et physiques (alinéa g) dans 9,1 % des cas. Les mauvais traitements et la négligence (3 065 cas) comptent pour 39,5 % des cas signalés. En 1984-1985, la proportion de signalements pour négligence et absence de soins passe à 5,6 %, alors que celles pour danger moral ou physique et pour agressions sexuelles et physiques s'accroissent, passant respectivement à 33 % et à 20 % de l'ensemble des signalements. En 1984-1985, les cas de mauvais traitements et de négligence (3 648 cas) totalisaient 58,6 % des signalements.

Toujours de 1980-1981 à 1984-1985, le nombre de prises en charge est demeuré à peu près stable, mais le taux de rétention des signalements est passé de 53,7 % à 70,6 % au cours de cette période. En 1980-1981, 4 % des prises en charge sont des cas de négligence ou d'absence de soins (b, c et d), 46,5 %, de danger moral ou physique (e) et 7,5 %, d'abus sexuels et de mauvais traitements (g). En 1984-1985, ces proportions sont respectivement de 4,6 %, 47,5 % et 12,9 %. De 1980-1981 à 1984-1985, la proportion des prises en charge pour mauvais traitements et négligence est passée de 58 % à 65 %, soit, en nombre absolu, de 2 108 à 2 761.

La projection de ces données à l'ensemble du Québec amène à estimer à 9 193[119] le nombre d'enfants pris en charge en 1984-1985 pour mauvais traitements ou négligence. Certes, ce chiffre comporte une marge d'erreur importante, mais il nous procure par ailleurs un élément de comparaison avec des données plus anciennes. Ainsi, en 1978, 6 299 enfants auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence[120], dont 770 de sévices physiques (12 %), 3 164 de négligence grave (50,2 %), 398 d'agressions sexuelles (6 %), 219 victimes de sévices multiples (3 %) et 1 750 vivaient une situation à risques élevés (28 %). Il semble donc que le phénomène soit de plus en plus déclaré.

Le problème des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants est d'autant plus sérieux qu'il s'agit d'un phénomène récurrent. Dans une étude parue en 1979[121], des chercheurs ont étudié 320 familles où les mauvais traitements ont justifié l'intervention des services sociaux de 1967 à 1976. La répétition des sévices s'est produite dans 51,9 % des situations où un seul type d'abus avait été repéré. Dans le cas où deux ou trois types de mauvais traitements avaient été constatés, la fréquence de la récidive atteignait respectivement 66,3 % et 85 %. D'autres chercheurs[122] ont pour leur part relevé que dans 80 % des cas étudiés, la présomption de violence répétée était très forte.

D'autre part, les parents responsables de sévices ont souvent vécu eux-mêmes une enfance comparable, dans un contexte de violence et de carences graves. Cette reproduction d'une génération à l'autre des mauvais traitements montre qu'il est nécessaire de dépister et de traiter précocement les enfants victimes de violence.

À défaut d'un facteur de risque incontesté, les recherches ont permis de déterminer un certain nombre d'indicateurs sensibles. Ainsi, certains traits psychologiques repérables se retrouvent chez les personnes responsables de mauvais traitements envers les enfants: personnalités dépendantes,

immatures et carencées ayant un faible sens de leur identité et une faible estime d'elles-mêmes.

Par ailleurs, des approches axées sur les facteurs sociaux ou socio-économiques ont démontré que l'apparition des mauvais traitements et de la négligence s'explique surtout par le stress qu'engendrent les mauvaises conditions de vie. Une quantité de facteurs socio-économiques ont été étudiés quant à leur relation avec les mauvais traitements: la pauvreté économique[123], l'absence d'occupation d'un parent ou des deux[124], le travail de la mère à l'extérieur du foyer[125], l'insatisfaction ressentie au travail[126], la multiplication des changements dans la vie des parents[127]. Plusieurs enquêtes ont souligné le fait que les familles négligentes étaient parmi les plus pauvres[128].

Le modèle écologique met l'accent sur l'interaction constante entre les familles et leur environnement social. Ces recherches valorisent le concept de voisinage, de quartier et de qualité du tissu social présent dans cet espace géographique restreint. Dans les études réalisées, l'isolement est un facteur constamment associé à la pauvreté. Les chercheurs s'intéressent particulièrement aux conditions de vie qui aggravent, ou au contraire, minimisent les déficiences ou la vulnérabilité des parents[129].

L'influence multifactorielle est un fait acquis, mais le débat sur la juste pondération entre les facteurs de risque reste inépuisable. Ainsi, il existe actuellement une contradiction entre l'aspect multifactoriel des mauvais traitements où entrent en interaction les niveaux individuel, familial, communautaire-social, économique-culturel-politique et la réponse quasi univoque de l'intervention sociale orientée vers l'individu et la modification des caractéristiques de sa personnalité[130]. L'intervention reste donc curative, sans aucune visée sur les éléments antérieurs aux manifestations de violence ou de négligence.

1.2 La violence faite aux femmes

Deux formes de violence faites aux femmes sont abordées: les agressions à caractère sexuel et la violence conjugale. Ce ne sont certes pas les seules formes de violence que vivent les femmes. Toutefois, elles concernent directement les services sociaux et les services de santé non seulement par les conséquences physiques et psychologiques qu'elles sont susceptibles d'entraîner, mais également quant aux moyens de dépistage et d'aide matérielle et sociale qu'elles nécessitent.

Depuis quelques années, des études ont démontré que des hommes subissent également ces formes de violence. Sans nier ce phénomène, il faut dire que les victimes sont principalement des femmes. Les formes de violence mentionnées plus haut ne sont pas sexuellement neutres: elles renvoient directement aux stéréotypes sexuels et aux rôles sociaux attribués aux deux sexes.

1.2.1 Les agressions à caractère sexuel

En 1984, au Québec, 2 295 cas d'agressions sexuelles ont été rapportés à la police. Ce chiffre ne reflète toutefois pas l'ampleur du phénomène. Selon une étude du Solliciteur général du Canada[131] effectuée en 1982 dans sept centres urbains du Canada dont Montréal, l'incidence annuelle des agressions à caractère sexuel serait de 5,8 pour 1 000 femmes. À partir de ces données, on estime à 14 600 le nombre annuel d'agressions perpétrées au Québec contre des femmes âgées de seize ans et plus[132]. Dans le sondage national sur les infractions d'ordre sexuel[133], 22,1 % des femmes déclarent avoir été victimes de viol ou d'agression sexuelle. Ce taux appliqué au Québec signifierait que 530 000 Québécoises ont vécu une expérience de ce type. Dans le tiers de ces agressions, il y a plus d'un agresseur. L'ampleur de ces chiffres peut étonner. Ils semblent toutefois tout à fait réalistes compte tenu du fait que, selon le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, seulement 23,8 % des victimes de sexe féminin auraient demandé de l'aide, soit auprès des services médicaux, de la police ou d'autres services ou programmes.

Le problème des agressions à caractère sexuel est donc encore aujourd'hui largement soumis à la loi du silence qui s'impose aux victimes. Mais s'il est impossible de chiffrer le phénomène, et par conséquent de suivre son évolution quantitative, certains changements législatifs laissent entrevoir le chemin parcouru. En fait, jusqu'en 1984, le Code criminel (art. 143 et 144) décrivait le viol uniquement comme un crime à caractère moral et sexuel et non comme une atteinte à l'intégrité de la personne.

Toutefois, les acquis juridiques ne se doublent pas d'un changement généralisé des mentalités. Même si, au cours de la dernière décennie, le discours des femmes militantes et les études ont dénoncé l'agression sexuelle comme un acte de pouvoir plutôt que comme l'expression de pulsions sexuelles mâles incontrôlables, dans la représentation populaire, cette remise en perspective est loin d'être acquise. Encore aujourd'hui, le mythe de la « femme-provocatrice-qui-l'a cherché » et celui de « l'homme-qui-ne-peut-s'en-empêcher » persistent. La victime tend alors à devenir la coupable.

Pourtant, la rareté des données statistiques à ce sujet confirme la « normalité » des agresseurs et des victimes. Des études constatent que 97 % des violeurs sont psychologiquement et sexuellement normaux[134]. Les victimes ne sont pas toutes des « sex-symbol ». Des cas d'enfants de moins de 6 mois et de femmes de plus de 80 ans ont été rapportés, même si c'est entre 16 et 24 ans que le risque est le plus élevé. Selon une étude effectuée par le Solliciteur général du Canada, 68 % des victimes ont moins de 25 ans.

En fait, la caractéristique la plus commune des agresseurs et des victimes est le fait qu'ils se connaissent. Une étude, effectuée dans de grands centres urbains du Canada, constate que 41 % des victimes connaissent leurs agresseurs; les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) évaluent que cette proportion se situerait plutôt entre 50 % et 70 %. Dans 34 % des cas, l'agresseur est un voisin ou un ami, et dans 7 % des cas, il s'agit d'un parent. Quant au lieu de l'agression, 21 % se sont produites à la résidence de la victime et 11 % à celle de l'agresseur. Pour les viols seulement, 50 % des agressions se produisent à la résidence de la victime. Elles se déroulent surtout entre 18 h et 6 h. Le viol est plus souvent un acte planifié qu'un acte improvisé.

Les liens avec l'agresseur et la perception sociale du viol construisent le contexte psychosocial avec lequel la victime est confrontée. Encore aujourd'hui, la réaction de l'entourage, souvent empreinte de préjugés envers la victime, vient accentuer le traumatisme psychologique en la culpabilisant.

L'agression sexuelle suscite des besoins en matière de santé et en matière sociale. Ce sont, par ordre d'importance, le soutien psychologique, les soins pour blessures, la prévention de la grossesse, le dépistage et le traitement des MTS et la collecte de preuves juridiques.

1.2.2 La violence conjugale

La question de la violence conjugale dépasse celle des femmes battues et englobe également des formes de violence comme la violence verbale, physique et sexuelle. À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir avec une marge d'erreur acceptable l'ampleur de la violence conjugale. Les chiffres avancés situent entre 10 % et 50 % le nombre de femmes qui seraient violentées par leur partenaire. Comme le font ressortir certains chercheurs[135], cet écart s'explique principalement par le fait que les échantillonnages sont toujours très restreints et que la définition de la violence varie d'une étude à l'autre.

L'estimation la plus souvent retenue est celle selon laquelle une femme sur dix serait violentée[136]. Aujourd'hui, en 1988, les intervenants du réseau et des maisons d'hébergement estiment plutôt cette proportion à une femme sur sept. En 1985, le MSSS[137] évaluait à 300 000 le nombre de femmes victimes de l'une ou de l'autre forme de violence. La violence conjugale est donc un phénomène important quantitativement, même si on ne peut préciser son incidence réelle. En 1985, les refuges pour femmes victimes de violence conjugale ont accueilli 6 000 femmes et 4 000 enfants. Selon une étude[138], 47 % des mères des enfants maltraités pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) auraient également été violentées. La violence conjugale demeure largement cachée. Les cas connus par l'entremise des maisons d'hébergement, des services de police, des services d'urgence des centres hospitaliers et des services sociaux ne constituent que la pointe de l'iceberg.

Les femmes violentées qui s'adressent aux services sociaux et communautaires appartiennent majoritairement à des milieux défavorisés. Elles sont généralement peu scolarisées et n'ont pas d'emploi à l'extérieur du foyer. Elles n'ont pas d'autre endroit où rechercher de l'aide. En d'autres termes, le plus souvent, les femmes qui brisent le silence entourant la violence sont celles qui n'ont plus rien à perdre. Ce constat a longtemps laissé croire que le phénomène de la violence conjugale était lié à la pauvreté. Pourtant, la violence est un phénomène qui se manifeste dans toutes les classes sociales, aussi bien dans les milieux urbains que ruraux, et qui n'épargne aucun groupe d'âge, aucune race, aucune nationalité.

Les conséquences physiques le plus souvent remarquées sont les blessures du type morsure, ecchymose, brûlure et fracture. Selon un portrait de la santé des femmes violentées établi à partir d'un échantillon de femmes en maisons d'hébergement[139], plus de la moitié d'entre elles présentaient des ecchymoses ; environ une sur dix avait subi des lacérations et près du tiers, des blessures plus importantes comme des fractures, des coupures et des brûlures. Actuellement, il n'est pas possible d'établir de manière plus précise et fiable la fréquence et le type de blessures provoquées par l'agression du partenaire.

La violence a également des répercussions sur l'état de santé général des femmes. Ainsi, les femmes violentées ne rapportent pas plus de problèmes de santé que l'ensemble des Canadiennes de 15 à 64 ans ; par contre, elles déclarent notablement plus de problèmes d'insomnie, de fatigue générale et d'anémie. L'échantillon des femmes violentées mentionné précédemment a fait ressortir que 20,7 % d'entre elles déclarent

souffrir de problèmes d'insomnie, de fatigue ou de douleurs variées, alors que cette proportion est de 4,9 % pour l'ensemble de la population féminine au Canada; l'anémie est rapportée dans 20 % des cas pour les femmes violentées et dans 3,1 % pour l'ensemble des Canadiennes.

La violence a des conséquences particulièrement tangibles sur la santé mentale des victimes et se traduit par des problèmes de stress et d'anxiété et la tendance à la dépression. Mesuré à partir d'une échelle de symptômes, l'état de santé psychologique (anxiété, dépression et somatisation) des femmes violentées a été mis en parallèle avec celui d'un sous-échantillon de femmes québécoises présentant sensiblement les mêmes caractéristiques socio-économiques. Les femmes violentées sont apparues sensiblement plus dépressives, plus anxieuses et plus enclines à la somatisation. Un autre indice des difficultés psychosociales qu'engendre la violence se retrouve dans la consommation d'analgésiques et de médicaments qui agissent sur le système nerveux central. Environ une femme violentée sur trois a commencé à consommer des anxiolytiques au cours des trois mois précédant cette enquête.

La violence physique se double généralement de violence psychologique et verbale. Ces différentes formes de violence, et encore plus leur cumul et leur répétition, amènent souvent la victime à intégrer les jugements de valeur de son partenaire, à se percevoir comme une personne sans valeur, se culpabilisant pour l'échec conjugal et familial.

Enfin, l'isolement social va souvent de pair avec la violence. Cet isolement se manifeste principalement par l'absence de contacts avec la famille élargie ou les amis, mais également par l'incapacité d'exprimer ses sentiments et ses problèmes, à parler avec des parents ou des amis de la violence subie. Les principales causes de cet isolement sont la possessivité et la jalousie du partenaire, sa volonté de dominer, la honte qu'éprouve la femme et le voile du silence que jette la société sur le problème. L'isolement favorise le repli de la femme sur l'univers familial et la dépendance envers le partenaire; il restreint les possibilités d'aide provenant du milieu naturel; il limite l'accès de la femme à l'information sur ses droits et sur les services qui lui sont offerts et il permet ainsi la poursuite du cycle de la violence.

Plusieurs théories ont été élaborées pour expliquer le comportement violent[140]. Pendant longtemps, la violence a été associée au masochisme dit féminin: les femmes provoqueraient la violence par plaisir. L'approche psychosociale voit plutôt la violence comme une réponse « naturelle » à la

frustration et au stress. L'incapacité de la famille d'atteindre ses objectifs ou l'obtention de résultats négatifs créerait des conditions susceptibles de déclencher la violence. Plusieurs autres approches pourraient être rapportées. La plupart ont en commun d'analyser la violence comme un phénomène individuel.

Le mouvement féministe a donné lieu à une nouvelle analyse de la violence conjugale. Longtemps considérée comme un phénomène individuel, elle est davantage perçue et analysée comme un problème social. La violence est abordée comme une question de pouvoir généralement exercé par les hommes sur les femmes. Elle s'explique par la socialisation de l'un et de l'autre sexe qui assure chez chacun l'intégration de stéréotypes sexuels fondés sur la dépendance pour la femme et sur l'autorité pour l'homme. D'ailleurs, les témoignages des femmes violentées en milieu conjugal sont explicites sur ce point: ces femmes sont infériorisées au sein du couple et les rôles dans leur famille sont conformes au modèle fondé sur l'autorité de l'homme[141].

Certaines circonstances favorisent la violence conjugale. Sans en faire une liste exhaustive, il faut citer les problèmes matériels et financiers, les problèmes sexuels, la jalousie, les conflits de valeurs entre conjoints ou membres d'une même famille (dont ceux concernant l'éducation des enfants), les pressions sociales et le refus des femmes de se conformer aux rôles qu'on entend leur faire jouer. Bref, le stress, que son origine soit familiale ou non, contribue à établir un terrain propice à des manifestations violentes. L'alcool constitue un facteur précipitant, en ce sens qu'il libère les inhibitions accompagnant l'agressivité. Quant à la grossesse, on observe que près de la moitié des cas de violence apparaissent pour la première fois pendant que la femme est enceinte. Finalement, un conflit est souvent à l'origine de la violence, mais tout peut servir de prétexte.

Le seul facteur dont l'incidence sur la violence conjugale ait été démontré est celui de l'origine familiale. De nombreuses études ont démontré le phénomène de reproduction intergénérationnelle de la violence conjugale. Ainsi, 50 % des maris des femmes battues interrogées dans les maisons de transition ont été battus lorsqu'ils étaient enfants, comparativement à un tiers des femmes[142]; on estime que 81 % des hommes agresseurs et 33 % des femmes violentées ont été battus lorsqu'ils étaient enfants[143]. À partir d'une étude réalisée dans la région montréalaise auprès de 130 femmes réfugiées en maison d'hébergement[144], il a été établi que 31,5 % des femmes violentées et 52,6 % des agresseurs ont été témoins de violence dans leur famille d'origine et que 37,7 % des femmes et 61,7 % des hommes ont été victimes de violence physique durant leur enfance.

1.3 La violence faite aux personnes âgées

Selon une étude effectuée en 1982 par le Solliciteur général du Canada, 4 % des personnes âgées seraient victimes de violence. Cette proportion projetée sur la population âgée de 1986 représente plus de 25 000 personnes. Différents résultats de recherches[145] convergent pour estimer que deux victimes sur trois sont des femmes.

La famille n'est pas le seul lieu où se vit la violence envers les personnes âgées. Celle-ci peut également se retrouver dans les établissements ou dans la rue. Une étude constate qu'au Québec, 35,5 % des cas de violence se produisent dans des établissements[146]. Quant aux crimes de rue, leur nombre demeure impossible à déterminer, notamment parce que les personnes âgées ne portent pas plainte dans la majorité des cas. Enfin, les personnes âgées subissent elles aussi des crimes contre les biens.

Les personnes âgées sont vulnérables psychologiquement. Or, toutes les formes de violence entraînent des traumatismes émotifs, notamment la peur. Cette peur de l'attaque soudaine ou du vol peut amener la personne âgée à ne plus sortir et donc à s'isoler[147]. La violence, et même tout simplement le risque de violence, concourt à marginaliser encore plus les personnes âgées. En fait, pour une personne âgée, il n'est pas nécessaire d'avoir été agressée pour avoir peur. Toute la violence rapportée dans les médias et toutes les anecdotes liées à la violence qui circulent suffisent à entretenir la peur[148].

Des facteurs contextuels ou environnementaux, comme un milieu surpeuplé, des revenus insuffisants, des problèmes conjugaux, des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, peuvent favoriser le mauvais traitement. Le changement de rôle chez la personne âgée, qui devient dépendante de son enfant, peut également affecter le comportement de ce dernier envers son parent âgé, d'autant plus lorsque le parent âgé veut continuer à exercer sur son enfant une autorité qu'il n'a plus. Ces conflits de rôles augmentent les chances de mauvais traitements.

Sur le plan physique, les incidences de blessures et de souffrances que peut avoir la violence sont souvent plus importantes chez les personnes âgées[149]. Paradoxalement, celles-ci sont moins souvent blessées que les victimes plus jeunes, soit 17 % contre 29 %[150], mais lorsqu'elles le sont, les conséquences physiques sont plus graves.

La violence faite aux personnes âgées est un phénomène mal connu, tant en ce qui a trait aux statistiques qu'en ce qui concerne ses dimensions

qualitatives. En fait, encore aujourd'hui, on peut tout au plus supputer l'ampleur du phénomène. En cela, le Québec n'est pas particulier, car la même lacune existe aux États-Unis et en Europe. Pour certains parents âgés, reconnaître le mauvais traitement équivaut à admettre leur échec à élever leurs enfants et les expose, par conséquent, à la honte et à l'humiliation. Le silence peut également être la conséquence d'un choix souvent implicite entre subir des tourments familiers aux mains de leur enfant adulte et vivre les inconnues de la vie en institution.

2. La déviance et la mésadaptation sociale

Il existe un consensus au sujet de comportements sociaux jugés inacceptables. Ceux-ci peuvent nécessiter une intervention de l'État surtout s'ils mettent en jeu la sécurité de tiers et de la société. On parle alors de déviance. La délinquance des jeunes est un problème fondamental de comportement déviant retenu par la Commission. Il en est de même de la criminalité adulte que nous n'avons pas retenue ici faute de données appropriées et vu que ce problème échappe en bonne partie au mandat de la Commission.

Par ailleurs, certaines perturbations sérieuses du comportement ou certains modes réactionnels peuvent compromettre la sécurité, l'intégrité ou le développement de la personne. On parle alors de mésadaptation sociale. Les troubles sérieux du comportement et les tendances suicidaires sont des problèmes de mésadaptation sociale qui affectent et menacent tout particulièrement la sécurité et l'intégrité de certains adolescents. À ces problèmes s'ajoute l'itinérance qui touche aussi bien les jeunes que les adultes.

2.1 La délinquance des jeunes

De 1982 à 1985, les jeunes contrevenants constituaient de 10,8 % à 13,5 % des enfants et adolescents pris en charge par les services sociaux. Au Québec, exception faite de l'année 1982, pour laquelle on dénombre moins de jeunes contrevenants, le phénomène est en progression. Le nombre de jeunes contrevenants pris en charge est passé de 3 924 en 1983 à 4 580 en 1986, soit une augmentation de près de 17 % au cours de cette période de 3 ans.

Les jeunes contrevenants sont des jeunes de 12 à 17 ans qui commettent un délit ou une infraction au sens des lois fédérales et qui sont arrêtés par la police. Les jeunes contrevenants se divisent en deux groupes: les délinquants primaires et les récidivistes.

Les délinquants primaires sont ceux qui en sont à leur premier délit reconnu. Leur moyenne d'âge se situe autour de 16 ans. Il s'agit du groupe le plus nombreux des contrevenants. Dans la très grande majorité des cas, environ quatre fois sur cinq, les délits commis aboutissent à des mesures de rechange, principalement des mesures de conciliation avec la victime, des mesures de compensation symbolique et des mesures dites d'« amélioration des aptitudes sociales »[151].

Les récidivistes sont moins nombreux, mais ils cumulent un nombre important de délits graves. Un peu plus âgés que les autres, 17 ans en moyenne, ils ne fréquentent plus l'école mais ne sont pas pour autant sur le marché du travail.

Les motifs à l'origine d'un délit commis par un adolescent peuvent être de nature utilitaire, par exemple liquider des dettes, s'amuser ou encore se procurer de la drogue. Il peut aussi s'agir de contestation: opposition à l'autorité, au monde des adultes, au contexte économique. Enfin, pour une minorité, il peut s'agir du début d'une véritable carrière de criminalité. Très souvent, on découvrira alors au moment du premier délit reconnu l'existence de toute une série de délits antérieurs.

Les caractéristiques sociales des jeunes délinquants sont mal connues. Ils sembleraient appartenir à divers milieux socio-économiques et provenir autant de milieux carencés que de milieux surprotecteurs. En général, ils ont une personnalité peu malléable et lorsqu'ils récidivent, c'est souvent faute d'une prise en charge adéquate par la famille, l'école ou les services de protection.

Pour certains chercheurs[152], il n'y a pas de relation évidente entre le statut socio-économique et la délinquance. Malgré tout, les jeunes contrevenants du système pénal se retrouvent davantage chez les jeunes socio-économiquement défavorisés qui ont d'autres problèmes sur le plan familial, social, scolaire et financier.

2.2 Les troubles sérieux du comportement échappant au contrôle des parents

L'article 38 h) de la *Loi sur la protection de la jeunesse* stipule que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis « s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas ». C'est à ce problème de mésadaptation sociale que nous faisons allusion ici en parlant de troubles de comportement échappant au contrôle des parents.

Il inclut aussi les situations de fugues où la santé, la sécurité ou le développement du jeune est en cause (art. 38.1 a), ainsi que le refus de fréquenter l'école ou les absences fréquentes sans raison (art. 38.1 b). Même s'il y a une marge d'erreur assez considérable, l'estimation faite à partir des données obtenues permet d'affirmer qu'en 1984-1985, 4 123 jeunes auraient été pris en charge en raison de troubles du comportement, soit 29 % de l'ensemble des enfants pris en charge en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*[153].

Les troubles du comportement présentent deux principaux niveaux de gravité. Le premier comprend des situations de crises vécues par certains jeunes, telles que les fugues, les désaccords familiaux graves ou les manifestations aiguës d'hostilité à l'égard de l'autorité parentale. Toutefois, les parents de ces jeunes, loin de vouloir démissionner, sont prêts à agir et à prendre les mesures nécessaires.

Au deuxième niveau, on retrouve des jeunes qui ont vécu dans des milieux à problèmes, notamment des milieux où il y a de la violence familiale ou conjugale, des milieux où les parents sont immatures ou irresponsables, des milieux où les parents sont alcooliques, séparés ou divorcés. En plus de ne pas respecter les consignes parentales, souvent floues et incohérentes, ces jeunes ont un comportement agressif et violent qui perdure : ils abusent de l'alcool et de la drogue, ils quittent l'école. Ces jeunes ont des tendances, somme toute, voisines de la délinquance, mais à la différence des jeunes contrevenants, ils n'ont pas commis de délits ou ne se sont pas fait prendre pour les délits qu'ils ont commis.

Les jeunes dénoncés pour des troubles du comportement ont tous plus de 12 ans et 70 % d'entre eux ont 14 ans et plus[154]. Ils sont pour la plupart originaires de milieux socio-économiques défavorisés et plusieurs d'entre eux font déjà l'objet d'une intervention des services sociaux ; certains sont placés en centre d'accueil ou en appartement supervisé. Ce qui caractérise ces jeunes est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontre une mésadaptation profonde dont les racines se situent dans la personnalité du jeune, ou qui correspond à des modes d'adaptation réactionnelle à une situation gravement perturbatrice ou traumatisante. Ces réactions prennent surtout les formes suivantes : rejet de l'autorité parentale et, bien souvent, d'autres formes d'autorité, fugues répétées, usage répété, excessif et abusif d'alcool ou de drogue, abandon ou irrégularité de la fréquentation scolaire. Toutes ces manifestations se doublent soit d'une absence de volonté des parents d'exercer leur responsabilité parentale, soit d'une incapacité de leur part de faire face à la situation. Une telle

incapacité est attribuable à des déficiences dans l'exercice de leur contrôle à l'égard de l'enfant, à une permissivité excessive, ou à un comportement incohérent ou inapproprié.

En somme, les troubles du comportement qui mènent à la prise en charge du jeune impliquent des manifestations importantes d'agressivité envers autrui ou envers soi-même, de nature offensive ou défensive, et devant lesquelles l'encadrement familial est si déficient que ces jeunes ont besoin de protection.

2.3 L'itinérance

Il y a 15 ans, certains affirmaient que l'itinérance était rare et même en voie de disparition. Depuis ce temps, bien qu'il soit difficile d'en évaluer globalement l'ampleur, on peut affirmer que le phénomène de l'itinérance jouit d'une plus grande visibilité qu'auparavant. Ce phénomène est principalement concentré dans les grandes villes. À Montréal, en 1986, on estime le nombre d'itinérants de 10 000 à 15 000, alors que dans les années 70, ils étaient environ 5 000[155]. À Québec, le nombre d'itinérants est évalué à 600 personnes environ.

Le stéréotype du clochard ou de la clocharde dont l'errance était prolongée, souvent définitive et en marge de toute structure sociale, ne correspond plus au sans-abri d'aujourd'hui. La notion de sans-abri couvre plus que l'absence de logement. Elle implique parallèlement une absence d'emploi, de fonction, de rôle social, de groupes d'appartenance et, souvent, la maladie physique et mentale.

Les causes de l'itinérance sont nombreuses et complexes. Sur le plan individuel, les principales sont notamment l'insuffisance de revenus, la perte d'emploi ou l'inaccessibilité du travail, des problèmes importants de santé mentale ou l'abus de substances toxiques comme la drogue, les médicaments ou l'alcool. Sur le plan structurel, le développement urbain au détriment du logement et des services aux plus démunis ainsi que le manque de planification de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques contribuent à augmenter le nombre des sans-abri.

L'ensemble de la population itinérante compte de nouvelles catégories qui sont apparues au cours des dernières années. Ce sont d'abord les jeunes âgés de 18 à 30 ans qui comptent environ pour le tiers des itinérants (5 000)[156]; viennent ensuite les femmes, jeunes ou ayant plus de 45 ans (5 000). De plus, la désinstitutionnalisation a augmenté considérablement le nombre d'ex-patients psychiatriques parmi cette population. Ce phéno-

mène n'est pas particulier à Montréal. Par exemple, à New-York, les expatients psychiatriques constitueraient entre le tiers et la moitié des sans-abri[157]. L'arrivée de ces nouvelles populations modifie et diversifie le profil traditionnel de l'itinérant.

Ainsi, 20 % des hommes auraient déjà séjourné en institution psychiatrique et 50 % en prison; 75 % d'entre eux sont célibataires et 50 % sont âgés de plus de 45 ans[158].

Les femmes itinérantes se divisent en deux sous-groupes à peu près égaux, soit les 18 à 35 ans et les 36 à 50 ans. Les plus âgées ont été mariées, ont eu des enfants, n'ont jamais travaillé à l'extérieur. Elles ont vécu une union insatisfaisante avec un conjoint alcoolique, violent ou absent. Elles prennent souvent des médicaments pour soulager leur inconfort. Les jeunes femmes itinérantes ont souvent été victimes d'inceste et de violence dans leur famille et présentent des problèmes affectifs graves. Elles sont susceptibles de vivre des expériences de violence et de prostitution. Elles sont dépressives et ne reçoivent aucune aide extérieure.

Les jeunes femmes itinérantes partagent par ailleurs de nombreux traits avec les jeunes hommes itinérants. Un grand nombre d'entre eux sont issus d'un milieu familial marqué par des problèmes de violence, d'inceste, d'alcoolisme. Ces jeunes ont souvent coupé tout lien avec leur famille. Selon une enquête réalisée à Montréal, 80,3 % des jeunes itinérants n'entretiennent plus aucun contact avec leur famille[159]. Plusieurs d'entre eux ont connu les rouages du réseau institutionnel – c'est-à-dire les familles d'accueil et les centres d'accueil – qu'ils ont dû quitter à 18 ans pour s'intégrer à la société.

Les itinérants sont confrontés à des problèmes graves de pauvreté et de logements. Dans certains cas, n'ayant pas d'adresse fixe, ils ne peuvent recevoir leurs prestations d'aide sociale. Et sans elles, ils ne peuvent se loger dans un endroit salubre et sûr.

L'alcoolisme est également un problème important chez les itinérants. Pour plusieurs, ce problème s'inscrit dans un cadre de polytoxicomanie. Les femmes ont tout particulièrement tendance à consommer simultanément de l'alcool et des médicaments, prescrits ou non, et de la drogue. Faute de statistiques, il est difficile d'établir l'ampleur du phénomène. Quant aux problèmes de santé mentale, ils touchent entre le quart et la moitié des itinérants. Un itinérant sur quatre aurait des problèmes aigus de santé mentale. Cette proportion est plus forte chez les jeunes que chez les plus de 50 ans[160].

Les itinérants connaissent également de graves problèmes de santé physique. La malnutrition, les difformités, les fractures et les amputations, les maladies transmises sexuellement, la tuberculose, les maladies du cerveau, l'épilepsie et les maladies du foie connaissent un taux d'incidence plus élevé chez les itinérants. Ces derniers auraient également un taux d'accidents supérieur à celui de l'ensemble de la population[161].

Les itinérants n'ont ni réseau social, ni famille ni amis auprès de qui chercher de l'aide. S'ils nouent facilement des relations amicales au hasard des rencontres, il s'agit souvent de relations ponctuelles avec des personnes financièrement et émotivement aussi démunies qu'eux.

2.4 Le problème des tentatives de suicide et des tendances suicidaires chez les adolescents

Comme on l'a démontré dans le chapitre précédent sur les problèmes de santé, le suicide est en hausse dans notre société. Il s'agit aussi d'un problème présent chez les jeunes. Pour les jeunes Québécois de 15 à 19 ans, en 1985, le taux était de 13,1/100 000 habitants, comparativement à 11,2 pour l'ensemble du Canada.

En matière sociale, ce ne sont pas les suicides réussis qui font l'objet d'attention, car il s'agit là d'actes définitifs et irréversibles. L'intervention porte plutôt sur les tentatives de suicide. Les quelques études réalisées au Québec sur la question nous révèlent que 8,1 % des jeunes de niveau collégial (10,5 % des filles vs 4,3 % des garçons) auraient tenté de se suicider. D'autre part, 21,2 % d'entre eux avouaient avoir déjà pensé sérieusement à se suicider, dont 12,2 % au cours des 12 mois précédents[162]. Ces constatations vont d'ailleurs dans le même sens que certaines études faites en Ontario et aux États-Unis sur le même sujet[163].

La chaîne pré-suicidaire comporte trois maillons. Premièrement, la personne commence à penser que mourir par suicide serait un moyen de régler ses difficultés, de faire disparaître la douleur et le désespoir qui envahissent petit à petit le champ de sa conscience. Cette pensée s'inscrit de plus en plus dans son esprit parce que la personne ne réussit pas à trouver de solutions à ses difficultés. Cette étape est suivie d'une autre, celle de l'idéation suicidaire sérieuse. Ne trouvant pas de réponse à ses difficultés, la personne commence à planifier son suicide, à en examiner les moyens, le lieu, le moment. Ce début de planification débouche sur le passage à l'acte, la tentative de suicide.

Alors que chez les adultes, le processus est généralement long, chez les adolescents, tout le cheminement vers la tentative de suicide peut se faire sur une période beaucoup plus courte. C'est pourquoi il est important de bien connaître les principales difficultés qui conduisent au suicide.

Les principaux facteurs associés à des tendances suicidaires qui font des jeunes un groupe à risque plus particulier justifieraient des études et des recherches plus poussées, car on connaît, somme toute, assez peu les facteurs de risque associés au suicide. Malgré tout, parmi les facteurs mentionnés le plus souvent, on compte l'état dépressif prolongé, l'impuissance ou le désespoir provoqué par l'anxiété, la détérioration du climat familial, certaines situations précises comme un échec scolaire, un événement dans la vie sentimentale, la perte d'un parent, ou encore des situations d'isolement social. Il est difficile de conclure sur l'importance particulière de l'un ou l'autre de ces facteurs lorsqu'on les considère de façon isolée; c'est plutôt la présence simultanée de plusieurs d'entre eux qui constitue un facteur de risque important.

3. Les problèmes d'intégration sociale

La troisième série de problèmes sociaux fondamentaux porte sur l'insuffisance d'intégration à la société. On parle d'intégration à la société lorsque les individus et les groupes qui forment le milieu social incorporent un certain nombre de modèles, de comportements, de normes et de valeurs qui leur permettent de participer de manière autonome à la vie en société. En ce sens, l'intégration, tout en supposant l'adaptation sociale, la dépasse et ne se limite plus à la relation de l'individu avec son milieu et avec la société. Elle exige une interaction des individus et des groupes avec leur milieu et la société.

Comme l'ont fait ressortir plusieurs auteurs qui ont traité de l'influence du milieu sur la personne, l'intégration à la société comprend plusieurs dimensions[164]. L'individu en société se situe d'abord dans un lieu physique et social où il entre en contact avec un certain nombre de systèmes comme la famille, l'école, le travail, la parenté, le voisinage, qui constituent son entourage immédiat. Ces lieux varient d'un moment à l'autre de la vie. Étant donné que les personnes qui composent l'entourage participent à d'autres systèmes, l'individu est en contact avec un univers social élargi. Ainsi, le père et la mère qui travaillent à l'extérieur apportent à la famille certains éléments de leur milieu de travail.

Les lois, le système scolaire, le monde du travail, les croyances et les idéologies sont autant d'éléments qui composent la société. Même s'il y a

une certaine constance de ces éléments dans l'ensemble de la société, certaines variations s'observent notamment selon les classes sociales, les groupes ethnoculturels et les régions. L'intégration sociale prend donc des formes et des directions multiples selon l'identité sociale de l'individu et selon le niveau d'analyse où l'on se situe. À différentes périodes de la vie, elle prend une extension plus ou moins grande: pendant la première enfance, elle se fait en relation avec la famille, pour s'élargir successivement aux camarades du voisinage ou de la garderie, au milieu scolaire, aux activités de loisir, au monde du travail, et ainsi de suite, jusqu'au moment de la retraite.

L'absence ou la carence de soutien de la part de ces réseaux naturels constitue un premier critère qui fait de l'intégration sociale un problème social fondamental face auquel l'État doit agir en dispensant des services appropriés aux personnes concernées. Le second critère est celui de la gravité, de la persistance et du cumul de certaines difficultés.

Certaines personnes ont à leur naissance ou à un moment ou l'autre de leur existence des déficiences, des incapacités ou des handicaps plus ou moins permanents. Dans certaines circonstances, à certains moments de la vie, il arrive aussi que des personnes doivent affronter simultanément, ou consécutivement dans un court laps de temps, des difficultés de différents ordres et d'un niveau de gravité variable. Prise individuellement, chacune de ces difficultés n'est pas en soi génératrice d'un besoin de services et peut, la plupart du temps, être résolue sans aide extérieure ou avec l'aide de la famille ou du milieu naturel. Toutefois, la gravité, la persistance et le cumul de certaines difficultés peuvent engendrer des situations problématiques auxquelles la personne n'est pas en mesure de faire face par ses propres moyens et avec le soutien de son environnement immédiat. Il y a quatre problèmes d'intégration retenus ici comme fondamentaux:

- les carences du lien parental en ce qui concerne le développement de l'enfant;
- la surcharge de certaines familles monoparentales en matière d'obligations familiales;
- les difficultés liées à l'absence, à la perte ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle;
- les problèmes d'intégration sociale de certains immigrants.

3.1 Les carences du lien parents-enfants

Les déficiences dont il est question ici proviennent des dysfonctions qu'on retrouve dans le lien parents-enfants. Elles peuvent relever de l'enfant lui-

même, d'un des parents ou des deux, ou de facteurs situationnels concernant le milieu d'appartenance. Ces déficiences surviennent par suite d'un décès, d'un divorce, d'une séparation, d'un emprisonnement, ou d'une naissance hors mariage. On les retrouve aussi dans des situations d'incapacité physique ou mentale et d'alcoolisme ou d'abus de drogue du parent. Elles peuvent aussi être attribuables à certaines caractéristiques physiques, mentales ou émotives de l'enfant qui rendent les tâches difficiles à assumer par les parents. Ces problèmes se distinguent des troubles de comportement décrits plus haut par le fait que ces enfants ne sont pas dans une situation où leur sécurité est menacée. Bon nombre de cas relèvent de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les jeunes dont la situation s'est davantage détériorée sont pris en charge en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Au Québec, les enfants suivis dans le cadre de la première Loi étaient au nombre de 19 954 en 1981-1982 et de 17 026 au 31 mars 1985. Les données permettant d'établir la comparaison pour 1986 ne sont pas disponibles puisque, par suite du nouveau partage des responsabilités entre CSS et CLSC, un nombre croissant de ces enfants reçoivent les services des CLSC. Or, il n'existe pas de compilation des données sur les clientèles des CLSC.

À ces données générales, il faut ajouter les problèmes particuliers suivants (données au 31 mars 1985):

- 1 761 enfants abandonnés et placés sous la tutelle de l'État;
- les problèmes reliés à la garde, au droit de visite et au partage des responsabilités à l'égard des enfants de parents divorcés, séparés ou en instance de divorce: 639 situations d'expertise;
- les problèmes de fonctionnement personnel et social en milieu scolaire de 5 306 enfants et adolescents;
- les problèmes des enfants de milieu autochtone: 713 enfants autochtones retenant l'attention des services sociaux.

Dans l'ensemble, les études effectuées aux États-Unis ont établi que les problèmes de déficience dans le lien parents-enfants sont attribuables aux parents dans 70 à 80 % des cas, aux enfants dans 10 à 15 % des cas, et à des facteurs liés à l'environnement dans 5 à 10 % des cas[165]. Pour 1979, en Colombie Britannique, on l'attribuait à 79,5 % aux parents, à 10,4 % à l'enfant et, pour le reste, à des facteurs situationnels[166]. Au Québec, des donnée de l'*Opération 30 000* établissaient la source des problèmes chez les parents dans 67,4 % des cas, chez l'enfant lui-même dans 27,2 %, le reste étant attribué à des facteurs situationnels[167].

Même si les données de l'*Opération 30 000* doivent être utilisées avec circonspection, elles sont les seules à contenir certaines précisions sur les sources de difficultés dans le lien parent-enfant. D'après ces données, en plus des abandons, les principales déficiences mentionnées du lien parent-enfant sont les suivantes: l'incapacité de la famille à faire face aux besoins spécifiques d'un enfant handicapé physique ou mental, l'incapacité permanente ou temporaire des parents à s'occuper de l'enfant en raison d'une maladie physique ou mentale, d'une incarcération ou du décès de l'un ou l'autre des parents, les difficultés de l'enfant par suite du divorce ou de la séparation des parents, les difficultés importantes de fonctionnement de l'enfant dans sa famille, l'inaccessibilité de ressources scolaires ou communautaires ou des services de santé.

3.2 La surcharge de certaines familles monoparentales

Les données statistiques montrent que le phénomène de la monoparentalité a connu des modifications importantes au cours de la dernière décennie: augmentation absolue et relative du nombre de familles monoparentales, augmentation de la proportion de femmes parmi les chefs de famille ayant des enfants à charge, rajeunissement démographique de cette population et, par conséquent, accroissement du nombre de femmes ayant de jeunes enfants à charge et appauvrissement relatif de ces familles.

Il a été établi que cette population est particulièrement susceptible de se retrouver dans une situation de risque. Ceci transparaît d'ailleurs dans les données existantes sur ces familles. Selon un sondage mené auprès de la population québécoise en 1987, les chefs de famille monoparentale[168] sont proportionnellement moins nombreux que la population en général à se considérer en très bonne santé (34 % contre 42,7 %), 46,4 % d'entre eux disent avoir eu des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques depuis qu'ils vivent en situation de monoparentalité. Toutefois, 16 % seulement associent ces problèmes à leur situation. Les chefs de famille monoparentale ne se distinguent pas pour autant de la population en général quant à leur utilisation des services de santé. Par ailleurs, ils utilisent nettement plus les services sociaux: 8,8 % d'entre eux disent s'être prévalus de ces services en 1986, contre 2,7 % de la population en général.

Le fait de ne pouvoir partager la responsabilité parentale peut entraîner une surcharge physique et psychologique. Un sentiment d'avoir échoué et d'avoir été responsable de la séparation s'ajoute souvent aux tensions et au stress inhérents au manque d'argent. Toutefois, l'incidence, l'intensité, la persistance et les conséquences psychosociales de ce sentiment, et plus

généralement du problème de surcharge psychologique, sont encore mal connus. Malgré ces lacunes, on sait que la séparation ou le divorce exige une adaptation non seulement de la vie familiale mais également une adaptation sociale et professionnelle et que ces changements simultanés ou presque sont sources de stress. Sans pouvoir déterminer si ces événements ont été cumulatifs, les données du sondage commandité par la Commission rapportent que 46,6 % des chefs de famille monoparentale affirment avoir dû déménager en raison de la séparation ou du divorce; 36 % ont changé d'emploi, se sont retirés du marché du travail ou au contraire, s'y sont intégrés.

Certains indicateurs liés aux responsabilités assumées par le parent non gardien aident à appréhender le fardeau de dépendance que constituent les coûts et les tâches engendrés par la garde des enfants. Ainsi, toujours selon les données du sondage, 50,5 % des parents non gardiens voient leur enfant aussi souvent que prévu par le jugement du tribunal ou par l'entente avec l'autre parent. Reste que dans 49,5 % des cas, soit les enfants sont vus moins souvent (28,6 %), soit les parents ne sont pas arrivés à s'entendre sur un droit de visite (17,7 %), soit l'ex-conjoint n'est pas intéressé à voir l'enfant (3,4 %). Selon certains chercheurs[169], trois pères séparés ou divorcés sur cinq verraient encore leurs enfants. On peut donc en conclure qu'une proportion importante, gravitant probablement entre 25 et 40 % des chefs de famille monoparentale, assume la présence des enfants sans la participation de l'ex-conjoint.

La participation du parent non gardien aux coûts qu'entraînent les enfants peut être partiellement cernée par le versement ou non d'une pension alimentaire. En ce qui concerne la monoparentalité consécutive à une séparation ou à un divorce, seulement 44 % des parents gardiens reçoivent une pension alimentaire comme prévu par le jugement du tribunal. Une enquête effectuée auprès de femmes responsables de famille monoparentale résidant dans le quartier centre-sud de Montréal, donc en milieu économiquement défavorisé, établit cette même proportion à 13,5 %[170].

La lourdeur de la charge parentale et les difficultés financières que vivent une partie importante des familles monoparentales peuvent aussi se retrouver dans les familles biparentales. Les familles monoparentales qui présentent un risque sont celles dont le réseau de soutien naturel manque de variété et d'ampleur.

L'intégration sociale semble un problème particulièrement important pour les chefs de famille monoparentale. Ceux-ci ont peu en commun avec les célibataires qui n'ont pas charge d'enfants, ou avec la famille biparentale qui partage à deux cette charge[171]. Toutefois, même si le réseau d'intégration sociale des chefs de famille monoparentale connaît des déficiences, ceux qui sont complètement isolés constituent une minorité. Encore une fois, il est impossible de chiffrer celle-ci. À l'inverse, toutefois, il est possible de chiffrer l'aide reçue dans certaines situations. Ainsi, plus du tiers[172] des familles monoparentales affirment avoir reçu de l'aide, principalement d'un membre de la famille, pour garder leur enfant; quant à celles qui ont connu des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques, 23,5 % d'entre elles ont reçu de l'aide de leur réseau naturel. Plus globalement, 67,6 % des chefs de famille monoparentale reçoivent de l'aide de leur entourage; plus de la moitié (54,7 %) affirment avoir des relations amicales avec des femmes ou des hommes qui élèvent seuls leurs enfants; 28,7 % ont maintenu la fréquence des contacts avec leur belle-famille et 83,3 % ont maintenu ou augmenté la fréquence des contacts avec leur propre famille. C'est principalement sur le plan affectif que le problème de l'isolement semble se poser. La majorité (84,4 %) des chefs de famille monoparentale trouvent difficile de rencontrer quelqu'un avec qui ils pourraient avoir une relation sérieuse.

3.3 Les difficultés liées à l'absence, à la perte ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle

Au cours des dernières années, on a accordé de plus en plus d'attention aux problèmes des déficiences, des incapacités et des handicaps physiques ou mentaux, ainsi qu'à leurs conséquences sur le plan de l'autonomie et de l'intégration en société. Une déficience est une perte, une malformation, une anomalie ou une insuffisance d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité ou la limitation de l'autonomie fonctionnelle correspond à toute réduction partielle ou totale, résultant d'une déficience de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Un handicap est un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement de rôles sociaux de la personne[173]. À partir du moment où la présence d'une ou de plusieurs limitations fonctionnelles affecte de manière importante l'accomplissement d'activités essentielles de la vie quotidienne et les possibilités de fonctionnement autonome de la personne dans son milieu naturel et en société, son intégration à la société est en cause.

Grâce aux données de l'enquête faite en 1983-1984 sur la santé et l'incapacité au Canada et malgré certaines faiblesses de ces données, il est possible de faire une estimation des difficultés concernant l'autonomie fonctionnelle des personnes atteintes d'incapacité[174].

Au Canada, 12,8 % des personnes de 15 ans et plus déclarent souffrir d'une incapacité. Au Québec, cette proportion est de 11,6 %, soit 584 000 personnes. En appliquant ce pourcentage aux données du recensement de 1986, on peut estimer à 602 215 le nombre de personnes ayant des incapacités. Le tableau 6 indique la répartition selon l'âge des personnes ayant une incapacité. De manière générale, la pyramide des incapacités est inversée selon l'âge.

Selon le classement en fonction du degré de gravité de l'incapacité, environ 14 % des personnes, soit 81 760 en 1983-1984 et environ 84 310 pour le Québec en 1986, ont au moins une incapacité grave, c'est-à-dire qu'elles sont incapables depuis plus de six mois d'accomplir trois activités ou plus. En 1986, 23 %, soit 138 509 personnes, ont une incapacité moyenne, c'est-à-dire qu'elles sont incapables d'accomplir une ou deux activités. Les personnes de 65 ans et plus sont plus nombreuses – plus de 22 % – à être représentées dans la catégorie de l'incapacité grave.

Lorsqu'on considère les effets des incapacités sur l'autonomie des personnes, les données deviennent encore plus significatives. Par rapport au degré d'autonomie, 46 % des adultes ayant des incapacités se déclarent totalement dépendantes d'une autre personne pour au moins une des tâches

Tableau 6
Répartition selon l'âge des personnes ayant une incapacité, Québec 1983-1984

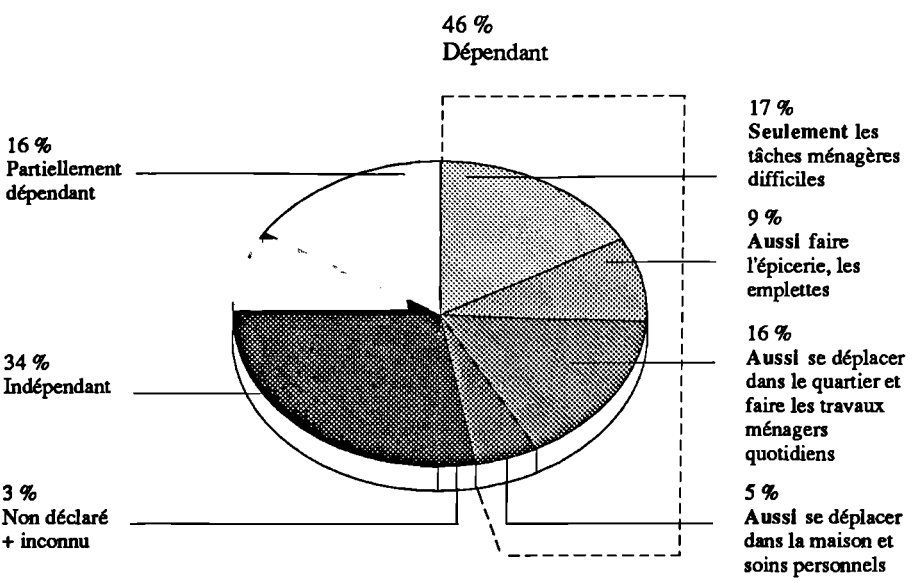
Âge	Personnes en état d'incapacité		% de l'ensemble de la population
	%	Nombre	
15 à 34 ans	15,4	90 000	3,9
35 à 54 ans	26,0	152 000	9,5
55 à 64 ans	23,6	138 000	23,4
65 ans et plus	34,9	204 000	35,6
Total	**100,0**	**584 000**	**11,6**

Source: *Faits saillants de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada*, 1983-1984, cat. 82-563F, Statistique Canada, Division santé.

quotidiennes énumérées dans le questionnaire. Le graphique 1 donne des détails à ce sujet. De plus, 30 % des personnes (soit 180 664) ont des incapacités telles qu'elles sont dépendantes de leur environnement pour faire l'épicerie et les emplettes (9 %), pour faire les travaux ménagers quotidiens et se déplacer dans le quartier (16 %) et même pour se déplacer dans la maison et pour les soins personnels (5 %).

À cette absence, perte ou diminution de l'autonomie fonctionnelle attribuable à l'incapacité physique, il faut ajouter les problèmes liés à des incapacités intellectuelles, psychiques ou mentales. Ces problèmes et les clientèles qui en souffrent sont difficiles à évaluer. Au Québec, en 1983, on estimait à 200 000 le nombre de personnes ayant des déficiences intellectuelles et à 20 000 le nombre de celles ayant des déficiences psychiques[175]. Chez les adolescents et les jeunes adultes, les troubles mentaux seraient à l'origine de 28 % des journées d'hospitalisation chez les hommes et de 25 % chez les femmes[176]. L'enquête Santé Canada (1978-

Graphique 1
Personnes ayant une incapacité selon le degré de dépendance



1979) a établi à 40 pour 1 000 le taux de prévalence des troubles mentaux chez les adultes de 25 à 44 ans, à 95 pour 1 000 dans la population de 45 à 64 et à 189 pour 1 000 chez les personnes de 65 ans et plus.

S'il existe de fortes réserves quant aux chiffres sur l'incapacité physique, il est par ailleurs impossible d'attribuer aux problèmes d'autonomie fonctionnelle associés à la santé mentale des ordres de grandeur le moindrement fiables. Il est par conséquent essentiel de poursuivre les recherches épidémiologiques et sociales, non seulement pour connaître la prévalence de certaines incapacités intellectuelles ou mentales, mais aussi pour établir leurs effets sur l'autonomie des personnes qui vivent avec ces incapacités.

Malgré tout, dans le contexte de la politique de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation, il est évident que les personnes souffrant de troubles mentaux qui retournent vivre en milieu naturel après un séjour plus ou moins prolongé en institution ont pour la grande majorité des problèmes sérieux d'autonomie fonctionnelle dont on doit tenir compte. Plusieurs de celles qui ne sont pas hospitalisées présentent également de tels problèmes.

3.4 Les difficultés d'intégration de certains immigrants

L'intégration sociale est un phénomène complexe qui se déroule simultanément à plusieurs niveaux. Pour l'immigrant, s'intégrer, c'est apprendre à fonctionner dans une société différente de la sienne où sont véhiculées des valeurs susceptibles d'entrer en conflit avec celles qu'il connaît déjà. C'est également reconstruire un réseau de relations sociales et amicales. L'intégration à une nouvelle société est souvent source d'un stress élevé, puisque l'immigrant doit simultanément orchestrer et opérer celle-ci pour tous les aspects de la vie, alors même qu'il est confronté avec la solitude et la nostalgie de son pays d'origine. Les difficultés d'adaptation peuvent continuer à se manifester longtemps après l'immigration.

Plusieurs facteurs interviennent pour faciliter ou au contraire accentuer les problèmes d'intégration sociale. Ainsi, le problème se pose différemment, et souvent avec moins d'acuité, pour les immigrants provenant de pays industrialisés du monde occidental et pour les immigrants en provenance du Tiers-monde. La proximité linguistique et culturelle facilite l'intégration. De même, la présence au Québec d'autres membres de la famille ou de la parenté, ou encore d'amis ou de connaissances du pays d'origine, peut constituer un atout dans la mesure où, d'une part, elle concourt à réduire le sentiment d'isolement et, d'autre part, elle favorise

l'accès à l'information. L'appartenance à une communauté culturelle établie ayant ses propres institutions économiques et culturelles constitue également un soutien à l'adaptation, même si elle comporte par ailleurs le risque de se refermer sur un ghetto. Les modalités selon lesquelles s'est faite la migration – qu'elle ait été obligée, comme pour les réfugiés, ou qu'elle ait été décidée librement ou plus ou moins imposée – affectent elles aussi le processus d'intégration, directement par le biais des relations établies et des démarches entreprises antérieurement à l'immigration, et indirectement, selon le niveau d'avancement du processus de désinsertion sociale envers le pays d'origine.

Les problèmes d'intégration vécus par les immigrants sont souvent différents d'un groupe ethnique à l'autre. Toutefois, les problèmes liés aux barrières linguistiques et au fossé culturel sont partagés. Les barrières linguistiques sont source d'isolement, puisqu'elles restreignent à un cercle étroit les communications et les échanges avec le monde extérieur, qu'elles favorisent le repli sur soi-même et qu'elles rendent par conséquent plus vulnérables aux abus tels que la violence. Pour les jeunes d'âge scolaire, les problèmes de langue causent souvent des difficultés d'apprentissage et des retards scolaires et contribuent de manière très importante à la marginalisation du nouvel arrivant.

Pour certains immigrants, la confrontation avec les modèles culturels québécois, parfois basés sur des valeurs très éloignées de celles qui existent dans leur pays d'origine, peut engendrer des problèmes. La distance culturelle se marque également par la discrimination intentionnelle ou non, et par les stéréotypes racistes auxquels les immigrés sont soumis, ce qui ne facilite évidemment pas leur intégration et peut même être une source importante de repli sur soi.

En plus des problèmes spécifiques auxquels sont confrontés les nouveaux arrivants, ils partagent également de nombreux problèmes avec les Québécois. Toutefois, l'expression de ces problèmes est souvent différente, voire même accentuée par les difficultés que la migration y ajoute.

Depuis 1970, la composition des flux migratoires vers le Québec s'est modifiée de manière importante. Trois phénomènes marquent tout particulièrement cette transformation: l'augmentation de la main-d'oeuvre non qualifiée en provenance des pays du Tiers-monde, l'apparition de nouvelles vagues migratoires provenant du Sud-Est asiatique, des Antilles (Haïti) et d'Amérique latine et l'augmentation phénoménale au cours des cinq dernières années du nombre de personnes revendiquant le statut de réfugié.

Ces transformations ont une incidence sur l'intégration des nouveaux immigrants: la proportion de ceux qui arrivent au Québec sans argent, ne connaissent personne au pays d'accueil et ne maîtrisent ni l'anglais ni le français – en d'autres termes, qui ont peu ou pas de ressources facilitant l'insertion – est croissante; par ailleurs, ils sont de plus en plus nombreux à vivre un processus de désinsertion brutale qui peut accentuer les difficultés d'intégration dans un pays d'accueil. Ceci entraîne des répercussions sur les besoins en matière sociale de la population immigrante.

4. La vulnérabilité de certaines populations

Le fait de cerner les problèmes sociaux fondamentaux a permis de faire ressortir la gravité d'une série de situations pour lesquelles il est essentiel que l'État agisse. Toutefois, tant qu'ils sont définis par leurs manifestations extrêmes, il est difficile de songer à en diminuer l'incidence, car ils donnent surtout lieu à des interventions après coup. Malgré les moyens de dépistage et les efforts pour empêcher la détérioration des situations constatées, on s'attaque à leurs manifestations plutôt qu'à leurs sources. C'est dans la perspective de mieux connaître les situations qui se trouvent en amont des problèmes constatés qu'il est essentiel d'examiner la vulnérabilité de certaines populations particulières et les conditions qui la déterminent.

Mais que veut-on dire quand on parle de la vulnérabilité d'une population donnée? On peut définir la vulnérabilité comme étant l'ensemble des conditions qui font qu'un sous-ensemble d'individus dans une population particulière sont susceptibles de présenter des problèmes sérieux dans certaines situations adverses, devant le danger ou la malchance[177].

Certaines de ces conditions particulières ont été cernées à l'analyse des problèmes fondamentaux présentés précédemment: les situations de handicaps, la pauvreté et l'absence ou l'insuffisance des réseaux d'intégration. La prévalence de ces conditions dans certains sous-ensembles de la population permet de circonscrire des populations vulnérables sur le plan social. Il est alors possible de définir des groupes cibles pour des programmes servant à prévenir et à empêcher l'apparition de problèmes sociaux plus fondamentaux.

4.1 Les conditions de vulnérabilité

4.1.1 Les situations de handicap

Comme on l'a vu précédemment, les déficiences ou l'incapacité placent la personne dans une situation de désavantage social qui la limite ou l'empê-

che d'exercer certains rôles sociaux. Le handicap implique un aspect de relations et d'interactions de la personne avec son environnement, qui peut la marquer plus ou moins profondément. Dans l'exercice de ses droits et de ses rôles comme membre de la société, la personne handicapée fera face à des obstacles qui concernent les principales dimensions de sa vie en société: dans son environnement immédiat, dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes, dans l'exercice des rôles normalement attendus d'une personne en société. Les situations de handicap sont, en somme, des obstacles sociaux à la réalisation à part entière des rôles sociaux ou des activités quotidiennes, selon l'âge, le sexe ou l'identité socio-culturelle. Elles provoquent un état de vulnérabilité.

4.1.2 La pauvreté

Malgré que la pauvreté ait eu tendance à diminuer de 1969 à 1985[178], certains groupes demeurent très vulnérables sur le plan économique. C'est notamment le cas des jeunes de moins de 25 ans, des familles monoparentales et des personnes seules. Le problème de la pauvreté est particulièrement important au Québec. Alors que pour l'ensemble du Canada, 36,6 % des personnes seules vivent sous le seuil de la pauvreté, au Québec, cette proportion est de 46,3 %. Le Québec est la province canadienne où le taux de pauvreté est le plus élevé parmi ces personnes. La proportion de familles vivant sous le seuil de la pauvreté est également plus importante au Québec qu'au Canada, soit 15,7 % contre 13,1 %.

Le constat du lien entre pauvreté et bien-être sur le plan social se fait à partir de l'utilisation plus importante des services sociaux par les clientèles de milieux défavorisés. Selon les études effectuées sur le sujet, la plupart des usagers des services sociaux sont en même temps aux prises avec des problèmes d'insuffisance des ressources financières.

Le rapport entre la pauvreté et la santé a été établi par plusieurs études. En matière sociale, ce lien est moins documenté mais tout aussi présent. Les conditions objectives de vie, telles que le logement et l'alimentation, et les conditions de travail qui prédominent en milieu défavorisé engendrent des risques à cet égard et constituent une source importante de stress, notamment parce que, en l'absence de ressources matérielles, un plus grand nombre de circonstances tendent à devenir éprouvantes. Par ailleurs, la pauvreté implique non seulement la privation économique mais également la privation sociale, c'est-à-dire l'absence d'éducation, de considération, d'information. C'est donc dire que les pauvres disposent souvent de moins de ressources pour affronter les difficultés avec lesquelles ils sont confrontés. La pauvreté est donc à double titre un état de vulnérabilité.

4.1.3 L'absence ou l'insuffisance des réseaux d'intégration sociale

La littérature sur le soutien social en relation avec la santé et le bien-être des individus est considérable. Dans une revue de la littérature sur l'isolement, le soutien social et l'état de santé[179], les auteurs montrent l'influence indiscutable du réseau naturel et du soutien social sur la santé mentale et ses effets plus discrets sur la santé physique. Certains font des constatations similaires en montrant que le soutien social est un moyen de satisfaire certains besoins fondamentaux des individus et d'atténuer le degré de stress perçu et vécu[180]. En conséquence, le soutien social aide l'individu à faire face aux difficultés et à les maîtriser.

De même, on reconnaît l'influence des réseaux naturels et du soutien social sur le bien-être et l'épanouissement de la personne. Plusieurs auteurs ont souligné cette influence sur la résolution des problèmes de comportement humain[181]. En particulier, on a démontré l'importance à différentes étapes de la vie des réseaux naturels d'aide et de soutien[182].

À l'inverse, l'isolement et la solitude, l'impossibilité de recourir à un réseau social naturel ou à un réseau externe d'intégration sont autant d'éléments qui rendent vulnérable. C'est en ce sens qu'on parle de l'absence ou de l'insuffisance des réseaux d'intégration sociale comme facteur de vulnérabilité. Les principaux lieux d'intégration sociale sont la famille, le quartier, l'école et le marché du travail.

4.2 Les populations vulnérables

4.2.1 Les enfants de moins de 15 ans

Jusqu'à l'âge de 15 ans – même s'il est difficile d'établir une ligne de démarcation claire – le jeune est non seulement étroitement lié à sa famille et à l'école, mais il en est presque exclusivement dépendant pour son fonctionnement quotidien, tant sur le plan social et économique que physique, psychologique et affectif. Cet environnement social limité fait des enfants une population vulnérable.

La baisse du taux de natalité a entraîné une diminution de la proportion d'enfants et d'adolescents dans la société. Ainsi, les jeunes de moins de 15 ans représentaient 35,4 % de la population en 1961, 29,6 % en 1971 et seulement 20,5 % en 1986. Si la tendance actuelle se maintient, ils ne formeront plus que 17 % de la population québécoise en l'an 2001. En même temps que cette diminution s'est produite, on a assisté à une prise de conscience de plus en plus forte de l'importance de cette période de la vie.

Les principaux besoins à combler à ce moment ont une influence sur le reste de la vie.

C'est par les interactions qui s'établissent dans la famille, dans le milieu scolaire et dans l'entourage immédiat que les enfants satisfont à leurs besoins de développement physique, psychologique, affectif et social et acquièrent la maturité nécessaire à leur vie d'adulte. Un réseau inadéquat de soutien à la famille contribue donc à diminuer la capacité parentale de faire face aux besoins de l'enfant. Compte tenu de leur dépendance face aux adultes et de leur absence d'autonomie, les enfants sont très susceptibles de subir les contrecoups de leur milieu immédiat.

S'ils vivent dans des milieux pauvres, il a été démontré qu'ils n'ont pas les mêmes possibilités de se réaliser que ceux qui proviennent de milieux plus riches. Comme on l'a vu précédemment, on les retrouve en plus grand nombre parmi les enfants à problèmes. Au Canada, en 1984, 20,6 % des enfants de moins de 16 ans vivaient dans des familles pauvres. En 1980, cette proportion était de 15 %[183]. Si on ajoute aux facteurs précédents la présence d'un handicap physique ou mental, il est évident que le cumul de tels facteurs risque d'avoir des conséquences considérables sur la vulnérabilité des enfants concernés.

Toutefois, les facteurs de vulnérabilité utilisés ici ne nous permettent pas d'évaluer le nombre total d'enfants de 0 à 15 ans formant la population d'enfants vulnérables au Québec. Il est essentiel d'entreprendre des études plus poussées sur le sujet pour déterminer vraiment les groupes les plus vulnérables.

4.2.2 La jeunesse en phase d'intégration à l'emploi

Les mécanismes d'insertion sociale sont actuellement bloqués pour une partie importante de la jeunesse. Dans les sociétés libérales industrialisées, ces mécanismes relèvent ultimement de la participation active au travail salarié. Celle-ci sanctionne la contribution productive de l'individu et l'autonomie financière qu'elle procure autorise l'accès à la consommation des biens et des services qui sont les symboles mêmes de l'intégration à la société.

Les blocages à l'intégration des jeunes se manifestent sur le marché du travail par l'emploi à temps partiel, alors que c'est le travail à temps plein qui est souhaité, et par des taux de chômage élevés. Ainsi, en 1975, 17 % des travailleurs occupaient un emploi à temps partiel parce qu'ils n'avaient pu trouver de travail à temps plein. Dix ans plus tard, en 1985, 35 % des

travailleurs étaient dans la même situation[184]. Quant au chômage, bien qu'il se résorbe lentement depuis 1984, il touche toujours, en 1986, 16,9 % des jeunes Québécois de 15 à 24 ans[185]. Le problème est d'ailleurs plus marqué dans les régions excentriques qu'à Québec ou à Montréal, plus présent chez les femmes que chez les hommes, et affecte davantage les moins scolarisés.

Ces quelques statistiques sont toutefois insuffisantes pour évaluer l'ampleur du chômage. De plus en plus, à défaut de trouver un emploi ou de le garder, les jeunes ont recours à l'assistance sociale. En mars 1985, le Québec comptait 176 612 assistés sociaux de moins de 30 ans, dont 78 % étaient considérés aptes au travail selon les normes en vigueur à l'aide sociale. Les jeunes représentent 41,6 % de la clientèle totale de l'aide sociale[186]. Cette proportion était de 6 % en avril 1975, de 11 % en septembre 1979 et de 21 % en juin 1983[187].

Les nouvelles règles qui structurent le marché du travail et qui imposent des conditions de travail précaires compromettent l'autonomie financière des jeunes. En 1985, la pauvreté chez les jeunes demeure en hausse, malgré les progrès de la lutte à la pauvreté. Près de la moitié (47,9 %) des jeunes Canadiens de moins de 25 ans vivant seuls sont considérés comme pauvres. Un tiers des familles dirigées par un chef de moins de 25 ans sont également pauvres[188].

L'insertion à la vie adulte est également observable par les comportements familiaux des jeunes. Ceux-ci varient selon le sexe et l'origine sociale. Toutefois, tout indique que la crise du travail transforme également le modèle culturel d'intégration. Les jeunes tardent en effet de plus en plus à quitter le giron familial. Cependant, peu d'études permettent de cerner précisément ce phénomène et surtout de dissocier les effets de la prolongation de la scolarité et ceux de la crise du travail.

Parmi les jeunes, trois sous-groupes sont plus particulièrement vulnérables, en ce sens qu'ils peuvent difficilement acquérir leur autonomie et leur indépendance : ceux qui ont moins de 20 ans et ne fréquentent plus l'école (ils ont très peu de chances de trouver en emploi, dans la mesure où ils n'ont pas d'expérience et où ils ont peu d'années de scolarité), les jeunes femmes chefs de famille monoparentale et les jeunes des régions économiquement défavorisées.

4.2.3 Les familles monoparentales

En 1981, au Québec, on compte 208 435 familles (avec enfants) à parent unique, soit près de une famille sur cinq. Le phénomène de la monoparen-

talité a connu des modifications importantes au cours de la dernière décennie. Des travaux[189] montrent l'émergence, au cours des années 70, d'une nouvelle monoparentalité découlant de plus en plus de la rupture du lien conjugal (séparation, divorce) ou même de l'inexistence de ce lien (maternité chez les célibataires). Parallèlement à la croissance rapide de la monoparentalité, le portrait socio-démographique de ces chefs de famille s'est transformé.

Ainsi on remarque une féminisation croissante de la monoparentalité. De 1971 à 1981, la proportion de femmes parmi les chefs de famille monoparentale est passée de 74 % à 83 %, ce qui représente 173 390 femmes en 1981. De plus, cette même année, 91 % des chefs de famille monoparentale ayant à charge au moins un enfant de moins de six ans étaient des femmes[190]. La structure démographique des femmes parents uniques s'est rajeunie. En 1971, 19 % des femmes chefs de famille monoparentale étaient âgées de moins de 35 ans, alors qu'en 1981, cette proportion atteignait 27 %.[191]

Le taux d'activité des femmes chefs de famille monoparentale sur le marché du travail a augmenté de 1971 à 1981, sans égard à l'âge des enfants. Ce mouvement semble toutefois s'être ralenti au cours des dernières années. Depuis 1981, le taux d'activité des femmes parents uniques d'un enfant de moins de six ans n'a pas progressé, alors que celui des femmes de familles biparentales continuait à croître. L'insertion dans le marché du travail semble être un des facteurs discriminants pour les femmes parents uniques notamment en matière de revenu, de charge de travail et d'intégration sociale.

Une tendance à l'appauvrissement des femmes chefs de famille monoparentale est également constatée. Alors qu'en 1970, le revenu moyen de ces femmes était légèrement supérieur au seuil de la pauvreté, en 1980 il l'atteignait tout juste pour les femmes ayant un enfant et il était au-dessous de ce seuil pour les femmes ayant deux enfants.

Si on considère l'ensemble des familles monoparentales dirigées par une femme au Québec, on constate qu'en 1980, la source principale de revenu de 70 305, ou de 40,5 % de ces femmes, consistait en prestations publiques autres que les pensions de vieillesse ou les prestations d'assurance-chômage, c'est-à-dire des prestations d'aide sociale dans la majorité des cas. En 1983, le Conseil du statut de la femme (CSF) évaluait à 81 726 le nombre de familles monoparentales[192] vivant de l'aide sociale, ce qui

représente 60 % de l'ensemble de ces familles. De ce groupe, 95 % des prestataires étaient des femmes.

À Montréal, en 1985, 52,9 % des femmes chefs de famille étaient actives sur le marché du travail; cette proportion était de 60,5 % dans l'ensemble du Québec. Leur revenu moyen était de 15 914 $[193]. Une enquête réalisée auprès des femmes chefs de famille habitant le quartier centre-sud de Montréal établit qu'en 1985 près de la moitié (47,9 %) de ces montréalaises ayant un emploi ont un revenu inférieur à 15 000 $ par année, et que 17,8 % ont moins de 8 000 $[194]. Il ne suffit donc pas que ces femmes réintègrent le marché du travail pour échapper à la pauvreté.

Les familles monoparentales matricentriques qui peuvent satisfaire à d'autres besoins que les besoins primaires sont rares. Ainsi, même les besoins les plus légitimes, en commençant souvent par les vacances et les loisirs, sont exclus. Par ailleurs, ces familles qui n'accèdent même pas à l'essentiel, soit un logement salubre et une alimentation adéquate, sont nombreuses.

4.2.4 Les personnes âgées

Les divers programmes gouvernementaux de lutte contre la pauvreté (pensions de vieillesse, exemptions fiscales, RER, REER, etc.) ont amélioré le sort de bon nombre de personnes âgées. Pourtant, malgré une amélioration de la situation financière des personnes âgées depuis le début des années 70, la pauvreté demeure un problème important. En 1985, 46,1 % des personnes seules de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de la pauvreté. La moitié des personnes âgées ont droit au supplément de revenu garanti. On prévoit par ailleurs qu'une plus forte proportion de personnes qui entreront dans cette catégorie d'âge au cours des années à venir seront à l'aise[195].

À compter de janvier 1987, la pension de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti octroient à la personne seule sans autre revenu un montant annuel de 7 809,36 $ et ils donnent 12 660,96 $ au couple sans autre revenu. Or, le Conseil national du bien-être social (CNBES) établit le seuil de faibles revenus pour une personne seule à 9 870 $ et pour deux personnes à 12 944 $. Les personnes seules sont particulièrement défavorisées, compte tenu du fait qu'elles disposent d'un revenu inférieur de 2 000 $ au seuil de la pauvreté établi par le CNBES. Le problème est particulièrement aigu pour les femmes âgées vivant seules. En 1982, 80 % des femmes de 65 ans et plus disposaient d'un revenu de

moins de 10 000 $ par an, comparativement à 54 % des hommes du même groupe d'âge. Sept personnes âgées sur dix sont des femmes.

Le problème de l'intégration sociale des personnes âgées pose également celui de leur autonomie physique, puisque les personnes âgées ont tendance à n'être plus capables d'accomplir l'ensemble ou une partie de leurs activités. Selon les données de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada[196], 35,9 % des Québécois et Québécoises âgés de 65 ans et plus, soit 204 000 personnes, déclarent souffrir d'une incapacité. Dans 48,7 % des cas, il s'agit d'une incapacité légère: 28,6 % déclarent une incapacité moyenne et 22,7 % une incapacité grave.

L'incidence des maladies chroniques du type dégénératif augmente à mesure que l'espérance de vie s'accroît et que la population vieillit. On peut mentionner ici le grand nombre de maladies respiratoires, de problèmes d'arthrite, de rhumatisme, de fractures, de troubles de la vue et de l'ouïe et de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. On estime qu'entre 5 % et 7 % des personnes âgées souffrent d'une démence, modérée ou sérieuse, qui les empêche d'être autonomes; ce pourcentage se rapprocherait de 20 % chez les plus de 80 ans[197].

L'isolement des personnes âgées est en partie attribuable à leur état de santé ou du moins à la perception qu'elles en ont. Selon une étude[198], 75,1 % des personnes âgées qui se considèrent en bonne santé sortent tous les jours, alors que cette proportion est de 53,6 % chez celles qui jugent leur état de santé passable et de 26,6 % chez celles qui se déclarent en mauvaise santé. À l'inverse, seulement 3,3 % des personnes âgées qui se disent en bonne santé sortent moins de une fois par semaine alors que cette proportion atteint 36,4 % pour celles qui se jugent en mauvaise santé.

Règle générale, les personnes âgées maintiennent une fréquence élevée de contacts avec leurs amis, leur parenté et leurs enfants. Près de 40 % de celles qui vivent à domicile voient un de leurs enfants tous les jours et 78,8 % au moins toutes les semaines. Pour celles qui vivent en institution, ces proportions sont respectivement de 10,9 % et 66 %, et de 88,8 % si on élargit jusqu'aux visites mensuelles. La fréquentation de la parenté et des amis est moins importante. Toutefois, parmi les personnes interrogées 67,3 % voient un autre parent et 74,7 % un ami au moins une fois par mois[199]. Malgré tout, 30 % des personnes âgées disent souffrir de solitude.

Certains groupes demeurent toutefois plus à l'écart. Il s'agit des femmes, des célibataires, des personnes âgées de 70 ans et plus, des

personnes dont l'état de santé est mauvais et des personnes ayant de faibles revenus.

5. Les difficultés courantes de fonctionnement en société

La société actuelle a connu de nouveaux phénomènes sociaux qui ont entraîné chez les personnes des problèmes d'anxiété, d'identité et d'orientation. Il faut porter attention à ces problèmes pour les empêcher de s'aggraver. Autrement dit, des difficultés, des tensions ou des crises se produisent au cours de l'existence et menacent, diminuent ou empêchent le fonctionnement général et relationnel d'une personne, d'une famille ou d'un groupe.

5.1 Les manifestations principales

Certains événements susceptibles de se produire à un moment ou l'autre de la vie sont traumatisants. Ils constituent des facteurs importants de stress et de tension et occasionnent des cassures dans les relations avec les autres. Ainsi, le décès d'un proche, un accident grave ayant des séquelles permanentes, la naissance d'un enfant handicapé, la découverte d'une maladie évolutive ou incurable, la perte d'un emploi constituent pour les personnes qui les vivent des chocs émotionnels violents qui peuvent perturber leur fonctionnement. Le divorce ou la séparation, le remariage des parents, une grossesse à l'adolescence ou une grossesse non planifiée sont autant de situations difficiles qui exigent une adaptation. Dans la vie de tous les jours, plusieurs frustrations, événements, circonstances au travail ou dans leurs relations avec les autres agressent les personnes et occasionnent un stress important qui peut avoir des conséquences indésirables sur le fonctionnement de la personne s'ils deviennent trop forts ou incontrôlables.

Dans la société québécoise traditionnelle, c'est dans la famille, le voisinage ou la paroisse qu'on trouvait les premières ressources pour orienter la personne et l'aider à faire face à ses problèmes et à satisfaire ses besoins. D'autres types de solidarités ont pris le relais. Maintenant des personnes et des collectivités se mobilisent autour de nouvelles formes d'entraide et de services.

Même si ces ressources dites communautaires peuvent jouer un rôle déterminant, elles n'en ont pas moins certaines limites qu'on ne saurait ignorer. D'abord les personnes de l'entourage ont leurs propres problèmes, dont certains peuvent les empêcher de fournir une aide adéquate. De plus, devant des situations qui sont à l'origine de problèmes plus graves, elles

n'ont pas toujours les connaissances ou les capacités requises pour apporter une aide efficace. En dernier lieu, en ce qui concerne certains types de difficultés, plusieurs personnes hésiteront à consulter leur entourage ou ne voudront tout simplement pas le faire à cause de ce que ces démarches impliquent. Elles préféreront consulter un professionnel qui sera garant de confidentialité et de discrétion. En ce sens, malgré leur importance, les ressources de l'entourage ou du milieu naturel sont intimement liées aux problèmes que vit la personne. Dans certaines circonstances, leur apport peut être considérable et constituer la base même de la solution des problèmes; dans d'autres, si cet apport n'est pas approprié, il peut contribuer à leur exacerbation.

Dans cette perspective, tout en tenant compte de la place occupée par le milieu et en insistant sur sa contribution en regard des problèmes courants, quatre besoins principaux demeurent:

- le besoin de disposer d'un endroit où la personne peut s'adresser pour exposer son problème en toute quiétude et ou la confidentialité est garantie;
- le besoin de connaître les ressources existantes susceptibles d'aider à faire face aux difficultés;
- le besoin de connaître la nature, l'étendue et les répercussions possibles de la situation;
- le besoin de connaître les possibilités de solution et les moyens à prendre en regard des problèmes.

5.2 Les besoins correspondants

Les besoins en ce qui concerne le fonctionnement en société et sur lesquels les services sociaux se penchent sont les besoins familiaux et les besoins associés à la santé, à l'éducation et au travail.

5.2.1 Les besoins familiaux

Les questions courantes qui préoccupent les services sociaux en matière familiale sont d'abord la naissance, le vécu et le développement du lien parent-enfant pour la réalisation de l'autonomie de l'enfant au terme de sa croissance. On y retrouve donc la question des déficiences de la capacité parentale, c'est-à-dire les difficultés du parent à accomplir les tâches physiques et psychologiques qui accompagnent le développement de l'enfant. L'exercice quotidien du rôle parental est déterminé par les normes de la culture. À ces questions, s'ajoutent les facteurs qui empêchent la famille de maintenir des échanges adéquats avec son entourage. Dans les circons-

tances actuelles, ces besoins doivent être vus dans la perspective d'ensemble de la politique familiale à mettre en place au Québec.

Plus concrètement, on retrouve les besoins liés à la venue de l'enfant: la planification des naissances, les problèmes de fertilité, l'adoption, la préparation à exercer les rôles parentaux. D'autres sont liés à des situations plus précises comme la naissance d'enfants déficients, la grossesse à l'adolescence ou même la naissance d'enfants dont les parents sont déficients mentaux.

Dans la vie courante, la sécurité et la stabilité affectives dans la famille doivent être assurées sur le plan conjugal et sur le plan des relations parent-enfant.

Lorsque l'union des conjoints ou des parents est rompue, pour maintenir le fonctionnement en société des membres de la famille, en particulier des enfants dont le développement personnel est en cause, il se pose des besoins particuliers et essentiels comme la préparation à la rupture, la continuité des responsabilités parentales et les liens avec la seconde famille.

La famille a besoin du soutien de la société, en particulier pour obtenir des services de garde adéquats et pour exercer elle-même ses fonctions de soutien à l'égard de ses membres handicapés, malades, convalescents et dépendants âgés.

5.2.2 Les besoins associés à la santé, à l'éducation et au travail

Les besoins sociaux liés aux problèmes de santé, d'éducation et de travail sont nombreux. On note d'abord les perturbations attribuables à des facteurs objectifs comme un décès, une séparation, la mobilité géographique, le chômage, ou à des facteurs subjectifs comme les besoins non satisfaits, les aspirations déçues. Tous ces facteurs, qui constituent des situations aiguës de stress, peuvent être à l'origine de problèmes de fonctionnement en société.

L'adaptation sociale de l'individu et de sa famille devant la maladie chronique et évolutive ou prolongée ainsi que l'acceptation et l'adaptation à un long séjour en milieu hospitalier ou institutionnel engendrent également des besoins sociaux. Le traitement de certaines maladies comme l'alcoolisme et la toxicomanie exige des approches conjointes des services de santé et des services sociaux. Certaines maladies « stigmatisées »

entraînent des problèmes de comportement. Enfin, la maladie et la planification de la période de convalescence occasionnent toute une série de besoins sociaux pratiques tels que les soins et les services à domicile, l'assistance technique, le transport, les besoins financiers, le travail et l'orientation en milieu substitut.

Des problèmes scolaires sont attribuables notamment à des difficultés de rendement et de comportement de l'enfant, au manque de soutien du milieu familial et aux perturbations qui y sont présentes. Certains besoins concernent l'amélioration de la qualité de vie en milieu scolaire dans la perspective du développement personnel et social de l'enfant. Enfin, l'intervention sociale en milieu scolaire peut être souhaitable pour atténuer certaines situations indésirables comme l'absentéisme chronique, l'usage de l'alcool, l'usage de drogue ou le tabagisme.

Il faut également attirer l'attention sur l'existence de certains problèmes en matière de travail et de sécurité financière, même si les services sociaux québécois s'y sont peu attardés au cours des dernières années. Auparavant, les seuls problèmes sociaux considérés en liaison avec le travail étaient ceux de l'absentéisme et de l'alcoolisme. Aujourd'hui, on accorde plus d'attention aux situations problématiques de la personne et aux difficultés de relations éprouvées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'entreprise et qui ont de l'influence sur le travail. Ainsi, les périodes d'instabilité du travail, les périodes de chômage prolongé, la mise au rancart de certains groupes de travailleurs (en particulier ceux de 45 ans et plus) et le fait de toucher l'aide sociale pendant de longues périodes constituent autant de problèmes sur lesquels les services sociaux doivent se pencher, du moins pour aider les personnes qui les éprouvent à mieux évaluer leurs capacités et à s'orienter en fonction de celles-ci et des possibilités qui existent.

Conclusion

L'analyse effectuée dans ce chapitre permet de constater que les problèmes et les besoins sociaux se posent dans l'ensemble de la population. À différents moments de son existence, la personne peut faire face à des difficultés de famille ou de fonctionnement social associées à la santé, à l'éducation ou au travail. Les solutions de la plupart de ces difficultés se trouvent dans les ressources de la personne elle-même, dans son entourage et dans le milieu où elle vit. Dans certains cas, pourtant, la personne a besoin d'information et d'orientation pour utiliser adéquatement les ressources de son entourage. Dans d'autres cas, il est nécessaire que les difficultés éprouvées par la personne fassent l'objet d'un examen plus

approfondi pour que soient prises les orientations les plus appropriées à son fonctionnement social optimal.

De même, force est de constater que dans la société québécoise, les enfants de moins de quinze ans, les jeunes adultes en dehors de l'école et du marché du travail, les familles monoparentales et les personnes âgées sont plus susceptibles d'être vulnérables à des situations adverses, surtout lorsqu'elles font face à la pauvreté, aux handicaps ou aux déficiences dans leur intégration sociale. Ces populations, dont la vulnérabilité est établie, doivent faire l'objet de programmes, de mesures et de services sociaux appropriés dans le but d'éviter ou de prévenir l'apparition de problèmes, ou à tout le moins leur aggravation s'ils sont déjà présents. Il s'agit là d'un moyen essentiel pour briser le cercle vicieux du cas par cas et pour attaquer les problèmes à la source.

Malgré tous les efforts déployés, il reste une quantité importante de problèmes sociaux sur lesquels on doit se pencher en priorité et pour lesquels il faut assurer l'accès universel, complet et rapide aux services sociaux. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de tous les problèmes sociaux importants. Ces derniers pourront aussi varier dans le temps. Actuellement, ces problèmes sont, en premier lieu, ceux de la violence faite aux personnes: abus, mauvais traitements et négligence envers les enfants, agression sexuelle et violence conjugale, agressions de toutes sortes envers les personnes âgées. Il y a en second lieu les problèmes de déviance et de mésadaptation sociale: délinquance, troubles du comportement et tentatives de suicide chez les adolescents, ainsi que les problèmes d'itinérance. Enfin, il y a tous les problèmes reliés à l'intégration sociale, qu'il s'agisse des carences dans les liens parents-enfants, de la surcharge liée à la monoparentalité, des difficultés de fonctionnement liées à l'absence ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle ou des problèmes d'intégration des immigrants.

Après cette analyse, la Commission se doit de constater la faiblesse de la recherche sociale appliquée au Québec. Aucun indicateur ne permet d'établir l'incidence, la prévalence ou la distribution des problèmes sociaux au sein de la population. D'ailleurs, la plupart des données sur lesquelles la Commission s'appuie proviennent surtout de renseignements recueillis au Québec à des fins administratives et d'études souvent réalisées à l'extérieur du Québec ou à partir d'échantillons non représentatifs de l'ensemble de la population québécoise. Il est donc important qu'un ensemble de données de base soit constitué pour permettre une vue d'ensemble plus précise des problèmes et des besoins sociaux au Québec.

Partie II

Évolution des politiques, des structures, des programmes et du financement dans le domaine de la santé et du bien-être

Chapitre 1

Les politiques sociales et l'organisation du système des services de santé et des services sociaux

Le présent chapitre trace un bref historique des politiques sociales et de l'organisation du système des services de santé et des services sociaux au Québec. Il rappelle également le mandat et le rôle du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et situe la nature de ses rapports avec le réseau d'établissements.

1. Les interventions gouvernementales en matière de droits sociaux et de politiques sociales

1.1 De nouveaux droits sociaux

Au Canada, devant les demandes répétées de la population, des travailleurs et des groupes qui se sont organisés dans le but de faire adopter des programmes d'assurance collective, le gouvernement fédéral entreprend, à partir des années 50, de corriger les inégalités sociales et de procéder à une certaine régulation économique. Au Québec, il aura fallu attendre les années 60 pour que l'État devienne un acteur prépondérant en matière de développement économique et qu'il joue un rôle comme levier central dans le redressement des inégalités. Ces nouvelles responsabilités ont conduit les gouvernements à mettre en place des politiques sociales et des politiques de services ayant pour objectifs de réduire les inégalités socio-économiques et de protéger les citoyens contre les risques sociaux majeurs tels que la pauvreté, le chômage et la maladie.

Cet élargissement du champ d'intervention de l'État constitue un tournant dans l'évolution démocratique de notre société. Après avoir acquis des droits civiques et des droits politiques, la population acquiert des droits sociaux. Ces nouveaux droits modifient profondément l'ordre

juridique. Ils brisent le lien de causalité explicite entre la responsabilité individuelle et l'obligation de réparation. Ce que les droits sociaux sanctionnent, c'est la nécessité de pallier collectivement les inégalités inscrites dans les structures mêmes de la société. Ils témoignent du fait que les individus ne vivent pas tous des conditions égales, que les problèmes sociaux et économiques ne sont pas forcément le fruit de leurs excès personnels, de leur fainéantise ou de leur malchance. Avec l'avènement des droits sociaux, la responsabilité ne découle plus de la faute individuelle mais du risque social, et la réparation se fait selon un principe d'équité.

Dans cette optique, l'État devient responsable du développement social, de la sécurité économique et de la sécurité sociale des citoyens. En conséquence, les mesures et les initiatives étatiques se sont multipliées et ont jeté les bases d'une société plus démocratique.

Cette rupture avec les valeurs traditionnelles qui rejetaient sur les individus la responsabilité de la pauvreté, de la misère et de la maladie s'est faite en réaction à la dépression des annés 30. À cette époque, en effet, le dysfonctionnement des marchés avait causé une chute sérieuse de la production, un chômage massif et une misère sociale et humaine particulièrement sévère. Les interventions de l'État par ailleurs ont été favorisées par le contexte de croissance économique des années 50 et 60.

En reconnaissant l'existence d'inégalités sociales, le gouvernement québécois était amené à reconnaître un certain nombre de droits sociaux: le droit à la sécurité économique, à la santé, aux services sociaux, à l'égalité des sexes, à l'égalité des personnes handicapées, à la protection du malade mental, à la protection de la jeunesse, pour ne nommer que ceux-là. Par ses initiatives, l'État imposait une logique d'équité, garantissait une reconnaissance plus impartiale des besoins et apportait un soutien moins arbitraire aux individus.

Durant la dernière décennie, le gouvernement a adopté de nombreuses mesures législatives pour renforcer la sécurité sociale et les droits des citoyens. C'est dans cette perspective, qu'il a par exemple révisé et enrichi la *Loi sur la protection du consommateur*, qu'il a adopté la *Loi sur le recours collectif* et la *Loi sur les services de garde à l'enfance* et qu'il a créé la Régie du logement.

Par ailleurs, la dénonciation de l'arbitraire et des attitudes discrétionnaires des instances politiques et patronales a fait peser sur les interventions de l'État des exigences de rationalité, d'uniformisation, de planifica-

tion et de coordination. Ces valeurs sont à la base de l'instauration de nouveaux types de relation entre le gouvernement et ses employés du secteur public et para-public, relations qui se sont concrétisées dans des conventions collectives et dans la mise en place d'un processus décisionnel encadré. Ces valeurs ont également inspiré l'établissement de relations plus égalitaires entre l'État et les citoyens. Au cours des dernières décennies, la multiplication des livres blancs, des livres verts, des commissions d'enquête, des commissions d'étude, des commissions parlementaires, des comités, des tables de concertation et des sommets économiques illustre l'établissement de relations plus démocratiques entre les élus et la population.

La reconnaissance de nouveaux droits sociaux a marqué de façon fondamentale l'évolution des politiques sociales. Elle a également guidé la mise en place de réformes majeures dans le domaine de la santé et des services sociaux et ce, autant sur le plan législatif que sur le plan des politiques, des services et des programmes. Nous examinerons plus loin ce dernier aspect.

1.2 Les politiques sociales: évolution et enjeux

Bien que les programmes sociaux aient commencé à se développer au Canada dans les années 40, c'est au cours des années 60 et 70 qu'ils ont connu leur plus forte expansion. On a alors introduit de nouveaux programmes, élargi la couverture de ceux déjà existants, assoupli les conditions d'admissibilité et augmenté substantiellement les taux réels des prestations[200].

Les programmes qui ont alors été introduits sont le Régime d'assistance publique du Canada, le Supplément de revenu garanti, le Régime de pension du Canada, le Régime des rentes du Québec et les Allocations familiales du Québec. Ceux qui furent restructurés sont le programme d'assurance-chômage avec la *Loi de l'assurance-chômage* de 1971 et les Allocations familiales du fédéral.

Au milieu des années 70, le ralentissement de l'activité économique, l'augmentation des taux de chômage et la croissance des dépenses publiques ont rapidement amené le gouvernement fédéral à freiner l'expansion des programmes sociaux et à appliquer plusieurs mesures restrictives dans les programmes relevant de sa juridiction. Ainsi, les allocations familiales ont été réduites en faveur d'un crédit d'impôt pour enfant qui profite aux ménages à faibles revenus et la *Loi de l'assurance-chômage* a subi de nombreuses restrictions de 1976 à 1981. Ces restrictions ont porté sur le

taux de remplacement des salaires, qui est passé de 66 % à 60 %, sur les conditions générales d'admissibilité (on est passé de 8 semaines de travail à 15 ou 20 semaines, selon le taux de chômage régional) et sur les pénalités pour départ volontaire, qui atteignent maintenant de 3 à 6 semaines.

Pour sa part, vers la fin des années 70, le gouvernement du Québec a mis en oeuvre différents programmes: pensons, entre autres, à l'indemnisation des accidentés de la route par le Régime d'assurance automobile (1977), au Supplément au revenu du travail (1979) et à la *Loi de la santé et de la sécurité au travail* (1979). Puis, au début des années 80, le gouvernement a introduit l'Allocation logement pour les personnes âgées (1980), le Remboursement d'impôt foncier (1981) et l'Allocation de disponibilité.

Avec la récession économique du début des années 80, le financement des programmes sociaux est devenu de plus en plus problématique. La croissance de la dette fédérale, le ralentissement de l'augmentation des recettes gouvernementales et l'accélération des dépenses de soutien et de protection du revenu ont modifié les ressources destinées aux programmes de sécurité du revenu. C'est ainsi qu'on a réaffecté ces ressources à des programmes de lutte contre le chômage, comme les suppléments salariaux et la création directe d'emplois.

Jusqu'à maintenant, les programmes de sécurité du revenu ont permis d'assurer aux ménages québécois une protection financière contre les risques sociaux et de réduire de façon importante la pauvreté dans notre société. De 1961 à 1977, selon les seuils révisés de Statistique Canada, le nombre de familles sous le seuil de la pauvreté est passé de 20,2 % à 10,6 %. Durant cette période, la part des transferts publics a plus que doublé dans le revenu des ménages à faibles revenus, passant de 27 % à 56 %[201]. Il faut néanmoins reconnaître que l'importance croissante des programmes de transferts publics ne semble pas avoir réussi à diminuer les inégalités dans la répartition des revenus. La part du revenu total détenu par les 20 % les plus pauvres semble être demeurée stable au cours des dernières décennies. Elle n'est en effet passée que de 3,4 % à 3,7 % de 1967 à 1979.

Plusieurs rapports de commissions d'enquête et de commissions d'étude reconnaissent aujourd'hui que les programmes de transfert aux personnes sont mal adaptés aux nouvelles réalités sociales. Pour certains, ces programmes doivent être maintenus, élargis et consolidés de façon à pallier

à la précarité croissante des emplois et aux inévitables difficultés que rencontrent les bénéficiaires de ces programmes à réintégrer le marché du travail. Ces programmes devraient même inclure les femmes au foyer qui apportent une contribution au développement économique et social, et prévoir des moyens incitatifs particuliers pour les chefs de famille monoparentale. Les bénéficiaires de ces programmes recevraient ainsi un revenu direct suffisant de l'État, ce qui éviterait des coûts financiers supplémentaires reliés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociales. Il reste que la solution à tous ces problèmes serait une véritable politique de plein emploi. C'est la thèse mise de l'avant par le Conseil canadien de développement social, le Conseil national du bien-être social et plusieurs organisations syndicales québécoises et canadiennes. D'autres, telles la Commission Forget et la Commission MacDonald, proposent que les programmes de transfert comme l'assurance-chômage soient ramenés à leurs objectifs de départ, à savoir fournir un soutien financier pour de courtes périodes et à des fins spécifiques, et que, parallèlement, soit mis en place un programme de soutien du revenu.

Par ailleurs, selon plusieurs études récentes, dont le Livre blanc sur la fiscalité des particuliers (1984), les taux d'imposition élevés des revenus des particuliers ont changé à la longue le comportement des contribuables. Ces derniers cherchent à diminuer leurs revenus imposables par divers moyens: rémunération plus importante en avantages sociaux non imposables, développement d'une économie parallèle qui échappe à la réglementation du travail et à la fiscalité, pressions politiques pour que l'État adopte des programmes qui contrecarrent les effets des taux d'imposition (épargne-actions, subventions aux entreprises, tarif aux importations, etc.). La diminution des revenus imposables a pour conséquence de réduire les ressources publiques consacrées au financement des programmes[202].

Malgré la reprise de l'activité économique au cours des dernières années, la situation des finances publiques ne s'améliore que lentement: le déficit fédéral se maintient toujours à des niveaux records (32 milliards en 1985-1986) et les taux de chômage demeurent fort élevés. Ce contexte économique et l'évolution des besoins de la population au cours des dernières années engendrent des pressions importantes sur les finances publiques.

En somme, les politiques sociales, notamment celles relatives à la sécurité du revenu et aux programmes de transfert aux personnes, soulèvent des défis majeurs. Selon le C.D. Howe Institute[203], l'État devra tôt ou tard hausser ses taux d'imposition et de cotisation si l'on veut conserver

aux programmes les barèmes et les conditions d'admissibilité actuels. Toutefois, l'augmentation des taux d'imposition et de taxation est susceptible de ralentir la reprise économique, de déstabiliser la position concurrentielle du Canada sur le marché international et de mettre davantage en péril le financement des programmes sociaux.

Selon ces organismes, la solution au financement de ces programmes résiderait dans un accès plus sélectif, afin de ne pas hypothéquer les générations à venir. De plus, il faudrait établir un lien entre les politiques sociales et les politiques économiques afin d'encourager ceux qui le peuvent à retourner sur le marché du travail et de réserver les programmes sociaux aux populations les plus vulnérables, notamment, les personnes âgées, les familles monoparentales, les jeunes adultes et les travailleurs âgés aux prises avec des difficultés d'intégration au marché du travail.

En somme, la conjoncture économique actuelle et la situation des finances publiques amènent plusieurs analystes à réaffirmer l'importance des interventions de l'État dans le secteur des politiques sociales. Néanmoins, des modifications importantes s'imposent si la société entend maintenir son engagement quant à la protection du revenu. Pour certains, la solution passe par un accès plus sélectif aux programmes sociaux, ceux-ci devant être réorientés en vue de faciliter l'intégration des bénéficiaires à la vie sociale et économique. Pour d'autres, la solution passe par l'élaboration d'une politique de plein emploi.

2. L'évolution des interventions de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux

2.1 Avant la réforme des années 70

À la fin du 19e siècle, le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral n'intervenaient que très peu dans le secteur de la santé et des services sociaux. La première intervention significative du gouvernement du Québec dans le secteur des services a eu lieu en 1921 par l'adoption de la *Loi de l'assistance publique*. Cette loi assurait les frais d'hospitalisation des indigents et, de façon indirecte, soutenait le financement des hôpitaux.

Les municipalités, quant à elles, ont progressivement été dépassées par l'augmentation des besoins dans le domaine de la santé et de l'hygiène publiques et ont réclamé de l'aide pour faire face à leurs responsabilités. C'est pourquoi, le gouvernement du Québec créa les unités sanitaires. La *Loi des unités sanitaires* de 1933 marque le début de l'intervention du Québec dans le secteur de la santé publique et entraîne la création du

ministère de la Santé en 1936. Jusqu'à la fin des années 60, la principale fonction du Ministère sera de veiller à l'administration des unités sanitaires.

Du côté des services sociaux, la première intervention significative du gouvernement du Québec s'est faite au cours des années 40. À cette époque, certaines agences de service social créées par l'Église furent en effet reconnues et financées par le gouvernement.

Le contexte social des années 1950-1960 a amené la dénonciation des inégalités sociales et de l'arbitraire des instances politiques et patronales; il a suscité par le fait même l'avènement du droit social et de nouvelles valeurs. Ce mouvement a incité les gouvernements à consacrer des ressources importantes aux services de santé et aux services sociaux dans le but de réduire les inégalités d'accès aux services entre les riches et les pauvres et entre les populations urbaines et les populations rurales. Les gouvernements sont également intervenus sur le plan de la rationalisation de l'organisation et de l'administration des services.

2.1.1 Les services sociaux

Ce n'est qu'au cours des années 70 que l'action du gouvernement devient vraiment déterminante dans l'organisation et la dispensation des services sociaux. Néanmoins, les bases de cette intervention avaient été jetées au cours des années 50 et 60.

En 1951, le Québec adopta sa première *Loi sur la protection de la jeunesse*. Cette Loi visait à protéger les enfants exposés à des dangers physiques ou moraux et permettait aux juges de la Cour du bien-être social d'enquêter et de prendre les décisions nécessaires au plus grand bien de l'enfant. La loi de 1951 constituait une étape importante en matière de reconnaissance des droits des enfants. Elle établissait la nécessité d'intervenir dans l'univers familial et de substituer l'autorité juridique à l'autorité paternelle lorsque la protection de l'enfant le requérait.

Puis, en 1963, la publication du rapport Boucher sur l'assistance publique marqua de façon décisive les orientations du gouvernement en matière de services sociaux. Ce rapport insistait sur les limites auxquelles faisaient face les organismes privés dispensant les services sociaux et sur la nécessité que l'État intervienne afin que ces services soient mieux organisés et planifiés. Les recommandations du rapport Boucher incitèrent le gouvernement du Québec à créer, en 1965, le ministère de la Famille et du

Bien-être social, et elles inspireront profondément les projets mis de l'avant au cours des années 60.

Ainsi, en 1969, le Québec révisa sa *Loi de l'adoption* et donna aux services sociaux, tout d'abord à la Société d'adoption du Québec, puis aux centres de services sociaux, la responsabilité de choisir les requérants, de décider du placement et de présenter au tribunal la demande d'adoption.

Au cours des années 60, la participation financière de l'État aux services sociaux prit de plus en plus d'importance. À la fin de cette décennie, le gouvernement du Québec finançait déjà une part importante des services sociaux dispensés par des organismes privés à but non lucratif, confessionnels pour la plupart, et par des organismes privés à but lucratif.

La création du ministère de la Famille et du Bien-être social, la révision de la *Loi de l'adoption* et l'adoption de la *Loi de l'aide sociale* (1969) donnèrent une nouvelle impulsion à la pratique sociale. Le service social délaissa alors le champ de l'assistance financière pour se tourner résolument vers une pratique où l'intervention professionnelle se fit moins moralisatrice; il se préoccupa de l'environnement de la personne et l'on vit naître et se développer les courants d'animation sociale.

2.1.2 Les services de santé

La première véritable politique de services dans le secteur de la santé fut adoptée à la fin des années 50. Le gouvernement fédéral, s'inspirant de l'exemple de la Saskatchewan, adoptait en 1958 le programme national et universel d'assurance-hospitalisation, un programme à frais partagés entre le fédéral et les provinces. De 1958 à 1961, tous les gouvernements provinciaux acceptèrent d'y participer.

L'entrée en vigueur en 1961, au Québec, du programme d'assurance-hospitalisation provoqua une augmentation importante de l'ensemble des coûts des services hospitaliers. Cette hausse provenait d'un rattrapage salarial et d'une augmentation sensible du nombre des hospitalisations. En effet, les services externes des hôpitaux, dits services ambulatoires, n'étant pas couverts par l'assurance-hospitalisation, les médecins avaient tendance, pour éviter des frais à leurs patients, à hospitaliser pour des examens de routine et des traitements légers. De 1961 à 1965, les coûts de l'assurance-hospitalisation ont donc doublé, passant de 140 millions à 280 millions de dollars[204].

Finalement, le gouvernement du Québec élargit, en 1966, la couverture de l'assurance-hospitalisation aux services d'urgence, à la radiothérapie, à la physiothérapie, aux services externes de radiologie et de laboratoire, de même qu'aux services sociaux offerts aux malades hospitalisés. Il adopta également la *Loi de l'assistance médicale* afin d'assurer aux bénéficiaires de l'aide sociale la gratuité des services médicaux ambulatoires. Quant au gouvernement fédéral, il adoptait, en 1966, le régime national et universel d'assurance-maladie, un programme à frais partagés qui allait avoir une incidence certaine sur la réforme à venir au Québec.

C'est, par ailleurs, à cette même époque que divers groupes d'intérêt se constituent ou se restructurent. On note, par exemple, la création de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Les travailleurs du milieu hospitalier choisissent de se syndiquer et adhèrent massivement à la Confédération des syndicats nationaux (CSN). C'est aussi l'époque des premières grèves des travailleurs du milieu hospitalier et des médecins.

La présence de plus en plus importante du gouvernement dans l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux et l'émergence de groupes d'intérêt bien structurés créaient une conjoncture politique et sociale propice à la rationalisation de l'organisation et de l'administration des services de santé et des services sociaux.

2.2 La réforme des services de santé et des services sociaux

En 1966, le gouvernement du Québec créait la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu). Les recommandations de cette Commission menèrent le gouvernement du Québec à adopter en 1970 le régime universel d'assurance-maladie et à réorganiser en profondeur le système de dispensation des services de santé et des services sociaux.

La Commission Castonguay-Nepveu proposait de démocratiser l'accès aux services et de les intégrer dans un système planifié et coordonné afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population et de mieux répondre à ses besoins. Selon ce rapport, la rationalisation et la démocratisation des services passaient par l'universalité d'accès, la médecine globale, la complémentarité des services, la prévention des maladies et des inadaptations sociales, l'action communautaire, la participation des usagers et des travailleurs à l'organisation des services, la décentralisation des processus de décision, l'insertion des services dans les communautés

locales et la multidisciplinarité qui exigeait la réduction des écarts de statut entre les professionnels.

La réforme s'enclencha en 1970 et en moins de quatre ans, toute la législation dans le domaine de la santé et des services sociaux fut révisée en fonction des principes de démocratisation et de rationalisation mis de l'avant par la Commission. Plusieurs lois importantes furent alors adoptées, dont la *Loi de l'assurance-maladie*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le *Code des professions*, la *Loi de la protection de la santé publique* et la *Loi de la protection du malade mental*. Les principaux changements furent les suivants:

- l'accessibilité universelle aux services sociaux et aux services de santé comme le stipule l'article 4 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- la création du ministère des Affaires sociales (MAS) qui regroupait le ministère de la Santé et le ministère de la Famille et du Bien-être social. Le MAS se vit confier le rôle d'établir les priorités et de planifier, de contrôler et d'évaluer les programmes et les services;
- la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), qui devaient être la porte d'entrée du réseau et favoriser la collaboration entre les médecins, les travailleurs sociaux, les infirmières et les organisateurs communautaires pour prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et des besoins de santé d'une population locale;
- la création des centres de services sociaux (CSS), où étaient intégrés les travailleurs sociaux des agences de service social, des écoles, des hôpitaux, des centres d'accueil et de la Cour du bien-être social. Le regroupement des services sociaux dans les CSS devait pallier leur morcellement et l'inégalité de leur développement et permettre une meilleure planification des programmes. De plus, la collaboration entre les CSS et les CLSC reposait sur le principe de la complémentarité des services, les CLSC devant offrir des services sociaux généraux et les CSS devant assurer les services spécialisés;
- la création des départements de santé communautaire (DSC) qui ne devaient pas fournir de services directs à la population, mais contribuer à assurer la santé publique par des études de besoins et par des études sur les facteurs déterminants des problèmes de santé. Ils devaient aussi voir à la coordination des efforts de la communauté sur leur territoire;
- la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), qui n'avaient au départ que des responsabilités consultatives;

- la création de l'Office des professions du Québec (OPQ), qui devait veiller à ce que les corporations professionnelles assument leur rôle de protecteur du public;
- enfin, la participation des usagers et des travailleurs à tous les conseils d'administration des établissements et la nomination de représentants du public au bureau des corporations professionnelles;

En somme, le système de services de santé et de services sociaux que l'on connaît aujourd'hui était mis sur pied.

2.2.1 Le financement et les établissements publics

Avec la réforme, le financement des services de santé et des services sociaux devenait public. De même, la gestion des établissements du réseau était confiée à des corporations publiques.

Le réseau des établissements publics de santé et de services sociaux s'est alors développé. Les établissements nouvellement créés dans le sillage de la réforme (CSS, CLSC) étaient de facto des organismes publics. Les centres hospitaliers (CH), les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres d'accueil de réadaptation (CAR) durent se transformer pour devenir aussi des établissements publics.

2.2.2 La structure actuelle des établissements du réseau

Au cours des années, le réseau des établissements évoluait et se complexifiait. Aujourd'hui, le réseau comprend:

- 122 centres hospitaliers de courte durée (CHCD), qui disposaient en 1986 de 27 000 lits; 41 d'entre eux sont affiliés à des universités;
- 41 centres hospitaliers de soins de longue durée publics (CHSLD) regroupant plus de 17 000 lits;
- 15 centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY) ayant 5 660 lits;
- 44 centres hospitaliers privés et conventionnés, c'est-à-dire soumis à des normes gouvernementales et financés en grande partie par l'État;
- 32 départements de santé communautaire (DSC);
- 155 centres locaux de services communautaires (CLSC) ayant plus de 6 000 employés équivalent temps plein en 1987;
- 17 centres de services sociaux (CSS) ayant plus de 5 000 employés équivalent temps plein en 1986;
- 422 centres d'accueil d'hébergement (CAH), dont 185 établissements privés, ayant près de 40 000 lits;

- 137 centres d'accueil de réadaptation (CAR) qui s'adressent à cinq clientèles: les jeunes mésadaptés socio-affectifs, les mères en difficulté, les personnes handicapées mentalement, les personnes handicapées physiquement et les personnes alcooliques ou toxicomanes; les CAR avaient plus de 9 000 places en 1986;
- 14 conseils régionaux (CRSSS), dont les établissements Kativik et cris.

En somme, le réseau comptait plus de 900 établissements en 1986; le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 1987-1988 est de 7 milliards de dollars.

2.2.3 La présence du secteur privé et des organismes communautaires

L'omniprésence du secteur public en matière de financement et d'organisation des services de santé et des services sociaux n'exclut pas pour autant le maintien d'un certain secteur privé ni le développement des ressources communautaires.

Même si la très grande majorité des établissements sont gérés par des corporations publiques, 185 centres d'accueil d'hébergement et 44 centres hospitaliers sont des établissements privés conventionnés ou auto-financés. De plus, malgré un financement public important, la population assume toujours directement certains coûts. L'usager défraie toujours les coûts des services dentaires et pharmaceutiques et de la chirurgie esthétique qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance-maladie. C'est également lui qui assume directement les coûts des services privés offerts par divers professionnels, tels que les psychologues, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les chiropraticiens et les opticiens. Il paie aussi directement les coûts relatifs au recours aux médecines douces et, enfin, une partie des coûts de son hébergement.

Certaines de ces dépenses peuvent être couvertes par des assurances privées. Ces assurances sont cependant sélectives. D'une part, elles ne sont pas accessibles aux personnes à risque élevé. D'autre part, elles ne s'obtiennent souvent que par des assurances de groupe, donc seuls les gens fortement intégrés au marché du travail peuvent en profiter. Certaines dépenses sont aussi déductibles d'impôt à titre de frais médicaux. Ainsi, en 1983, les contribuables québécois ont réclamé des déductions fiscales pour frais médicaux de 98 millions de dollars. Ce chiffre n'est qu'un indice des coûts privés de santé qu'assument directement les personnes. En effet, comme seules les dépenses excédant un seuil proportionnel aux revenus

peuvent être réclamées sous forme de déduction fiscale, ce chiffre est nettement en deçà de la réalité.

Un autre aspect de la présence du secteur privé dans l'organisation et la dispensation des services est le recours de plus en plus fréquent des établissements aux services et aux sources de financement privés. Ainsi, depuis quelques années, les établissements ont pris l'habitude d'utiliser des contrats de sous-traitance pour assurer certains services d'entretien ménager ou pour offrir des services de maintien à domicile aux personnes âgées. Ils ont aussi créé des fondations à but non lucratif chargées de collectes de fonds pour financer certains projets. Cette pratique, plutôt traditionnelle dans le secteur hospitalier et particulièrement du côté anglophone, s'est beaucoup répandue au cours des dernières années et tend à s'étendre aux centres d'accueil de réadaptation. En milieu hospitalier, de 1975 à 1985, une part importante des nouveaux investissements a été financée de cette façon, après approbation des instances publiques. Ces investissements peuvent avoir des répercussions sur les dépenses publiques, puisque, une fois le projet adopté, les frais de fonctionnement sont assumés à même le budget des établissements. Cet aperçu de la présence du secteur privé dans le domaine de la santé ne serait pas complet si l'on ne soulignait pas l'émergence et la popularité des médecines douces.

Par ailleurs, après une période d'adaptation parfois difficile qui a suivi la réforme des années 70, le secteur communautaire a redéfini ses rapports à l'État et a retrouvé un dynamisme et une vitalité indéniable. La contribution de ce secteur à la dispensation de services a été graduellement reconnue par le Ministère, son budget de soutien aux organismes bénévoles et communautaires passant de 5,5 millions en 1976 à 26 millions de dollars en 1986.

2.3 L'adaptation constante aux besoins de la population

Depuis la réforme des services de santé et des services sociaux, des ajustements constants ont été apportés à l'organisation des structures, aux politiques de services et à divers programmes élaborés en fonction de problèmes précis ou de clientèles particulières.

La croissance des dépenses publiques et le ralentissement de l'activité économique dont on a commencé à sentir les effets au milieu des années 70 ne sont pas étrangers aux changements survenus. Cependant, on ne peut présumer que l'ensemble des interventions du gouvernement et du Ministère, au cours des dix dernières années, provient de la seule volonté de contrôler les coûts. En fait, plusieurs objectifs ont guidé ces changements:

consolider le droit à la santé et aux services sociaux et augmenter l'accessibilité aux services médicaux, adapter les services aux besoins de clientèles particulières, intervenir dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé et rationaliser l'organisation et l'administration des services. Les efforts déployés pour améliorer l'accessibilité aux services et répondre aux besoins de la population se sont traduits par de nouveaux programmes et de nouvelles législations.

2.3.1 Deux nouveaux programmes: le programme d'assurance-médicaments et le programme de soins dentaires

Le programme d'assurance-médicaments fut introduit en 1970 pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Ce programme était à l'origine administré par les bureaux de l'aide sociale; aujourd'hui, il est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il assure, en outre, à l'ensemble des personnes âgées la gratuité des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste. Mais cette gratuité ne fut acquise que graduellement.

La première étape fut franchie en 1974. Les personnes âgées qui touchaient mensuellement le maximum de supplément du revenu garanti, soit environ 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus, eurent alors droit à la gratuité des médicaments. En 1975, deux autres groupes eurent accès à ce programme: les bénéficiaires de l'allocation aux conjoints[205] et toutes les personnes âgées qui touchaient partiellement ou totalement le supplément de revenu garanti. Le programme couvrait alors près de 60 % des personnes âgées du Québec. Enfin, en 1977, la gratuité des médicaments s'étendit à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Actuellement, environ 20 % de la population du Québec est protégée par le programme de gratuité des médicaments.

Seuls les médicaments prescrits et inscrits sur une liste sont couverts par le régime. Cette liste est dressée par le Conseil consultatif de pharmacologie et approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le programme a subi certaines modifications en 1982, le nombre des médicaments couverts ayant été réduit.

La gratuité des médicaments dans les hôpitaux est garantie par l'assurance-hospitalisation. Le gouvernement paie également les médicaments prescrits aux personnes atteintes de cancer, de maladies psychiatriques, de tuberculose, de diabète insipide, de fibrose kystique, d'hyperlipoprotéinémie primaire et de glaucome. De plus, il existe depuis 1982 un programme dit des « patients d'exception » administré par la RAMQ. Ce programme fournit gratuitement des médicaments non inscrits sur la liste quand la

gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Le programme de soins dentaires, quant à lui, s'applique aux enfants de 0 à 15 ans, aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes dont ils ont la charge. Ce programme a été instauré graduellement de 1974 à 1980. Dès son introduction, le régime d'assurance-maladie couvrait certains services de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier. En 1974, les services dentaires couverts par le régime d'assurance-maladie ont été élargis pour inclure les services diagnostiques, préventifs et curatifs requis par les enfants de moins de huit ans, qu'ils soient dispensés en milieu hospitalier ou non. Le programme de soins dentaires de 1974 prévoyait suivre cette cohorte d'enfants d'une année à l'autre en augmentant, d'un an par année, l'âge des enfants couverts.

En 1976, la couverture était étendue aux bénéficiaires de l'aide sociale et à leurs dépendants. En 1977, le processus de couverture des enfants s'accélérait et l'âge des enfants couverts augmentait de deux ans par année; ainsi, les enfants de 10 et 11 ans étaient intégrés au programme. En 1978, ceux de 12 et 13 ans en bénéficiaient. Puis le rythme d'intégration des enfants revint à celui de 1974. En 1979, ce fut le tour des enfants de 14 ans, puis en 1980, celui des enfants de 15 ans.

Depuis 1982, le programme de soins dentaires a fait l'objet de plusieurs modifications. La gratuité des services préventifs d'application topique de fluor n'est plus assurée pour les enfants de moins de 12 ans. En contrepartie, un service d'hygiéniste dentaire est instauré dans les CLSC et les DSC. C'est aussi en 1982 que le programme a cessé de garantir les services de restauration, d'endodontie, d'extraction des dents et des racines pour les enfants de 13 ans et plus, et que la gratuité des prothèses pour les bénéficiaires de l'aide sociale a cessé d'être assurée à moins qu'ils ne soient prestataires de l'aide sociale depuis au moins six mois. En 1984, à l'exception de certains services d'urgence, ce délai de six mois a été étendu à l'ensemble des services dentaires destinés aux bénéficiaires de l'aide sociale. Enfin, en 1986, le nombre de visites préventives gratuites pour les enfants est passé de deux à une par année.

Il faut signaler que, depuis 1975, la politique du Ministère en matière de prévention des caries dentaires favorise la fluoration des eaux. D'ailleurs, la *Loi modifiant la Loi de la protection de la santé publique* (Loi 88, 1975), obligeait les municipalités à procéder à la fluoration de l'eau. Par

suite du refus catégorique de la Ville de Montréal et des pressions du ministère de l'Environnement pour empêcher l'ajout des produits chimiques à l'eau, le moratoire de 1977 est venu soustraire les municipalités à l'obligation de fluorer leurs eaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a néanmoins conservé un programme de financement des municipalités pour les installations requises par la fluoration.

2.3.2 Les législations et les programmes visant des besoins ou des clientèles particulières

À partir de la deuxième moitié des années 70, de nombreuses législations ont eu pour effet de consolider davantage et de concrétiser le droit à la santé et aux services sociaux. Une première loi à entrer en vigueur fut la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* (1978) qui prévoyait la création de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Cette loi permet aux personnes handicapées d'accéder à des services mieux adaptés à leur état et favorise le retour et le maintien en milieu de vie naturel. Elle conduit graduellement à une meilleure intégration de la personne handicapée à la société.

Une deuxième loi à entrer en vigueur à cette époque fut la *Loi de la protection de la jeunesse* (1979). Cette loi a pour fondements le respect des droits des enfants, la responsabilité parentale et le maintien dans le milieu naturel. Elle fournit une description détaillée des circonstances qui permettent de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est en jeu. Elle confie la responsabilité de la protection à une personne, le directeur de la protection de la jeunesse, plutôt qu'à un établissement. Elle élargit, par ailleurs, le mandat du Comité de la protection de la jeunesse, créé en 1974, en lui confiant des pouvoirs de surveillance et de contrôle systématique dans les cas de mauvais traitements physiques et un rôle dans la prévention. Ainsi, le Comité de la protection de la jeunesse est devenu une sorte d'ombudsman de l'enfant.

Deux autres lois ne relèvent pas directement du secteur de la santé et des services sociaux. Néanmoins, les situations qu'elles cherchent à corriger ont des répercussions importantes sur ces services. Il s'agit de la *Loi de l'assurance automobile du Québec*, qui socialise les pertes encourues dans les accidents de la route, et de la *Loi de la santé et de la sécurité du travail* (1979), qui vise à diminuer à la source les risques d'accidents du travail. Ces deux lois sont orientées vers la prévention: elles traduisent la nécessité de se protéger collectivement contre les risques environnementaux qui influent sur l'état de santé de la population.

Le gouvernement fédéral, pour sa part, adopte en 1984 la *Loi des jeunes contrevenants*. Elle s'applique à tous les jeunes de 12 à 18 ans qui ont commis une infraction aux lois au sens du Code criminel. Cette loi s'inscrit dans la même perspective que la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Elle reconnaît les droits du jeune contrevenant et vise sa protection, sa réadaptation et son insertion dans la société. Même en contexte d'autorité, elle accorde une nette importance à une approche sociale des problèmes.

Dans le domaine des politiques, mentionnons d'abord la politique de maintien à domicile adoptée en 1979 qui reconnaît le principe d'accessibilité universelle et de gratuité des services de maintien à domicile. Ceux-ci permettent d'éviter un recours massif à l'hospitalisation et sont destinés aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes malades et à leur famille.

Des efforts considérables ont été déployés pour répondre aux nouveaux besoins découlant du vieillissement de la population. On a élaboré diverses versions d'une politique pour les personnes âgées, dont *Un nouvel âge à partager*. De plus, par sa politique de services à domicile, le Ministère cherche à préserver l'autonomie des personnes âgées, à maintenir ces dernières chez elles le plus longtemps possible et à leur éviter l'institutionnalisation.

Les efforts du Ministère ont aussi porté sur l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Ils se sont concrétisés par un énoncé de politique et un plan d'action qui concerne les enfants présentant une déficience motrice, visuelle, auditive ou mentale, ou des déficiences multiples, de même qu'aux enfants mésadaptés socio-affectifs.

Enfin, en 1985, le Ministère a déposé une politique d'aide aux femmes violentées qui couvre deux réalités, celle des femmes battues et celle des victimes d'agressions sexuelles. Cette politique poursuit trois objectifs majeurs: la reconnaissance du problème de la violence faite aux femmes, la reconnaissance du rôle joué par les groupes et les ressources du milieu, et la mise sur pied de services adaptés à cette clientèle à l'intérieur du réseau des services sociaux et des services de santé. On cherche particulièrement à développer une optique de concertation entre les divers partenaires concernés.

Plus précisément dans le domaine de la santé, mentionnons quelques initiatives visant à ajuster les services aux besoins de la population.

En 1973, par exemple, le Ministère développait une politique de périnatalité qui poursuivait quatre objectifs: faire passer la mortalité maternelle de 2,2 à 1,1 pour 10 000 naissances vivantes, faire passer la mortalité périnatale de 17,9 à 12,0 par 1 000 nouveau-nés d'un poids supérieur à 1 000 grammes, réduire la morbidité périnatale en augmentant la survie du plus grand nombre possible d'enfants normaux ou sans séquelle neurologique et faire passer la prématurité de 8,2 % à 4,5 %.

Pour atteindre ces objectifs, des mesures concrètes ont été prises: amélioration des soins prénatals (information des femmes enceintes, visites prénatales au premier trimestre, suivi des grossesses à risque élevé), amélioration des soins durant le travail et l'accouchement, concentration des accouchements à risque dans les unités périnatales, prévention et amélioration de la réanimation des nouveau-nés et implantation d'unités périnatales ultraspécialisées. Ces efforts n'ont pas été vains. Les décès chez les mères et les enfants ont fortement diminué et la connaissance des cas à risque élevé s'est nettement améliorée.

Dans le secteur de la santé mentale, plusieurs documents ont été publiés, dont *La santé mentale: à nous de décider*. De plus, trois comités ont été mis sur pied afin d'établir une politique de santé mentale et un plan d'action. Le dernier de ces comités, le Comité de la politique de santé mentale (Comité Harnois) vient de publier son rapport, *Pour un partenariat élargi*.

Au cours des années 70 et 80, les efforts du Ministère ont aussi porté sur la réintégration des patients psychiatriques dans leur milieu naturel, mouvement qu'on a appelé désinstitutionnalisation. Par ailleurs, le Ministère a aussi cherché à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques en formulant des orientations que l'on retrouve dans le document *Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés*.

En somme, depuis la réforme des années 70, des efforts constants ont été déployés pour mieux cerner les besoins de clientèles particulières, pour faciliter leur accès à des services mieux adaptés et pour encourager la prévention, l'insertion sociale et la réadaptation.

3. Le Ministère: son mandat, ses responsabilités et ses rapports avec les établissements

La réforme du système de santé et de services sociaux a donné lieu à la création du ministère des Affaires sociales (MAS), résultat de la fusion du

ministère de la Santé et du ministère de la Famille et du Bien-être social. Pour assumer les nombreuses responsabilités qui lui ont été confiées au début des années 70, le Ministère peut compter sur un certain nombre d'organismes consultatifs et administratifs. En plus de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et de l'Office des professions du Québec créés au moment de la réforme, plusieurs autres organismes ont été mis sur pied, notamment, le Conseil des affaires sociales et de la famille, le Conseil consultatif de pharmacologie, le Fonds de recherche en santé du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale, l'Office des services de garde à l'enfance et l'Office des personnes handicapées du Québec.

Les mandats confiés au Ministère depuis sa création sont demeurés sensiblement les mêmes. Il s'est néanmoins vu départir d'un certain nombre de responsabilités dont principalement la gestion du régime de l'aide sociale, mais aussi la gestion des services de garde et des politiques de santé et sécurité au travail. Le régime de l'aide sociale fut confié en 1981 au ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre. Ce transfert de responsabilité a entraîné la division de ce dernier ministère en deux nouveaux ministères, celui du Travail et celui de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (MMSR). En 1985, à la suite de ce transfert, le MAS a été rebaptisé et est devenu le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le MSSS est donc toujours responsable de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux, de même que de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques relatives à son secteur. Il doit aussi surveiller l'application de ces politiques et en coordonner l'exécution. Ce mandat confère au Ministère la responsabilité de définir les besoins de la population et de s'assurer de l'accessibilité universelle aux services.

Parmi les responsabilités inhérentes à son mandat, le MSSS doit voir au respect des enveloppes budgétaires qui lui sont confiées. Cette responsabilité lui confère un rôle majeur dans le financement du réseau, autant comme pourvoyeur de ressources que comme contrôleur des dépenses.

Le Ministère a donc deux grandes responsabilités: répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux par l'élaboration de lois, de politiques, de services et de programmes, et contrôler les dépenses des diverses composantes du réseau par l'utilisation rationnelle des ressources dans les limites des enveloppes budgétaires allouées. Les relations du Ministère avec le réseau sont fonction de cette double responsabilité.

3.1 L'obtention des ressources financières

S'il entend répondre aux besoins de la population, le MSSS doit obtenir les ressources financières nécessaires à l'exploitation du réseau et à la mise sur pied des programmes, des services et des organismes qu'il veut implanter. Cette démarche s'inscrit dans une logique à la fois politique et administrative. Le Ministre doit convaincre ses collègues du Conseil des ministres du bien-fondé de ses demandes. Les fonctionnaires du MSSS, pour leur part, doivent négocier avec ceux du Conseil du trésor en cherchant à les sensibiliser à la réalité et à la complexité des besoins auxquels doit répondre le réseau de services.

Ces tâches se sont révélées de plus en plus difficiles au fil des années, particulièrement depuis la récession économique du début des années 80, alors que le contrôle des dépenses publiques a occupé l'avant-scène des préoccupations gouvernementales. Dès lors, le Conseil du trésor a acquis une influence et des pouvoirs considérables auxquels le réseau des services de santé et des services sociaux n'a pas échappé. L'adaptation du Ministère à cette nouvelle réalité ne s'est pas faite sans heurts. En fait, elle a mis en relief la difficile opération qui consiste à distinguer les activités prioritaires de celles qui ne le sont pas.

La demande de ressources financières au sein de l'appareil gouvernemental fait donc partie d'une dynamique politique et administrative extrêmement complexe. À certains moments, ce sont les stratégies des fonctionnaires qui l'emportent; à d'autres, ce sont plutôt les rapports de force politiques. Ainsi, le Ministère a refusé de répondre à certaines requêtes du Conseil du trésor. Par exemple, en 1982, le Conseil du trésor demandait à tous les ministères de définir et de classer leurs activités par ordre de priorité et ce, afin de réduire les dépenses sur une période de trois ans. Affirmant que la demande accrue de services et l'ampleur des besoins ne justifiaient pas un tel exercice, le Ministère refusa d'effectuer ce classement.

Par ailleurs, certains dossiers tels que le SIDA, les urgences, la protection de la jeunesse font souvent l'objet de débats publics et politiques. Ces débats sont aussi stimulés par l'action de divers groupes de pression présents dans le milieu (associations d'établissements, fédérations médicales, corporations professionnelles, syndicats, organisation de citoyens ou d'usagers). Ce contexte donne aux dossiers du Ministère une couleur politique à laquelle le Conseil du trésor peut difficilement rester insensible.

3.2 Les mécanismes de contrôle

Les responsabilités du Ministère l'amènent aussi à s'assurer que les établissements remplissent leur mission, qu'ils se conforment à ses priorités et à ses orientations et qu'ils respectent les budgets qu'on leur a confiés.

Pour ce faire, le MSSS a émis un ensemble de règles et de directives qui portent sur l'organisation des établissements, sur les ressources humaines et matérielles, sur les activités et les programmes et sur les modalités de gestion des divers fonds compris dans le budget des établissements. Ces règles et directives s'ajoutent à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et à ses règlements qui régissent les structures, les modalités de fonctionnement des établissements et les procédures budgétaires. Elles s'ajoutent aussi, en matière budgétaire, aux directives émises par le Conseil du trésor.

Les directives et les règlements du MSSS visent à lui permettre de s'assurer que les établissements remplissent leur mission. Les établissements trouvent ces interventions très contraignantes. Par ailleurs, comme les établissements ont une existence juridique autonome, le Ministère a le sentiment de ne pas avoir d'autorité directe sur eux. Ainsi, malgré l'ensemble des règles et des directives dont ils font l'objet, les établissements conservent une marge de manoeuvre significative. Cette situation limite donc la capacité du Ministère à s'assurer que le réseau respecte ses orientations et ses priorités.

Récemment, en créant le poste d'agent de liaison, le MSSS cherchait à maintenir un contact vigilant, mais harmonieux et cohérent, avec les instances locales. Pour ce faire, l'agent de liaison s'est vu confier deux fonctions: voir au développement des programmes et s'assurer du respect de l'enveloppe budgétaire confiée à l'établissement par le Ministère. L'agent de liaison a donc un rôle fondamental, celui d'intermédiaire et d'interprète entre deux unités d'action autonomes. Ce rôle requiert une connaissance approfondie des établissements et des orientations globales du Ministère. De plus, l'agent de liaison doit composer avec la présence du ou des représentants du conseil régional.

L'expérience des agents de liaison est encore trop récente pour être évaluée. Néanmoins, il faut reconnaître que les agents de liaison font face à des difficultés majeures. D'une part, ils n'ont pas toujours accès, au sein du MSSS, aux informations dont ils ont besoin. Ainsi, ils se font régulièrement court-circuiter par les établissements, qui s'adressent direc-

tement aux sous-ministres. D'autre part, il semble difficile qu'une seule personne puisse assumer les deux grandes responsabilités du Ministère. L'agent de liaison a tendance ou à devenir l'allié des établissements, et alors il perd, aux yeux du MSSS, l'objectivité que nécessite sa fonction, ou à exercer un contrôle méticuleux des établissements, et il perd la confiance de ces derniers.

Par l'introduction des agents de liaison, le MSSS espère concilier ce qu'il a toujours vécu comme une contradiction profonde, répondre aux besoins de la population, développer le réseau et limiter les coûts. Les agents de liaison n'ont pas encore réussi à relever ce défi. Compte tenu de leur position hiérarchique, l'enjeu est peut-être trop élevé. Quoi qu'il en soit, la conciliation des responsabilités de développement et de contrôle demeure un dilemme profond au Ministère et un défi majeur pour les années à venir.

Chapitre 2

Le réseau d'établissements

Introduction

La morphologie du système de services de santé et de services sociaux que la société québécoise s'est donné à la suite des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu a beaucoup changé depuis maintenant presque 20 ans.

Ce mouvement dynamique avait déjà commencé à se faire sentir dans le processus d'adoption et de mise en oeuvre de la réforme. Ainsi, les centres locaux de santé du départ sont devenus les centres locaux de services communautaires. Les organismes régionaux qu'on voyait puissants et décentralisés ont dû commencer leur carrière de façon plus modeste.

Certains de ces changements ne sont pas toujours allés non plus dans le sens anticipé: les CLSC, par exemple, devaient constituer la porte d'entrée principale du réseau; mais n'ayant été présents partout sur le territoire que 15 ans après la création des premiers, ils ne purent y parvenir.

Les changements n'ont pas cessé depuis, ce qui a rendu difficiles l'adaptation aux nouveaux besoins de la population et l'adaptation progressive des structures à mesure que les nouveaux modèles mis sur pied par la réforme prenaient forme. L'histoire des établissements de santé et des services sociaux des deux dernières décennies a donc été mouvementée.

Dans les pages qui suivent, nous verrons comment les composantes institutionnelles du système ont évolué au cours de ces années et à quels défis elles font maintenant face.

1. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Lors de la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) à la fin de 1971, la grande majorité des Québécois et des

Québécoises ne savaient pas ce que ces organismes auraient pu être, et se doutaient encore moins de ce qu'ils allaient devenir.

Les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu promettaient un bel avenir à la régionalisation et à la décentralisation, soulignant qu'elles étaient des préalables à l'atteinte des objectifs fondamentaux du régime de la santé, à savoir l'amélioration de l'état de santé de la population et du milieu. Ces objectifs s'inscrivaient eux-mêmes dans une perspective plus large de développement social dont l'enjeu était le bien-être des membres de la société.

Afin que la présente section soit facilement compréhensible, il importe dès le départ de préciser le sens que nous donnerons à certaines expressions. Ainsi, nous entendrons par:

- décentralisation: délégation à un organisme ayant une personnalité juridique propre de pouvoirs et de responsabilités dérivant d'une ou de plusieurs missions de l'État, en l'occurrence en matière de services de santé et de services sociaux;
- décentralisation administrative: l'organisme décentralisé ne dispose d'aucun pouvoir fiscal, ni d'un pouvoir de réglementation; il est composé de personnes nommées;
- décentralisation politique: l'organisme décentralisé possède un pouvoir fiscal et un pouvoir de réglementation; il est composé de personnes élues.

À la fois, sur le plan administratif et sur le plan politique, la décentralisation peut être plus ou moins forte selon la nature et l'étendue des pouvoirs et des responsabilités délégués aux organismes décentralisés.

1.1 Les recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu)

Pour le secteur de la santé, la Commission recommandait une décentralisation administrative sur la base de trois régions, chacune étant dotée d'un office et d'un conseil régional de la santé. L'office (ORS) devait être une corporation publique accomplissant des tâches de planification, de programmation, de contrôle et de soutien administratif, en plus de jouer un rôle déterminant quant à la création et la mise en tutelle des établissements. Le conseil (CRS), quant à lui, devait redonner la souveraineté aux personnes dans le domaine de la santé, fournir un canal d'expression aux « sans voix » et constituer la conscience « extérieure » de l'organisation. Les orientations générales de l'ORS devaient lui être soumises pour

consultation obligatoire et périodique. De plus, les recommandations de la Commission prévoyaient une représentation importante de la population au sein des conseils d'administration de ces organismes.

La conception et l'organisation du système de services sociaux s'inspiraient de principes similaires: participation consultative des citoyens afin de connaître leurs besoins, participation décisionnelle des personnes et des groupes concernés à l'élaboration des projets et des programmes. La régionalisation s'articulait cette fois-ci sur la base des dix régions administratives créées en 1966, celle de Montréal se subdivisant en trois sous-régions. À l'intérieur de chacune de celles-ci, un office régional des services sociaux (ORSS) et un conseil régional des services sociaux (CRSS) devaient être créés. L'office établirait une planification et une programmation des besoins régionaux. Il posséderait entre autres des pouvoirs étendus en matière de financement et de budgétisation, de même qu'en ce qui concerne la création des établissements de services sociaux de son territoire. Le conseil aurait un rôle consultatif auprès de l'office de son territoire. Enfin, la Commission prévoyait la création de conférences régionales des établissements de services sociaux pour assister l'ORSS dans l'élaboration des programmes régionaux.

1.2 Naissance des conseils régionaux

La première version du *Projet de loi sur les services de santé et les services sociaux* (1971) ne retient pas l'idée de séparer dans des institutions différentes la santé et les services sociaux. Le législateur ne découpe plus le territoire québécois différemment selon qu'il s'agisse de la santé ou des services sociaux. Il regroupe les différents conseils et offices en un seul lieu: l'office régional des affaires sociales (ORAS). Ces derniers, au nombre de 12, occupent des territoires inéquitablement dotés en ressources socio-sanitaires. Ils n'ont plus aucun pouvoir de gestion ou de commandement en ce qui concerne les ressources monétaires, la création, la fusion ou l'abolition des établissements. Ils ont cependant à réglementer l'activité des institutions et sont obligatoirement consultés par le ministre lors de l'élaboration des programmes de développement. Le ministre Castonguay justifie alors la timidité de son projet de loi du point de vue de la décentralisation en invoquant l'inexistence d'un système de taxation locale et d'un système d'élection des responsables de l'administration des fonds publics; il constate également le manque de personnel compétent pour assumer une décentralisation plus poussée, le mauvais rendement des hôpitaux et la nécessité de contrôler dans l'immédiat la hausse des coûts. Les commentaires émis en commission parlementaire sur

la première version du projet de loi l'incitent toutefois à modifier profondément le rôle de cet organisme régional.

La version finale, qui sera adoptée le 24 décembre 1971, s'éloigne encore davantage des recommandations émises par la Commission. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) ont des pouvoirs relativement faibles et des fonctions relativement limitées. Ce sont des organismes consultatifs plutôt que de commandement; leurs pouvoirs administratifs sont pour ainsi dire inexistants. Enfin, les conseils d'administration des CRSSS font une large place aux représentants des établissements au détriment des représentants de la population.

1.3 Des débuts timides

En 1972 et 1973, l'organisation des élections des membres des conseils d'administration des établissements occupe une part importante des ressources, au demeurant fort réduites, des conseils régionaux. Au début de 1973, le ministère des Affaires sociales (MAS) leur demande de faire un inventaire des activités et des besoins de leur territoire en matière de services de santé et de services sociaux. Il leur demande également de répertorier les services d'urgence et de définir les besoins dans ce secteur d'activités. En mars 1974, il leur confie l'élaboration et l'implantation d'un système d'achat de groupe pour les établissements de leur territoire. Jusque-là, aucune prérogative gouvernementale n'a été déléguée aux CRSSS et les mandats confiés ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une décentralisation administrative très poussée.

En mai 1975, le Ministère délègue pour la première fois une certaine responsabilité aux CRSSS: l'étude, l'autorisation et le remboursement des demandes de réparations et de rénovations mineures dont les coûts seraient inférieurs à 50 000 $. L'autorisation est donnée à l'établissement par le CRSSS qui recommande au Ministère le paiement.

Au début de 1976, le Ministère annonce une série de mesures dont l'un des objectifs est le freinage de l'augmentation des coûts de la santé. L'une de ces mesures concerne les projets d'immobilisation et d'équipement des centres hospitaliers publics. Elle confie aux CRSSS la responsabilité d'autoriser et de financer les projets de construction, de réaménagement et d'équipement inférieurs à 1 000 000 $. Pour financer ces projets, un fonds égal à 45 % des revenus des centres hospitaliers provenant des suppléments payés par les bénéficiaires désirant une chambre privée ou semi-privée est confié aux CRSSS, les établissements gardant pour eux un autre 45 % et le Ministère se réservant 10 % pour la péréquation inter-

régionale. Cette formule, en plus de faire entrer de plein pied les CRSSS dans le secteur névralgique des décisions d'allocation des ressources, établit de fait une enveloppe fermée pour le financement de ces projets.

1.4 Une période intense de décentralisation administrative (1977-1981)

Pour l'ensemble de la période 1977-1981, le mouvement de décentralisation administrative se traduit par le fait que le législateur et le gouvernement confient aux CRSSS, et dans certains cas à certains CRSSS seulement, des mandats dont l'importance va en augmentant jusqu'en 1980. Il semble que le Ministère veuille surtout faire jouer aux CRSSS un rôle de gestionnaire en les intégrant de plus en plus dans le processus administratif. Le rôle d'organisme consultatif, bien que toujours présent dans la loi, tend à s'estomper au profit de celui d'administrateur se situant entre le Ministère d'une part, les établissements et la population d'autre part.

Cette volonté de décentralisation administrative vers les CRSSS s'accompagne d'une décentralisation administrative vers les établissements; non que ceux-ci reçoivent individuellement de nouveaux pouvoirs, mais ils sont collectivement associés à la prise de décision régionale, via la mise sur pied en 1977 des commissions administratives régionales, véritables lieux de rencontre entre les établissements et leur conseil régional.

En 1978, le gouvernement pousse plus loin la décentralisation vers les CRSSS en confiant notamment à ceux-ci le pouvoir d'approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers affiliés aux universités. L'arrêté en conseil 3179-79 vient confirmer ce mouvement en confiant des mandats relativement importants aux conseils régionaux eu égard à l'élaboration des priorités régionales et des plans de mise en oeuvre des politiques concernant la réadaptation, la santé mentale, les services relevant des CLSC, les services à domicile et le transport ambulancier. En 1980, les projets-pilotes de l'Estrie et du Saguenay – Lac St-Jean visent à intégrer ces CRSSS à la majorité des étapes du processus de prise de décision relativement aux services dispensés dans leur région. Cependant, pour la majorité des mandats les plus déterminants, c'est à titre de conseiller du ministre et non de « preneur de décisions » que s'inscrivent ces conseils.

En février 1981, la mise sur pied du centre de coordination des urgences de la région de Montréal métropolitain est l'occasion pour le Conseil des ministres de confier au CRSSSMM des mandats relativement importants en matière de décentralisation administrative. Il en va de même

pour les mandats concernant les locations d'espace et les achats d'équipements immobiliers par l'ensemble des CRSSS. Enfin, les CRSSS seront associés à l'opération « Plan de redressement ».

1.5 Un ralentissement du processus de décentralisation (1981-1985)

Le *Projet de loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* (Loi 27) qui fut déposé à l'Assemblée nationale le 19 novembre 1981 confie aux CRSSS des mandats relativement peu importants du point de vue de la décentralisation. Les mandats déterminants, de ce point de vue, concernent les services d'urgence: établir les politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires, fixer les normes de fonctionnement des services d'urgence ainsi que les normes d'utilisation et de distribution des lits. Il y a, par ailleurs, une modification substantielle de la composition du Conseil d'administration des CRSSS de façon à donner plus de place aux représentants de la population.

Par la suite, le processus de décentralisation administrative s'est ralenti, du moins jusqu'en 1985. Les conseils régionaux se sont vus confier durant cette période peu de mandats significatifs en matière de décentralisation, ce qui ne veut pas dire cependant qu'ils n'ont pas dû consacrer à ces nouveaux mandats une part importante de leurs ressources.

En 1986, le règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements indique que, dans le cas des centres hospitaliers et des centres d'accueil, la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires doit être soumise à l'approbation du conseil régional. Il vient élargir le mandat des conseils régionaux en obligeant les établissements à leur soumettre leurs critères d'admission et de sortie non seulement pour les services d'urgence, mais pour l'ensemble des services.

Une autre série de mandats confiés à certains CRSSS concerne le plan d'ensemble des mesures de désengorgement des salles d'urgence. Les conseils régionaux concernés agiront à titre de maître d'oeuvre de la mise en place des mesures, en concertation avec les services concernés du Ministère. Par exemple, le gouvernement leur confie le mandat de suivre l'évolution de la situation des services d'urgence dans les CH et d'intervenir au besoin. De plus, chaque établissement doit démontrer au conseil régional concerné comment il entend affecter les crédits du MSSS pour résoudre chez lui le problème de l'engorgement de l'urgence. Ils se voient également confier le suivi de l'application des mesures retenues et leur

contrôle, laissant au Ministère la réévaluation constante de la pertinence de ces mesures. Sur le plan de la décentralisation, ces mandats sont relativement importants puisqu'ils concernent les orientations et la nature même d'une partie du système des services de santé et des services sociaux.

1.6 Les principales constatations

En quinze ans, les conseils régionaux sont passés du statut d'organisme consultatif à celui d'organisme de gestion. Toutefois, les mandats de gestion que leur ont confiés le législateur et le Ministère durant cette période portaient pour la plupart sur des niveaux de contrôle relativement peu déterminants sur le plan de la décentralisation. En fait, les CRSSS ont développé une culture organisationnelle tournée vers l'administration.

Un second constat: plusieurs représentants d'établissements craignent de perdre leur autonomie si ce type de décentralisation se poursuit. Paradoxalement, l'intérêt marqué pour les commissions administratives régionales en tant qu'outils permettant de faire contrepoids à ce processus de centralisation régionale n'est pas sans fondement. En fait, la très grande majorité des établissements sont d'accord avec la décentralisation régionale s'ils sont largement représentés et écoutés.

Un troisième constat: la décentralisation administrative vers les CRSSS n'est pas un processus enclenché de façon uniforme dans toutes les régions. Cette façon expérimentale et évolutive d'aménager le partage des pouvoirs et responsabilités a permis l'instauration de conseils régionaux de types différents.

Une population qui participe sans décider, voilà un autre constat important. La décentralisation administrative des 15 dernières années n'a pas permis la participation de la population, la prise en charge du milieu par et pour lui-même. Le rôle de la population au sein des conseils d'administration, tant des CRSSS que des établissements, est unanimement jugé de peu d'importance. Le peu de place fait jusqu'à maintenant à la consultation de la population dans le processus d'élaboration des directives et politiques socio-sanitaires, l'intérêt moindre, que portent les CRSSS à leur rôle d'animateur du milieu, la tiédeur de la plupart des permanents d'établissements à l'idée de voir la population davantage engagée au niveau régional, enfin le peu d'intérêt manifesté par la majorité des CRSSS à servir d'instrument de pression de la population sur les établissements ou le Ministère sont autant de faits corroborant ce constat. Il faut souligner cependant que, depuis peu, certains CRSSS ont adopté ou songent à

adopter comme priorités celles qui se dégagent d'une vaste consultation de la population régionale.

1.7 L'impasse actuelle

À la lumière des études réalisées à ce jour, des mémoires soumis à l'attention de la Commission et des nombreuses consultations effectuées sur ce sujet, il apparaît à la plupart que si la régionalisation est un phénomène réel et bien vivant dans le réseau de la santé et des services sociaux, comme en beaucoup d'autres domaines, les conseils régionaux sont, quant à eux, dans une impasse. Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer pourquoi cette structure a eu tant de difficultés à faire sa place au soleil à l'intérieur du réseau socio-sanitaire.

La première a trait à l'ambiguïté même du mot décentralisation qui fait référence tantôt aux notions d'autonomie, de démocratie de la base, tantôt à celles d'efficacité administrative de l'appareil d'État. On comprend mieux pourquoi certains CRSSS ont développé le type déconcentré ou, à l'autre extrême, le type gouvernement régional: ces deux positions se justifient selon le sens que l'on prête à la décentralisation administrative.

La seconde raison concerne le chevauchement des rôles, fonctions et responsabilités du Ministère et des conseils régionaux. Aucun document officiel n'a, à ce jour, défini ce qui revient à l'un et aux autres. Une troisième raison a trait au mode de fonctionnement du Ministère qui consiste à vouloir planifier, contrôler et évaluer les services dispensés par les professionnels et les établissements. Cette façon de faire entraîne souvent l'instauration de différents réseaux de pouvoirs parallèles entre certains fonctionnaires du Ministère et les établissements, ce qui court-circuite régulièrement les conseils régionaux et ce, même à l'intérieur de mandats ayant déjà été décentralisés à leur niveau. Si l'on ajoute à cela le pouvoir politique important des gros établissements, à la fois sur les médias et la population, il n'est pas surprenant de constater que la crédibilité des conseils régionaux est souvent mise en doute.

Par ailleurs, il faut rappeler que durant la décennie 70, le contexte des relations fédérales-provinciales, et plus généralement du fédéralisme canadien, n'était pas de nature à encourager le transfert de pouvoirs et responsabilités accrus du niveau provincial au niveau régional. Une telle démarche aurait affaibli le gouvernement du Québec à une époque où le gouvernement canadien était lui-même très présent au niveau régional, pas tellement dans le domaine de la santé et des services sociaux, mais plutôt dans le domaine économique.

Une autre raison expliquant la position relativement inconfortable des CRSSS aujourd'hui réside dans le fait que beaucoup de problèmes, sans égard à leur importance, remontent au Ministère et au ministre.

Il faut également souligner le contrôle serré des dépenses socio-sanitaires exercé à la fin des années 70 et au début des années 80. Ce contrôle des coûts par le gouvernement central représente une contrainte majeure à la décentralisation.

L'absence d'élus régionaux représente un autre facteur explicatif de la situation précaire des conseils. En effet, le CRSSS est confronté d'une part au gouvernement de Québec, et de l'autre à celui des établissements mais aussi à celui de la population. À ces niveaux de pouvoir, le CRSSS oppose un territoire sans élu propre, la région, créée avant tout pour régionaliser l'administration des affaires provinciales. Le territoire des CRSSS, sans élu, est essentiellement administratif, artificiel par rapport aux lieux de pouvoirs réels que sont les niveaux provincial et local. De là provient la difficulté pour elle d'obtenir des appuis politiques à l'une ou l'autre de ses initiatives: il lui aura fallu préalablement les « vendre » à l'un ou l'autre des deux niveaux ou, mieux encore, aux deux, ce qui n'est pas chose aisée lorsque l'on sait que plus souvent qu'autrement leurs positions ne sont pas semblables.

En quinze ans d'existence, les conseils régionaux n'ont pu devenir des organismes très décentralisés. Les mandats qui leur ont été dévolus durant cette période sont, dans l'ensemble, relativement peu déterminants. Ils sont ainsi devenus de plus en plus gestionnaires au détriment du rôle qu'ils auraient pu jouer auprès de la population. Ils possèdent peu de pouvoirs exécutifs quant à la détermination ou la répartition des ressources budgétaires, la création, la fusion ou l'abolition des établissements, la définition des objectifs et des finalités du système. D'ailleurs ces pouvoirs leur sont contestés régulièrement par l'ensemble du réseau socio-sanitaire régional, par certains fonctionnaires du Ministère et même par la population. Les CRSSS sont maintenant dans une impasse et ne sauraient en sortir dans le cadre actuel de la décentralisation administrative.

2. Les centres hospitaliers de courte durée

Bien qu'on assiste depuis un certain nombre d'années à des mouvements en faveur des médecines douces, de la désinstitutionnalisation, de la contribution des organismes communautaires, le centre hospitalier occupe toujours une place importante dans le réseau et la communauté.

Cette observation largement partagée se reflète notamment dans la nature et la quantité des services offerts et des ressources disponibles dans les centres hospitaliers. Ces services sont à la fois multiples et variés. Parmi ceux-ci, l'accès à toute heure du jour à des soins médicaux via l'urgence accroît la crédibilité de l'institution et justifie l'importance des ressources qui lui sont consenties.

La disponibilité des services offerts en urgence confère à l'hôpital la caractéristique de porte d'entrée privilégiée dans un système de soins qui est loin d'être uniquement médical. On n'a qu'à songer au nombre de personnes âgées qui transitent par l'urgence pour accéder à un placement institutionnel, à de l'hébergement temporaire, à des services de soutien. D'ailleurs, la diversité des problèmes qui amènent quelqu'un à l'urgence est incompatible avec ce que devrait être un service d'urgence. Il s'en suit de l'insatisfaction chez les usagers, des dysfonctions dans les services et le besoin de ressources nouvelles.

La fréquence de consommation des services hospitaliers est demeurée relativement stable depuis 1976, quoique le nombre de jours-présence en centres hospitaliers soit passé progressivement de 15 794 727 en 1976-1977 à 18 040 770 en 1985-1986. Les autres indicateurs de consommation tels que le nombre de malades traités, le nombre d'admissions, le nombre de visites aux services ambulatoires ne démontrent pas de diminution significative et ce, malgré le développement de services dans d'autres types d'établissements.

La gratuité des services hospitaliers a précédé d'une dizaine d'années l'avènement de l'assurance-maladie et le centre hospitalier est demeuré un lieu privilégié d'exercice pour le médecin spécialiste. C'est au centre hospitalier qu'on peut avoir accès à une gamme de services médicaux diagnostiques et thérapeutiques même lorsque leur prescription fait suite à une visite en cabinet privé de médecin. Le recours de plus en plus fréquent aux produits de l'innovation technologique a aussi ses effets sur la consommation des services hospitaliers. Le coût, la complexité et l'utilité des équipements technologiques favorisent habituellement qu'ils soient localisés à l'hôpital où oeuvre déjà un nombre suffisant de professionnels spécialisés et où l'on peut généralement anticiper une utilisation qui en justifie l'achat. Les centres hospitaliers font d'ailleurs souvent appel à la contribution financière de leur fondation pour financer ces investissements.

C'est aussi dans le centre hospitaler que se concentrent, autour d'un important noyau de ressources humaines affectées tant aux services de

soutien qu'aux services directs aux personnes, divers services médicaux spécialisés et surspécialisés. La plupart des médecins spécialistes ont besoin des infrastructures dont dispose le centre hospitalier pour assurer adéquatement leurs activités cliniques, d'enseignement et de recherche. Même dans une spécialité comme la psychiatrie dont la pratique ne semble pas nécessiter un environnement hospitalier, 80 % des revenus des psychiatres proviennent d'une pratique hospitalière.

La quantité de ressources financières que drainent les centres hospitaliers est aussi un reflet de la place qu'occupe le centre hospitalier dans le système de soins. Le budget des 122 centres hospitaliers de courte durée s'élève à près de la moitié du budget de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux. La composante « salaire » constitue approximativement 80 % des dépenses encourues. De grands centres hospitaliers fonctionnent avec un budget annuel dépassant les 100 millions de dollars. Dans certaines localités, le centre hospitalier représente le plus gros employeur. Les dimensions économiques ont du poids lorsque vient le temps de discuter de l'avenir de ces institutions, d'autant plus qu'il existe une relation étroite entre emploi, conditions socio-économiques et santé.

2.1 Concentration des soins tertiaires et hétérogénéité des rôles

Depuis la réforme du début des années 70, les centres hospitaliers se sont graduellement transformés, ont vu leur mission se modifier, se préciser. De nombreux facteurs ont favorisé cette évolution dont la principale résultante est l'absence d'uniformité dans la mission de chacun. Au-delà de la définition que donne la loi de ce qu'est un centre hospitalier, et des classes et catégories que reprennent les règlements, les permis d'opération ainsi que le contenu des plans d'organisation clinique et des plans d'effectifs médicaux renseignent davantage sur la mission d'un hôpital donné.

Les changements dans les types de clientèles desservies et dans les modes de pratique, de même que la contribution des autres éléments du réseau et de l'environnement externe, ont progressivement amené les centres hospitaliers à se spécialiser, se redéfinir.

Ainsi, depuis 1976, une directive du MSSS oblige tous les centres hospitaliers de courte durée comptant plus de 200 lits à mettre à la disposition des bénéficiaires de soins prolongés 10 % de leurs lits. Ces établissements ont progressivement développé ou consolidé des services davantage compatibles avec des approches et des techniques spécifiques aux problèmes que présentent les personnes âgées, notamment en matière

de réadaptation. La demande accrue en physiothérapie et en ergothérapie en est d'ailleurs le reflet.

Des centres hospitaliers de régions éloignées, après avoir procédé à des modifications à leurs lettres patentes et obtenu des ajouts à leurs permis, offrent à la communauté qu'ils desservent déjà de longue date des services préventifs et socio-communautaires. Ces « centres de santé » sont en nombre limité et leur développement est encore récent.

Des centres hospitaliers ont été fusionnés entre eux ou avec d'autres types d'établissements, en vertu d'impératifs de rationalisation. Certains appartiennent dorénavant à plus d'une catégorie d'établissements. Des centres hospitaliers, sans être fusionnés, ont adopté, avec d'autres types d'établissements, une gestion commune. Enfin, des centres hospitaliers se sont vu reconnaître une vocation régionale. Ils ont en ce sens la responsabilité de desservir en matière de soins spécialisés la population d'une région ou d'une sous-région donnée.

Il y a enfin ces grands centres hospitaliers urbains, affiliés à une université dans laquelle se trouve une faculté de médecine. Ils se sont progressivement démarqués par la concentration des soins surspécialisés qu'ils offrent et par la qualité de l'expertise qu'ils ont su développer dans des secteurs de pointe, de haute technologie. Le personnel médical et paramédical qu'on y retrouve contribue aux activités d'enseignement clinique dans le cadre d'un programme universitaire. Certains s'adonnent également ou prioritairement à des activités de recherche de façon conjointe avec les universitaires. C'est dans ces centres hospitaliers que se concentre l'utilisation de la technologie de haute intensité issue du génie bio-médical. La nature des investigations et traitements qu'on y effectue commande un haut degré de qualification du personnel et oblige à une rationalisation dans le développement de ces services à portée supra-régionale.

Cette description brève et non exhaustive illustre le fait que les centres hospitaliers forment un tout beaucoup plus hétérogène que par le passé. Cette diversification des missions hospitalières s'inscrit dans un mouvement naturel de « personnalisation » du centre hospitalier, eu égard notamment aux caractéristiques du milieu dans lequel il se trouve, à l'évolution des clientèles et de leurs besoins, aux modes de pratique et au développement technologique.

2.2 Ouverture au réseau

En redéfinissant sa mission, chaque centre hospitalier est appelé à se resituer par rapport aux autres établissements. La nécessité de tels ajustements périodiques s'est fait sentir progressivement en raison notamment de la nécessité d'assurer la continuité dans les services en raison des contraintes budgétaires. Il est en effet devenu de plus en plus inacceptable de tolérer des vacuums dans les services de base auxquels ont droit tous les citoyens, tout comme de tolérer des duplications de services alors qu'on ne cesse de répéter qu'il existe des limites dans la capacité de payer.

Des mécanismes de participation et de concertation sur une base régionale et sous-régionale ont été mis en place en vue d'accroître la complémentarité dans les services et d'assurer une meilleure utilisation des ressources. Il était naturel que l'insuffisance de fonds amène à consulter, voire à faire partager des décisions, lesquelles ne peuvent être fondées sur les intérêts des plus puissants. Des relations plus harmonieuses entre le centre hospitalier et d'autres producteurs de soins se sont développées dans les instances de concertation, ce qui apparaît être un effet des compressions budgétaires.

L'ouverture au réseau a été lente de la part des centres hospitaliers; elle s'est d'abord vécue entre eux, au sein par exemple d'une commission administrative régionale et s'est concrétisée par l'achat d'équipements médicaux spécialisés, pour se prolonger dans la mise en commun de services, tels les services auxiliaires et administratifs, dans le partage et le prêt de ressources. À cet égard, plusieurs ententes de services font l'objet de contrats déposés dans les CRSSS.

L'ouverture au réseau a entraîné, par la suite, d'autres types d'établissements et des organismes bénévoles, de sorte que les points de vue sont dorénavant plus variés autour, par exemple, d'une table de concertation régionale ou sous-régionale.

Cette ouverture du centre hospitalier vers le réseau régional s'est notamment traduite, au cours des dernières années, dans le fonctionnement des mécanismes de coordination des admissions en soins prolongés et en hébergement. Toutes les catégories d'établissements de certaines régions ont participé à des expériences de coordination des admissions. Dans certaines modifications aux règlements de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, on peut reconnaître les effets positifs de ces expériences. La coordination des urgences à Montréal est un autre exemple

d'ouverture à la mise en commun des services et à un meilleur emploi des ressources.

Les initiatives pour fonctionner en réseau ont cependant pu être freinées lorsque les intérêts du centre hospitalier étaient en jeu. L'administrateur ou le gestionnaire est souvent confronté à ce paradoxe réseau-établissement autonome, d'autant plus qu'il s'identifie d'abord à son établissement plutôt qu'à sa région. De plus, la recherche du bien commun étant facilitée par des incitations, il arrive qu'une concession en faveur de la région en attire une autre en faveur du centre hospitalier.

À certains moments, le fonctionnement en réseau a aussi rencontré un des obstacles structurels, tels que les impacts sur le fonctionnement de l'organisation centrale et sur la programmation budgétaire. La liaison ministère-réseau est assurée selon les catégories d'établissements, ce qui est peu compatible avec une approche globale de la santé et avec la coordination dans un territoire d'un réseau de services intégrés, axés sur la personne. Par ailleurs, l'étanchéité de chaque programme budgétaire s'accommode difficilement des nuances qu'implique le fait de tenir compte des réalités d'un territoire plutôt que d'une seule catégorie d'établissements. Enfin, l'impossibilité actuelle de suivre à travers le système de soins le cheminement d'un bénéficiaire au cours d'un même épisode de soins ne permet pas l'évaluation de la performance d'un réseau de services inter-institutionnels, et donc n'encourage pas ce fonctionnement.

2.3 L'évolution des budgets

Les critères et modalités d'allocation des budgets de fonctionnement des hôpitaux ont été considérablement modifiés depuis l'avènement de l'assurance-hospitalisation.

À partir de 1960, les dépenses admissibles effectuées par les hôpitaux au cours de l'année antérieure, auxquelles s'applique un taux d'accroissement, constituent le critère majeur d'allocation des ressources. Ce critère a cependant pour effet de consacrer les inéquités entre centres hospitaliers et ne permet pas de récompenser la saine gestion des fonds alloués.

En 1972, le budget, jusqu'alors autorisé de façon détaillée, devient un budget global, sa ventilation poste par poste et ligne par ligne étant laissée au soin des administrateurs du centre hospitalier. La détermination de la base budgétaire à partir du budget déjà alloué consacre toujours les inéquités inter-établissements.

En 1977, de nouvelles bases de détermination des budgets sont instaurées, fondées sur la performance comparée de chaque centre hospitalier dans la production des services offerts. Au-delà de l'objectif d'équité inter-établissements poursuivi par cette méthode essentiellement centrée sur les établissements, les inéquités dans l'allocation inter-programmes et inter-régionales des ressources persistent.

En 1982, pour corriger cette lacune, le MSSS juxtapose au critère de performance des centres hospitaliers un indice global des dépenses régionales et un *per capita* programme, de façon à tenir compte de l'équité entre les régions et entre les programmes.

Étant donné l'actualité des compressions budgétaires, les critères d'allocation basés sur la performance ont davantage servi à orienter les coupures budgétaires, ce qui a concouru à générer une incompréhension et des difficultés d'adaptation et d'acceptation d'une méthode basée sur des critères comparatifs. Bien que prometteuse, cette méthode fut d'application brève.

En 1985-1986, après étude des causes des déficits de 67 centres hospitaliers, l'opération « Blitz » a conduit à leur consolidation. La lourdeur de ces déficits qui s'accumulent oblige en effet à une intervention périodique de l'État. Les corrections surviennent au bout d'un certain cycle, les deux dernières fois en 1982 et 1986. Une telle consolidation périodique peut, par ailleurs, s'avérer un incitatif au développement par les déficits.

Ces déficits cycliques de même que l'absence de méthode d'évaluation de la performance conduisent à ajouter au processus budgétaire déjà fort complexe, des activités de suivi et de contrôle. En plus du budget détaillé annuel et, le cas échéant, du plan d'équilibre budgétaire, les centres hospitaliers sont tenus de produire un rapport mensuel, un rapport trimestriel, de même que des états financiers annuels. Directives et contrôles se multiplient, et l'on glisse tranquillement vers le budget « itemisé » de 1971, bien qu'on continue toujours à parler d'un budget global. D'un projet essentiellement fondé sur l'autonomie et la responsabilisation des établissements dans l'administration de leur budget, la décentralisation et la flexibilité ont fait place à la centralisation et à la rigidité.

2.4 Les conseils d'administration

Depuis 1970, l'administration et le style de gestion prévalant dans les centres hospitaliers ont beaucoup évolué. Avant la réforme, le conseil

d'administration se composait d'une élite, proche des préoccupations de la corporation propriétaire du centre hospitalier, des communautés religieuses et du clergé.

Le style paternaliste donc dut disparaître au profit d'un style plus « participatif » plus conforme aux intentions de démocratisation du système de soins et à l'évolution de la syndicalisation au Québec et dans le monde hospitalier. Des pouvoirs ont été retirés aux corporations exploitant les institutions de santé pour les confier à un nouveau conseil d'administration composé de gens provenant de différents milieux, issus de groupes dont les intérêts étaient diversifiés.

En 1981, la composition des conseils d'administration des centres hospitaliers est sensiblement modifiée. Les deux sièges occupés par les représentants de l'assemblée des usagers disparaissent. En outre, les sièges réservés aux membres de la Corporation propriétaire passent de quatre à trois. En revanche, de nouveaux membres s'ajoutent, certains élus par les bénéficiaires admis en soins prolongés, d'autres nommés par le CRSSS et choisis parmi les organismes bénévoles de la région. Par ailleurs, on assure la représentation des catégories d'établissements lorsqu'il y a contrat de services professionnels entre le centre hospitalier et un autre type d'établissement, ce qui est généralement le cas.

Cette nouvelle composition du conseil d'administration du centre hospitalier tend à favoriser l'aspect « réseau », principalement parce que des représentants d'autres types d'établissements siègent dorénavant au conseil du centre hospitalier. Cette transformation donne lieu à des situations particulières: le directeur général d'un autre établissement, étant perçu par les autres membres du conseil comme plus familier avec la complexité du réseau, assume la fonction de président du conseil du centre hospitalier. Le réseau s'administre par lui-même. Les mêmes personnes sont susceptibles de se revoir un peu plus souvent. C'est aussi le début d'une forme « d'inbreeding ».

Les centres hospitaliers forment de grosses entreprises. La nature des activités qui s'y déroulent de même que le type de professionnels qui y oeuvrent et le type de rapport qu'ils ont développés entre eux en font aussi des entreprises complexes. La durée du mandat d'un membre de conseil d'administration doit permettre à la fois la continuité et l'innovation. L'information aux membres revêt aussi une importance capitale, particulièrement dans le cas des représentants de la communauté qui doivent, avec

leurs connaissances du milieu, siéger au sein d'un conseil où ils sont minoritaires et où les connaissances technocratiques sont davantage valorisées.

Fournir une information minimale qui soit la plus pertinente et significative possible et qui favorise la prise de décision éclairée dans des matières relevant du conseil et non de la régie interne, revêt une très grande importance. C'est essentiellement la responsabilité du directeur général. Ce dernier, membre du conseil, est l'acteur principal qui entretient les liens réguliers avec les autres établissements, le CRSSS, le MSSS, les cadres de son établissement, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, etc. Il est au carrefour de la circulation de l'information et son style de gestion comme sa crédibilité comptent évidemment pour beaucoup dans la conduite des affaires du centre hospitalier.

2.5 L'importance de la pratique médicale dans le processus de décision

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier doit normalement appuyer un certain type de décisions sur l'avis obtenu par consultation auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier. Ces conseils auxquels se sont récemment joints les pharmaciens, tiennent d'ailleurs des rencontres régulières où ils abordent toutes les questions qui, même indirectement, peuvent être associées à la qualité des soins et à la compétence de leurs membres. La réforme de 1970 a voulu, par la mise en place de ce conseil consultatif au conseil d'administration, apporter une solution à la confusion entretenue jusque-là par le caractère bicéphale du centre hospitalier (conseil d'administration – bureau médical), en identifiant un seul décideur.

Au début des années 80, en période de restrictions budgétaires, l'adoption de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* vise à faire participer le médecin aux décisions entourant l'organisation et la gestion des ressources du centre hospitalier, favorisant ainsi leur intégration. Les médecins chefs de département se voient confier des tâches administratives dont ils pourront discuter au sein d'un nouveau mécanisme, le conseil consultatif à la direction générale.

La confusion qui a persisté autour des modalités de rémunération de ces chefs de département aurait largement contribué à un échec relatif de cette Loi quant à l'intégration du médecin à la structure administrative, sauf dans certains centres hospitaliers. Faut-il ajouter que si sensibiliser le

professionnel aux implications de ses décisions constitue un enjeu-clé, lorsque la conjoncture économique devient difficile, il n'est guère surprenant que plusieurs d'entre eux soient moins intéressés à participer à la gestion étant donné les conséquences qu'ils entrevoient.

La disponibilité des chefs de département étant aussi limitée par les occupations liées à leur pratique médicale, bon nombre de questions reliées à l'organisation départementale et à la gestion des ressources ont continué à être abondamment discutées au sein des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, particulièrement à l'exécutif où siège le directeur général de l'hôpital. C'est d'ailleurs à ce conseil qu'il revient d'émettre un avis sur les règles de soins et les règles d'utilisation de ressources telles qu'élaborées par le chef de département. Au nom de la qualité des soins, l'utilisation des ressources intéresse les médecins en tant que groupe, si bien qu'il arrive que le conseil interroge les décisions ayant une incidence sur l'utilisation de celles-ci et, par conséquence, sur leur pratique. Les résultats de cette consultation sont parfois mis en doute et les dossiers ont tendance à évoluer au gré des rapports de force. C'est l'aboutissement naturel lorsque les mécanismes d'intégration des médecins sont non fonctionnels.

Ainsi, deux mondes parallèles se côtoient: le monde administratif dont la propension à s'occuper d'abord du coût est forte, sans qu'il ait les moyens de juger des résultats obtenus; et le monde médical qui, jouissant d'une grande autonomie professionnelle, détient un pouvoir sur l'utilisation des ressources publiques et pour qui l'enjeu-clé est de fournir au client les meilleurs services à l'aide des ressources publiques disponibles. La réalité de chacun est différente et l'occasion d'échanges véritables tient pour beaucoup au style de gestion qui prévaut dans le centre hospitalier. Ainsi, il arrive encore souvent que chacun se cantonne dans un discours qui tourne autour de l'insuffisance des pouvoirs.

2.6 La gestion des centres hospitaliers

Depuis la réforme de 1970, une forte proportion de personnes travaillant dans le réseau des services de santé et des services sociaux sont membres de l'une des vingt-deux corporations professionnelles reconnues dans ce secteur. L'organisation professionnelle étant basée prioritairement sur la protection du public, la nature particulière et spécialisée des activités, et non du groupe, prime dans la reconnaissance d'une corporation professionnelle. Chaque membre d'une telle corporation doit répondre à un certain

nombre de critères de compétence. Le sentiment d'appartenance au centre hospitalier est contrebalancé par celui d'appartenance à un groupe professionnel.

Lorsqu'il s'agit de retenir les services d'un professionnel, le centre hospitalier fera en partie reposer sa décision sur cette reconnaissance de compétences, émanant de la corporation professionnelle concernée. Le gestionnaire est alors perçu comme un élément qui doit faciliter l'exercice professionnel responsable. Il se préoccupera de consulter, au moyen de divers mécanismes, les professionnels les plus concernés avant de prendre des décisions susceptibles d'avoir une incidence sur la qualité des services rendus.

En pratique cependant, l'existence de multiples règles, normes et directives entraîne des contraintes dans l'exercice de la gestion. La tentation devient forte de s'abriter derrière ces normes, d'en vérifier l'application plutôt que de gérer les ressources humaines.

Ces règles, normes et directives ne portent pas que sur des questions budgétaires. Elles concernent aussi les relations de travail, domaine où l'on a voulu régir les rapports employeurs-employés par l'entremise de conventions collectives très détaillées. Une directive reçue du Ministère est suivie d'une directive à l'intention des employés. On applique des procédures prédéterminées telles que le « bumping »; on crée des tensions au sein du personnel, mais il n'y a pas d'erreur juridique, de vice de forme, la procédure est sauve.

À l'intérieur, la gestion est par ailleurs centralisée. Les budgets et les conventions collectives sont souvent les chasses-gardées des directions des finances et des ressources humaines, ce qui concourt à déresponsabiliser les cadres intermédiaires.

En bref, la participation fait défaut à bien des niveaux. On fonctionne à court terme, en appliquant les règles écrites. Ce qui n'est pas écrit ou ce qui est peu élaboré n'entraîne pas d'obligations; c'est le cas de la formation du personnel et de l'évaluation des programmes. On ne s'en préoccupe guère d'ailleurs, sauf exceptions. L'application de modèles de gestion propres aux bureaucraties prend le pas à moins que le gestionnaire y résiste, étant donné son style et les valeurs sur lesquelles il s'appuie.

2.7 Les déficiences du système d'évaluation

Dans le fonctionnement quotidien d'un centre hospitalier, on accumule une quantité énorme d'informations. On recueille principalement des données financières et opérationnelles, des données sur les diagnostics, les actes thérapeutiques et chirurgicaux, les jours d'hospitalisation, les départs.

Le défaut des différents systèmes d'information est d'avoir été développés en parallèle, de telle sorte qu'il est difficile de produire des informations associant les dimensions clinique et administrative. Il en résulte que le processus budgétaire est essentiellement basé sur les intrants, sans tenir compte des résultats.

L'information est par ailleurs fragmentée, les données sur un bénéficiaire étant colligées par catégories d'établissements et selon des types d'activités propres à ces catégories. Les systèmes de chaque catégorie d'établissements étant la plupart du temps incompatibles entre eux, il devient impossible de suivre le cheminement d'un bénéficiaire à travers le réseau. Comment évaluer par exemple la performance des services dans un contexte de désinstitutionnalisation?

Il n'existe pas de mécanisme permettant l'évaluation systématique des programmes, de sorte que leur bien-fondé n'est jamais remis en question, puisqu'ils ont tous au départ une certaine légitimité sociale et deviennent rapidement intouchables sur le plan politique. L'existence de tels mécanismes permettrait pourtant une planification et une programmation de services non limitées par les seuls ajustements budgétaires à la marge. La régulation des programmes se bute à des difficultés structurelles et méthodologiques qui la rendent ponctuelle et décousue.

Les données produites par les centres hospitaliers conduisent parfois à la production de rapports jugés peu utiles pour leur gestion financière et opérationnelle. Il importe enfin de souligner que les systèmes d'information actuels ne fournissent aucune information sur les coûts associés aux décisions diagnostiques et thérapeutiques des professionnels.

Les déficiences créent un vide en matière d'évaluation qui contribue à ce que les idéaux de planification et de programmation cèdent le pas aux préoccupations d'équilibre financier: le budget devient une fin en soi; l'équilibre, le principal critère de performance.

Quinze ans après la réforme, le centre hospitalier constitue toujours l'un des éléments principaux du système de dispensation des services de

santé. Il a certes évolué, se spécialisant davantage, s'ouvrant aux autres composantes du réseau, mais il fait face à des défis d'envergure.

3. Les centres hospitaliers psychiatriques

Les pratiques en santé mentale ont connu des changements majeurs au Québec ces dernières années. En l'espace de vingt-cinq ans, on est passé de l'hospitalisation presque systématique des personnes atteintes de troubles mentaux à une approche qui se veut axée sur le maintien en milieu naturel du malade. Cette tendance à la désinstitutionnalisation et à la non-institutionnalisation du malade psychiatrique et du déficient intellectuel a suscité de nouveaux modes d'intervention et de prises en charge. Cela a amené, par conséquent, le développement de services externes en psychiatrie et la mise sur pied de ressources intermédiaires.

Nous verrons dans la présente section comment l'approche de la maladie mentale a évolué du système asilaire à l'hôpital psychiatrique et au modèle communautaire. Notre attention se portera également sur la désinstitutionnalisation et ses conséquences, de même que sur le développement des ressources intermédiaires et communautaires en santé mentale.

3.1 L'évolution des services psychiatriques

3.1.1 Avant les années 60

La psychiatrie est peu développée au Québec avant 1962. On y retrouve 17 hôpitaux psychiatriques et moins d'une dizaine d'unités psychiatriques dans les 207 hôpitaux généraux. Malgré leur faible nombre, les hôpitaux psychiatriques ont annuellement un total de jours/hospitalisation plus élevé que les hôpitaux généraux. Les deux principaux établissements psychiatriques du temps, St-Jean-de-Dieu à Montréal et St-Michel-Archange à Québec, abritent chacun 6 000 patients et possèdent une liste d'attente de plus de 1 000 noms.

Les hôpitaux psychiatriques, qu'on appelle asiles, sont sous le contrôle des communautés religieuses. Celles-ci, réflétant en cela l'opinion de la société en général, considèrent la « folie » comme la volonté de Dieu, comme une fatalité et accordent peu d'importance aux soins psychiatriques. Ce sont donc les infirmières, habituellement religieuses, qui ont la responsabilité des malades. Les soins aux patients se résument presque exclusivement aux soins de base. La plupart de ces malades sont en cure fermée ou sous curatelle. On cherche dans ces institutions à adapter le malade au milieu asilaire et non à le traiter. D'ailleurs, à cette époque, le

nombre annuel d'admissions dépasse de beaucoup le nombre de sorties, provoquant un accroissement constant de la clientèle institutionnalisée.

En 1949, le Gouvernement fédéral avait établi un programme de subvention pour la création d'unités de soins psychiatriques dans les hôpitaux universitaires et pour l'octroi de bourses aux étudiants. Le Québec n'avait pas jugé pertinent d'élaborer ses propres politiques et d'y injecter des fonds; il se contenta de gérer les sommes du fédéral. Le Québec compte alors très peu de psychiatres, tous formés à l'étranger. En 1958, l'Université de Montréal mettra sur pied un programme de formation en psychiatrie pour suppléer à cette lacune.

3.1.2 Les années 60

C'est dans ce contexte que le gouvernement provincial crée en 1961 une Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques (Commission Bédard). Cette commission réclame que la maladie mentale soit traitée comme toute autre maladie. Dès 1962, une nouvelle division des services psychiatriques au ministère de la Santé, soutenue par une équipe de jeunes psychiatres dits « modernistes », voit à appliquer les recommandations de la Commission Bédard.

Les hôpitaux psychiatriques seront dorénavant financés sur la même base que les hôpitaux généraux, avec un budget annuel protégé. Les hôpitaux généraux sont dotés d'un service de psychiatrie. Le clergé est mis à l'écart et les psychiatres voient leur responsabilité grandir dans la dispensation des soins. Les travailleurs sociaux, psychologues et ergothérapeutes s'adjoignent à l'équipe soignante. On valorise la contribution des diverses disciplines pour l'élaboration et l'application du plan de soins. On met l'accent sur le traitement et on commence à parler de réadaptation. D'ailleurs, les nouvelles découvertes en psycho-pharmacologie laissent entrevoir de grands espoirs pour la réduction et le contrôle d'une grande partie de la symptomatologie de la maladie mentale. On recrute et on forme un nombre croissant de psychiatres et la qualité de la formation s'accroît dans les universités dans toutes les disciplines associées à la santé mentale. En fait, le domaine de la santé mentale fait des progrès impressionnants durant ces années, tant sur le plan du traitement que de l'enseignement et de la recherche. Malgré cela, il demeure un noyau de chronicité que même les découvertes psycho-pharmacologiques ne permettent pas de traiter.

3.1.3 De 1970 à aujourd'hui

En 1971, la Commission Castonguay-Nepveu, poursuivant la logique de la Commission Bédard, considère que la maladie mentale est une maladie comme une autre et que, par conséquent, elle doit être intégrée au nouveau système socio-sanitaire qu'elle propose. Elle suggère donc d'abolir la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale qui demeure un reliquat de cette distinction.

Le modèle proposé par la Commission Castonguay-Nepveu instaure l'universalité et la gratuité pour tous les types de soins. On freine l'institutionnalisation des patients en centre psychiatrique. On prône dorénavant le maintien en milieu naturel pour le plus grand nombre. On tente d'établir le lien entre le social et le médical en cherchant à développer le soutien dans la communauté. La porte d'entrée du malade mental dans le réseau devient l'urgence du centre hospitalier de courte durée (CHCD) et le cabinet du médecin. Le concept de maladie mentale se transforme avec l'avènement de la psychiatrie communautaire et on parle de plus en plus de santé mentale. L'existence des grandes institutions psychiatriques est remise en question.

À la suite de ces recommandations, tous les CHCD se dotent de services psychiatriques, répondant ainsi à 75 % des besoins de la clientèle. Les centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY) n'acceptent plus qu'avec parcimonie les nouveaux patients, lesquels demeurent dans les CHCD ou reçoivent un congé prématuré qui les fera revenir à l'urgence pour être hospitalisés à nouveau.

Au cours de cette période, le nombre de patients hospitalisés dans les institutions psychiatriques diminuera de quelque 40 %. Et ce n'est pas fini; on veut encore réduire de moitié le nombre de patients en institution d'ici dix ans. Une évaluation de la clientèle institutionnalisée révèle que plus du tiers des patients n'ont plus besoin de traitement psychiatrique et une autre portion de cette clientèle pourrait recevoir ses traitements en externe; toutefois, ces patients sont hospitalisés depuis si longtemps que leur réintégration dans la société, lorsque possible, exigera un soutien important et constant.

La maladie mentale et la déficience intellectuelle sont deux problématiques différentes qui doivent être abordées distinctement. Actuellement, les deux clientèles sont hébergées et traitées dans les mêmes institutions sans égard aux particularités et aux besoins de chacune. Le déficient intellectuel est traité comme un malade mental, ne reçoit pas d'éducation

et ne bénéficie pas de programme de réadaptation. La mixité des clientèles se poursuit encore dans leur hébergement en ressources intermédiaires où l'on retrouve souvent, en plus de ces deux clientèles, des personnes âgées.

En uniformisant la santé mentale et la santé physique, certains croient que la Commission Castonguay-Nepveu oubliait que la psychiatrie avait un rattrapage énorme à faire, que la maladie mentale est par nature complexe et que la chronicité guette constamment le malade. Les spécificités de la maladie mentale étaient ignorées. Le nouveau modèle « technocratique » ne donnait priorité à aucune clientèle, contrairement au modèle « psychiatrique » des années 60 qui s'attardait aux maladies complexes. La psychiatrie se retrouvait en compétition avec d'autres spécialités médicales plus prestigieuses. La motivation du milieu psychiatrique, si intense dans les années 60, diminue; le psychiatre ne trouve plus la place de la maladie mentale et de l'intervention psychiatrique dans le modèle axé sur la communauté. Même avec l'accroissement du nombre de psychiatres, qui passe de 200 à 800 en moins de vingt ans, les besoins de la population ne sont pas satisfaits, surtout dans les régions autres que Montréal et Québec; 80 % des psychiatres exercent dans ces régions. Ceux-ci ne peuvent consacrer que 15 % environ de leur temps à leur clientèle privée, trop occupés qu'ils sont par les malades placés en établissement, gravement atteints, par l'enseignement, par la recherche et par l'administration.

3.2 La philosophie de la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation au Québec n'a jamais fait l'objet d'un débat public. Même s'il n'y a pas eu fermeture de grands centres psychiatriques, le gouvernement s'est engagé dans un processus de désinstitutionnalisation en privilégiant les ressources de petites tailles et en diminuant le nombre de lits réservés aux malades psychiatriques. La désinstitutionnalisation physique qui a pris forme au Québec dans les années 70 s'est traduite dans plusieurs lois et politiques du MAS visant le maintien dans leur milieu naturel de clientèles présentant une certaine forme d'incapacité. Cette diminution de l'autonomie peut découler d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle, d'un problème psychiatrique, d'une mésadaptation socio-affective ou de l'âge avancé. La désinstitutionnalisation touche les personnes en institution; mais celles susceptibles d'y être admises doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière et en ce sens, la non-institutionnalisation devra être assortie d'investissements sociaux, humains et financiers, importants.

Quelles que soient les clientèles touchées, la désinstitutionnalisation présente les mêmes caractéristiques. La philosophie sous-jacente à toute

désinstitutionnalisation s'appuie sur les droits de la personne et la défense des libertés individuelles. Elle se fonde sur la conviction que les séjours en institution doivent être les plus courts possible ou même évités lorsque c'est possible. C'est le maintien en milieu naturel qu'il faut rechercher.

Mais le milieu naturel n'a pas toujours été préparé et ne bénéficie pas du soutien qui lui permettrait d'assurer la réinsertion sociale ou le maintien dans la communauté de ces personnes. La communauté s'est modifiée avec la transformation de la famille, la baisse de la natalité et la valorisation de l'autonomie. Dans ces conditions, pour la réinsertion sociale et la normalisation de la personne, on ne peut plus compter sur le soutien du réseau naturel. Une étude du MSSS en 1983 confirmait d'ailleurs que la réticence de la population à certaines formes de désinstitutionnalisation limitait les possibilités de réinsertion de la personne. La bienveillance de la communauté n'est donc pas un acquis. De plus, cette communauté n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à ces nouveaux besoins. Les programmes d'éducation, d'emploi, de logement ne répondent pas aux besoins des personnes souffrant de déficiences. La normalisation et la réinsertion sont presque illusoires dans ces circonstances.

3.3 Les ressources intermédiaires et communautaires

Pour faire face au mouvement de désinstitutionnalisation, le système a dû s'adapter à de nouveaux impératifs. Il a dû multiplier et diversifier les services pour assurer le suivi du patient qui quitte le centre hospitalier ou pour lui éviter l'hospitalisation. Un des principes de la désinstitutionnalisation est qu'on laisse le malade dans son milieu naturel et qu'on lui offre des ressources d'hébergement de petite taille. Ces ressources s'appellent pavillon, famille d'accueil, appartement supervisé, appartement satellite et foyer de groupe. L'ensemble de ces ressources est géré par les institutions du réseau.

Il n'existe aucun recensement complet des ressources intermédiaires en santé mentale, mises à part les familles d'accueil. On sait cependant qu'elles offrent principalement l'hébergement à des patients ayant connu l'hospitalisation. Parmi ces ressources, les pavillons offrent 1 200 places, les familles d'accueil reçoivent entre 1 500 et 2 000 personnes et les appartements supervisés, situés principalement à Montréal, accueillent entre 10 et 20 individus chacun. On ne possède pas de donnée exacte sur les foyers de groupe et les appartements satellites. Certaines institutions ont aussi mis en place de nouveaux modes « alternatifs » de prise en charge et de réinsertion: intégration en milieu rural, agent de quartier.

Aux ressources intermédiaires implantées par le réseau s'ajoutent les ressources communautaires qui naissent de l'entraide sociale. Il n'y a pas non plus de recensement de ces ressources qui peuvent aussi offrir leurs services à d'autres clientèles. Mais certaines sont spécialisées dans les services aux personnes souffrant de troubles mentaux et se présentent comme une alternative au réseau institutionnel. Ces ressources peuvent dispenser les mêmes services que les ressources intermédiaires mais elles ne sont pas gérées de la même façon; ces ressources sont autonomes et sans but lucratif. Elles sont financées principalement par le MSSS mais aussi par différents programmes gouvernementaux fédéral et provincial, par Centraide, par des fonds privés, par des communautés religieuses et par des municipalités. La majorité du personnel est bénévole et se caractérise par le désir de s'engager socialement. Ces ressources offrent des services d'entraide, d'accompagnement, d'information et d'hébergement.

Les ressources, tant intermédiaires que communautaires, n'ont pas le mandat d'offrir des services thérapeutiques. Il y a donc peu de suivi aux thérapies faites en institution, d'autant plus que les CSS et les CLSC ne disposent pas de suffisamment de ressources pour assurer de tels services. Aussi, les familles qui accueillent un de leurs membres à sa sortie du centre hospitalier ont souvent peu de soutien et d'information pour faciliter sa réinsertion. Certains patients se retrouvant seuls iront grossir les rangs des itinérants. Le bénéficiaire qui quitte ainsi le centre hospitalier sans plan de services et sans suivi court le risque d'y retourner un jour ou l'autre.

Les budgets et les ressources sont consacrés principalement aux soins en établissement. Bien que les ressources intermédiaires et communautaires soient disposées à maintenir et à soutenir la personne dans son milieu de vie, elles ne peuvent combler tous ses besoins.

3.4 Les enjeux de la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation, envisagée au début comme une solution à l'engorgement des centres hospitaliers psychiatriques, est devenue un mode d'intervention dans le réseau. L'État a voulu décentraliser vers des ressources de petites tailles, dans le milieu naturel du bénéficiaire. Cette décentralisation s'est faite sans qu'on ait fourni vraiment les ressources financières et humaines nécessaires. Il y a eu désinstitutionnalisation sans réinsertion sociale.

La véritable désinstitutionnalisation propose de nouveaux enjeux sur les plans de l'évaluation des besoins, de la planification des services, de

l'impact sur le personnel et des conséquences pour l'entourage. L'impact de la désinstitutionnalisation sur le personnel est énorme. Elle signifie une rupture avec les pratiques traditionnelles et une remise en question des modes de gestion et de prise en charge. Une nouvelle vision du travail et de la répartition des tâches doit être envisagée. Le personnel doit participer au débat et être impliqué dans le processus de la désinstitutionnalisation. Celle-ci suppose également la participation de professionnels de plusieurs établissements et dès lors implique qu'on se préoccupe d'assurer continuité des services et de coordonner les plans d'intervention. Le réseau n'offre pas non plus de services thérapeutiques de soutien aux clientèles non institutionnalisées. La personne se retrouve seule face à ses divers problèmes de fonctionnement.

La désinstitutionnalisation, finalement, implique la participation de la communauté. La population est appelée à côtoyer des personnes souffrant de problèmes psychiatriques et à soutenir les efforts de réinsertion de cette clientèle. Aussi doit-elle être préparée et informée. La famille du malade a un rôle primordial à jouer dans le traitement et dans la réinsertion. Elle doit pouvoir compter sur les ressources du réseau. La voie de la désinstitutionnalisation et de la non-institutionnalisation sur laquelle on s'est engagé nécessite un partage des responsabilités entre les intervenants et les aidants naturels, de même qu'un partage des ressources.

4. Les départements de santé communautaire

En quinze ans d'histoire, les 32 départements de santé communautaire du Québec, pivots de l'intégration de la santé publique dans le nouveau système de services de santé et de services sociaux, ont connu une transformation profonde quoique hétérogène. Pour mieux comprendre cette évolution, il convient d'examiner la mission que la réforme avait prévue pour les DSC, leur place dans la communauté et dans le système de santé ainsi que leur transformation organisationnelle interne.

4.1 La réforme: la mission prévue pour les DSC

La Commission Castonguay-Nepveu ne s'est pas attardée aux structures de santé publique. Toutefois, inspirée par le concept de santé communautaire qui prenait forme aux États-Unis et ailleurs dans le monde depuis le début des années 60, la Commission proposait l'instauration d'un nouveau régime de santé organisé autour de quatre idées fondamentales: une médecine globale axée sur la personne, l'identification des types de soins,

les centres de santé et la régionalisation. De fait, c'est tout le système de santé que la Commission souhaitait mettre à l'heure de la santé communautaire.

Peu après sa création, le nouveau ministère des Affaires sociales confiait au Comité d'étude sur la prévention sanitaire, présidé par le docteur J. Corbett Macdonald, le mandat de prévoir les moyens d'intégrer la santé publique dans le régime de santé proposé par la Commission, soit: l'épidémiologie, le contrôle du milieu, les mesures individuelles de protection de la santé et la coordination. Le Comité recommandait cette intégration à quatre niveaux: le ministère des Affaires sociales, les conseils régionaux, les centres hospitaliers désignés et les centres locaux de services communautaires.

Selon la proposition du Comité, le centre hospitalier désigné deviendrait le principal centre communautaire de services pour une population d'environ 100 000 à 300 000 personnes. Il se verrait confier la responsabilité de mettre sur pied un nouveau département possédant le même statut que les départements cliniques et serait responsable:

1. d'étudier les besoins de la population dans le domaine de la santé et de conseiller l'administration sur les moyens à prendre pour y répondre;
2. de s'assurer que la population reçoit tous les services préventifs prescrits par le Ministère;
3. d'investiguer sur toute épidémie de maladies et sur les accidents, et d'organiser les mesures de contrôle;
4. d'entreprendre des études sélectives sur l'efficacité des services de santé, selon les priorités régionales et locales;
5. de promouvoir le développement d'un réseau de centres locaux de services communautaires intégrant les services préventifs et curatifs.

Conscient des intentions du législateur, le Comité avait jugé important de concentrer les tâches en santé communautaire au niveau régional et de les rassembler au sein d'une organisation facilement identifiable par la population. Il paraissait alors risqué de répartir ces différentes tâches dans plusieurs organisations dont les CLSC et les CRSSS; ces structures entièrement nouvelles allaient d'abord devoir définir leur rôle spécifique par rapport aux centres hospitaliers, dont les vocations régionales et communautaires étaient mal définies et surtout mal coordonnées.

C'est dans ce contexte que furent créés 31 départements de santé communautaire dans autant de centres hospitaliers désignés, avec l'entrée

en vigueur, le 1er janvier 1973, des règlements de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En vertu de ces règlements, le gouvernement définissait ainsi les fonctions des DSC et de leurs chefs:

> « 4.5.2.1 ... Les services de médecine générale font partie du département de santé communautaire lorsque celui-ci existe.
>
> 4.5.2.3 Fonctions: Le chef de ce département a pour fonctions principales de faire participer les professionnels oeuvrant dans le département:
>
> a) au fonctionnement et à la coordination des services de santé courants dans le centre hospitalier;
>
> b) à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au développement de programmes de santé physique et mentale et de services préventifs en collaboration avec les centres locaux de services communautaires avec lesquels le centre hospitalier a un contrat de service;
>
> c) à des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale;
>
> d) à des enquêtes sur les épidémies et à la mise en application de mesures de contrôle appropriées.
>
> 4.5.2.4 Urgence: Le département de santé communautaire d'un centre hospitalier doit pourvoir à la mise sur pied et au bon fonctionnement d'un service d'urgence de première ligne et de services externes généraux ».

Les DSC héritaient d'une double mission: la mission extra-hospitalière d'intégrer la santé publique dans le nouveau système régional de santé et de services sociaux, et la mission intra-hospitalière de transformer l'organisation des services médicaux généraux en leur insufflant une approche globale de la personne, intégrant les préoccupations préventives et curatives.

4.2 La progression du département de santé communautaire dans la communauté

La nature de l'engagement des DSC dans la communauté et en conséquence leur image a évolué considérablement au cours des quinze dernières années.

Les services de santé publique offerts aux communautés sont demeurés, au début, sensiblement les mêmes que ceux qu'offraient les unités sanitaires. Les DSC continuaient d'assurer la surveillance et le contrôle des épidémies et les services préventifs individuels traditionnels, incluant les

services de santé ruraux (les infirmières de colonies). Le service et l'image prédominante étaient ceux de l'infirmière hygiéniste et du médecin.

Les premiers changements véritables de rôle et d'image sont venus avec l'arrivée d'un nouveau personnel et sous l'impulsion de nouvelles approches et méthodes apportées par les universités. L'approche par programme et par population cible, la remise en question des dépistages et des premiers soins dans les écoles, la suppression de services curatifs dispensés par les infirmières et la réaffectation ou le départ de nombreuses infirmières des anciennes unités ont contribué à atténuer l'image communautaire des DSC.

D'autres facteurs ont aussi contribué à cette situation au cours de cette période. Parmi eux, il faut relever principalement les énergies investies à l'intérieur de l'hôpital, à se tailler une place et une crédibilité ainsi qu'à contribuer à la coordination des services d'urgence et des services externes généraux. Le phénomène s'est par la suite accentué avec le transfert des services de santé publique dans les CLSC, ce qui a provoqué une crise d'identité dans les DSC et entraîné ces derniers à retourner à leur mandat de base. Les transferts dans les CLSC ont véritablement permis aux DSC de retrouver leur identité et une visibilité accrue, dans des champs d'intervention et grâce à des activités qui correspondaient plus aux intentions de la réforme.

4.3 Le cheminement du département de santé communautaire dans le système de santé

L'accomplissement de la tâche des DSC a été conditionné autant par le développement de leurs propres capacités que par l'évolution de l'ensemble des structures du système de santé. Une réforme aussi profonde ne pouvait s'implanter très rapidement. Ainsi, les délais dans le parachèvement réseau des CLSC et dans le renforcement du rôle de planification des CRSSS ont contribué à prolonger la période de suppléance qu'ont assumée les DSC. À partir des années 80, les contraintes budgétaires sont venues s'ajouter et ont plus ou moins relégué au second plan, au MSSS et dans son réseau, les préoccupations pour le développement de la santé communautaire.

Dans ce contexte, de producteurs et gestionnaires de services plus ou moins en circuit fermé avec leur centre hospitalier, le Ministère et quelques CLSC, les DSC allaient devenir des producteurs et des gestionnaires d'information dans un système par ailleurs fortement soucieux de performances financières.

4.3.1 Les DSC comme producteurs de services: un circuit étroit et fermé

Jusqu'au début des années 80, les DSC se sont surtout affairés à gérer et à dispenser des services préventifs et les soins à domicile; ils n'entretenaient de contact qu'entre eux, la Direction de la santé communautaire du MSSS et avec les quelques CLSC de la première génération. Le relations avec les autres établissements tels que les centres d'accueil et les CSS étaient presque inexistantes alors qu'avec les CRSSS, elles étaient très limitées.

Le premier circuit de communication des DSC s'est formé entre les DSC eux-mêmes. L'accueil d'une quantité très importante de personnel et l'enthousiasme associé au lancement d'une nouvelle structure et d'une nouvelle mission les ont amenés à se donner, avec le concours des universités, des lieux et des temps de rencontre qui ont été le germe de leur réseau. Ce réseau s'est rapidement consolidé avec la création de l'Association des directeurs de département de santé communautaire.

En deuxième lieu, les DSC se sont progressivement mis en contact avec les CLSC de la première génération, au fur et à mesure de leur implantation. Ces relations ont d'abord été timides, mal aisées, voire même conflictuelles. En effet, les DSC et les CLSC avaient chacun leurs problèmes d'implantation, s'inscrivaient dans des approches différentes de services à la population et nourrissaient les uns à l'égard des autres des perceptions qui ne facilitaient pas leur rapprochement. De fait, les premiers véritables contacts se sont établis à partir des premiers transferts d'effectifs professionnels des DSC vers les CLSC, vers la fin des années 70. Ces transferts ont donné lieu à des négociations parfois serrées et ont été suivis par l'établissement de mécanismes de coordination fonctionnels, comme les tables régionales ou sous-régionales de coordination de programmes qui s'intéressaient beaucoup plus aux programmes et à leurs contenus qu'à la concertation et à la coordination entre les organisations. Par ailleurs, dès cette époque, plusieurs DSC s'étaient impliqués activement dans le soutien aux comités d'implantation de nouveaux CLSC.

Jusqu'à la fin des années 70, les DSC furent aussi en contact étroit avec le MSSS et, plus particulièrement, la direction de la santé communautaire qu'il avait mise sur pied. La collaboration et les échanges entre l'équipe du Ministère et les DSC ont été très intenses pendant plusieurs années, non seulement dans le développement des programmes mais aussi dans la préparation des plans de parachèvement du réseau des CLSC.

Les DSC auront donc occupé pendant les cinq ou six premières années de leur existence une place relativement confortable dans un circuit plutôt restreint du système de services de santé et de services sociaux. Compte tenu du contrôle quasi exclusif qu'ils exerçaient sur les programmes et les services de santé communautaire, les DSC y consacraient presque toutes leurs énergies et ne sentaient pas le besoin de prendre contact avec l'ensemble des établissements producteurs de services, ni avec les CRSSS qui n'avaient qu'un rôle consultatif auprès du Ministère.

4.3.2 Les DSC comme analystes et producteurs d'information: la recherche d'un rôle et la multiplication des partenaires

À compter du début des années 80, le rôle des DSC va changer de façon plus radicale. Deux facteurs majeurs y auront contribué: la décision du MSSS, en 1981, de parachever le réseau des CLSC et d'y transférer les effectifs responsables des programmes de santé communautaire, et les restrictions budgétaires.

En 1981, près des deux tiers du personnel des DSC étaient encore affectés à la prestation directe de services qui constituait près de 80 % du travail dans plusieurs DSC. L'annonce du parachèvement du réseau des CLSC impliquait donc un transfert massif de ressources des DSC aux CLSC. Ce transfert de ressources allait modifier considérablement le contrôle qu'avaient les DSC sur les services. L'absence de liens d'autorité entre eux et les CLSC et l'autonomie de ces derniers ne leur permettraient plus d'influencer les programmes et les services qu'en tant que conseillers ou aviseurs.

Cette situation a provoqué pendant longtemps des tensions importantes entre plusieurs DSC et CLSC. Le régime de santé au travail mis en place par l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* allait nourrir ces tensions; il créait en effet, par les contrats de services DSC-CLSC et par l'autorité du médecin responsable, rattaché au DSC, sur les programmes de santé au travail appliqués par les équipes de CLSC, un lien hiérarchique entre les deux types d'organisation. Ce n'est que tout récemment, devant des menaces de coupures budgétaires importantes par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, que les établissements et leurs associations ont trouvé des terrains d'entente et détendu leurs relations.

Il importe cependant de signaler que ces conflits officiels masquaient un grand nombre de « petits succès » dus à la collaboration DSC-CLSC, sur le terrain, et particulièrement dans les régions non urbaines, même en santé au travail. Ce ne sont certes pas les conflits qui ont fait qu'en 1987,

les CLSC constituent les premiers partenaires externes des DSC, participant à la réalisation de plus de 50 % de leurs programmes.

Les années 80 ont aussi été marquées par des changemetns importants dans les rapports entre les DSC et les CRSSS. Ces derniers ont vu leur rôle de planification régional progressivement se définir et prendre de l'importance. Ne possédant que très peu de ressources en matière de planification et particulièrement d'évaluation des besoins de la population, les CRSSS se sont intéressés aux DSC qui possédaient ce genre de ressources.

Cette situation aura été à l'origine d'une confusion importante sur les fonctions de planification et les rôles et responsabilités respectifs des DSC et des CRSSS en cette matière, confusion qui persiste encore en partie aujourd'hui. Pour les CRSSS, la planification est principalement une fonction d'allocation de ressources, guidée par l'évaluation des besoins et par des objectifs d'efficience et d'équité vis-à-vis des clients et des établissements. Pour les DSC, un soin particulier doit être accordé à l'identification et à l'analyse des problèmes socio-sanitaires, à une priorisation des interventions et par conséquent, des services et des ressources qui auront le plus grand impact sur la santé des populations. Cette perception très différente des fonctions de planification n'aura pas facilité la collaboration entre les CRSSS et les DSC.

Quant aux relations entre les DSC et le MSSS, elles n'ont cessé de se détériorer depuis le début des années 80. Ainsi les DSC ont-ils refusé au Ministère, en 1983, l'accès direct à certaines de leurs ressources professionnelles qu'il souhaitait utiliser pour constituer des comités consultatifs d'experts.

Par la suite, le désengagement progressif du MSSS de dossiers importants comme la santé au travail et la santé environnementale s'est accentué. L'allègement majeur de la structure interne et des ressources du MSSS en ce qui concerne la promotion et la protection de la santé publique, et les préoccupations des établissements quant au contrôle des coûts et de la gestion, ont aussi créé un vide dans les relations MSSS-DSC, alors que ces derniers s'engageaient dans un tournant majeur de leur histoire.

Les DSC n'ont pas tardé à combler ce vide à l'aide de leurs propres structures de coordination et à prendre publiquement position sur divers dossiers et auprès de multiples intervenants, y compris d'autres ministères

comme ceux de l'Environnement et des Transports. Ces interventions n'ont pas manqué de créer des remous au niveau des ministères et de provoquer de nouvelles tensions qui, cependant, n'auront pas eu que des impacts négatifs. En effet, à l'exemple de ce qui s'est produit lors de la campagne sur les MTS en 1987, ces tensions auront provoqué des remises en question susceptibles de rétablir des relations plus saines et de provoquer une prise de conscience du MSSS à l'égard de ses responsabilités en santé communautaire.

Ces dernières années, les DSC ont aussi pris contact avec les établissements qu'ils n'avaient pas l'habitude de côtoyer. Parmi leurs partenaires, ils comptent de plus en plus de centres de services sociaux, de centres d'accueil et d'autres centres hospitaliers que ceux auxquels ils sont rattachés. En 1987, plus du quart de leurs dossiers impliquent l'une ou l'autre de ces catégories d'établissements. Il s'agit plus particulièrement de collaboration dans la coordination des admissions en hébergement des personnes âgées, dans l'identification de besoins et l'analyse de problèmes socio-sanitaires, dans l'organisation et l'évaluation de services de santé ou d'interventions sur des problèmes comme le suicide, l'inceste et la violence.

En somme, les DSC, ont connu récemment une période de remise en question intense, ce qui leur aura permis de se ménager un rôle important dans la production et la diffusion d'informations sur l'état de santé des populations et dans l'évaluation des résultats des interventions.

4.4 Les DSC comme organisation

Les DSC ont évolué de façon hétérogène. Il n'y a pas lieu de s'en étonner outre mesure puisqu'ils diffèrent sur plusieurs aspects: par la taille de la population qu'ils desservent et de leur territoire, par leurs ressources, par la relative imprécision de leur mandat, par leurs contextes organisationnels et environnementaux et aussi par l'état de santé et les besoins de leur population.

4.4.1 La transformation des approches

Au cours des dernières années, les DSC ont transformé considérablement leurs approches. Au début, leurs interventions s'adressaient à des groupes cibles tels les femmes enceintes ou les écoliers. L'évaluation des cours prénatals et des programmes de dépistage les a amenés à reconsidérer cette approche et à s'orienter plutôt vers des problèmes prioritaires comme les MTS, la santé environnementale et le suicide.

De même, les contenus de programmes ont considérablement changé. À titre d'exemple, en santé maternelle et infantile, le dépistage de problèmes physiques et sensoriels a fait place à des programmes visant à instrumenter les parents défavorisés pour mieux pourvoir aux besoins de développement de leurs enfants.

Concurremment, dans l'identification des problèmes et la conception d'interventions, ils ont ajouté graduellement à leur approche épidémiologique à caractère plutôt technique, comme le sont les profils socio-sanitaires, une approche plus socio-communautaire telle celle qu'ils ont développée avec les municipalités: « villes et villages en santé ». Cette évolution s'est traduite par un changement progressif de rôles: au rôle de consultant-expert fournissant des programmes préventifs très élaborés, ils ont ajouté un rôle de consultant-facilitateur ou d'animateur auprès d'un nombre croissant de clientèles de la communauté.

4.4.2 Les ressources

Les équipes de départ des DSC étaient essentiellement formées de médecins, de dentistes et d'infirmières. Peu après leur création, on y a ajouté progressivement des nutritionnistes, des audiologistes, des hygiénistes dentaires, des agents de recherche formés en sociologie ou en épidémiologie. Aujourd'hui, les disciplines représentées dans les DSC sont très nombreuses et appartiennent aussi bien aux sciences sociales, aux sciences fondamentales, aux sciences de la communication, de l'administration, de l'éducation qu'à la médecine, au nursing et à la nutrition. À titre d'exemple, 12,7 % du personnel des DSC appartiennent à des disciplines sociales comme le service social, la sociologie, l'anthropologie, les sciences politiques, l'économie, la démographie et la géographie. Au chapitre de l'expertise professionnelle, les niveaux de formation sont de plus en plus élevés: en 1987, sur les quelque 700 professionnels qu'on retrouve dans les DSC, 239 possèdent des maîtrises et 14 des doctorats, dans différentes disciplines.

On ne peut passer sous silence le rôle majeur qu'ont joué les universités dans le développement de l'expertise en santé communautaire. Elles ont soutenu les DSC, par des programmes de formation intensive en cours d'emploi, au moment où ils éprouvaient des besoins importants et urgents de formation, comme ce fut le cas au moment de leur création et lors de l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Elles ont aussi contribué fortement, particulièrement avec leurs programmes de certificat et de maîtrise en santé communautaire, à ouvrir le domaine de la santé publique à des professionnels de diverses disciplines.

4.4.3 Les DSC et les centres hospitaliers désignés

Au cours des quinze dernières années, l'intégration des DSC dans les hôpitaux a été régulièrement remise en question, de l'intérieur comme de l'extérieur. Deux tendances se sont toujours affrontées: d'un côté, celle des partisans du maintien dans l'hôpital pour mieux influencer la pratique médicale et bénéficier de la crédibilité de l'institution et, de l'autre côté, celle des autonomistes qui sont convaincus que les DSC sont prisonniers à l'intérieur des CH et ne peuvent ainsi tisser le réseau de relations qui leur est nécessaire pour accomplir leur mission. De fait, il semble que le CH soit plutôt neutre quant à l'accomplissement de la mission du DSC, ne créant pas d'obstacle et ne le facilitant pas.

En pratique, la plupart des DSC ne se sont pas vraiment intégrés dans la structure professionnelle du CH. Tout au plus, ont-ils joué un rôle de dépanneur, comme lorsqu'ils fournissent des médecins pour la coordination des services d'urgence. Ils ont aussi maintenu des contacts avec les médecins cliniciens, particulièrement dans les activités médico-administratives et dans le contrôle des maladies infectieuses. Toutefois, les DSC ont été généralement bien intégrés dans la structure administrative de leur CH. En 1983, au moins 24 chefs de DSC siégeaient au comité de régie de leur CH.

L'histoire des DSC, au cours des quinze années de leur existence, aura été marquée par une transformation lente et parfois difficile, dans un système qui a aussi connu des débuts et un cheminement laborieux. Mais l'approche de population, intégrant la prévention, le traitement et la réadaptation, a trouvé sa place dans le système de santé régional. Les DSC ont joué un rôle déterminant dans le succès de cette opération.

5. Les centres de services sociaux

Au début des années 70, les services sociaux étaient dispensés principalement par 42 agences subventionnées en grande partie par l'État. Leurs clientèles étaient constituées de jeunes, de familles, d'adultes et de personnes âgées. Les principaux services offerts étaient la consultation psychosociale, les services d'adoption, l'évaluation et le placement en centre d'accueil, l'évaluation de foyers nourriciers.

En dehors de ces agences, d'autres établissements offraient des services sociaux. Il s'agissait des centres d'accueil, des centres hospitaliers, des écoles et de la Cour du bien-être social. À cette époque, le développement des services sociaux était très inégal d'une institution à l'autre et d'une région à l'autre.

Les principaux problèmes liés à l'organisation des services sociaux au début des années 70 tenaient au manque d'accessibilité et à l'inexistence de certains services. De plus, l'absence de politique uniforme dans la distribution des services posait un problème de continuité d'intervention auprès de la clientèle. Par ailleurs, les services sociaux devaient faire face à des problèmes multiples avec des équipes professionnelles réduites. Les intervenants se devant d'être très polyvalents, il ne s'y développait pas d'expertise.

5.1 La réforme des années 70

Avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, on adoptait un nouveau modèle de distribution des services sociaux. Celui-ci prévoyait, à l'image du modèle de la santé, deux structures de distribution de services, l'une locale, les CLSC, l'autre régionale, les CSS. C'est ainsi que furent fusionnées les 42 agences de service social pour former 14 CSS.

Le mandat initial confié aux CSS était d'offrir des services sociaux spécialisés favorisant la promotion du bien-être. Ainsi, de 1972 à 1975, une démarche de réflexion sur la distribution des services sociaux s'engagea. Les CSS furent préoccupés de mettre en place ce modèle organisationnel qui structurait les services sur une base régionale et les organisait en fonction de programmes et de clientèles cibles. À ces programmes et clientèles furent affectées des effectifs sociaux. Par ailleurs, on créa, au sein des CSS, des directions de services professionnels chargées de s'occuper de la recherche, de la programmation et de la qualité des services offerts.

Pour la première fois, on confiait à un seul établissement, le CSS, le développement des ressources intermédiaires non seulement pour les clientèles des CSS, mais pour toutes les clientèles des établissements de la région. Ainsi, les CSS, tout en assurant les services sociaux personnels et spécialisés, devenaient responsables de la coordination des admissions en centre d'accueil ainsi que du développement, de la formation, du soutien et du paiement des familles d'accueil, le tout dans une perspective d'utilisation rationnelle des ressources institutionnelles et non institutionnelles. On désirait, par la régionalisation, assurer une répartition équitable des ressources et favoriser le développement d'expertise autour de certaines problématiques. On intégra aussi aux CSS les services sociaux hospitaliers, scolaires et judiciaires. De plus, on devait assurer tous les services sociaux en l'absence des CLSC.

Ce modèle de distribution de services devait permettre une meilleure rationalisation des ressources humaines, une coordination régionale dans l'élaboration des programmes et le développement d'une expertise en service social.

5.2 Les services offerts dans les CSS de 1972 à 1975

Dans le domaine jeunesse-famille, les CSS ont regroupé les services à la Cour du bien-être social, les services d'adoption, de placement d'enfants et de consultations conjugales et familiales. Ils offraient en plus des services aux adultes mésadaptés, handicapés et psychiatrisés. Pour les personnes âgées, l'intervention des CSS se limitait au début à fournir les services d'auxiliaires familiales et de placement en centres d'accueil d'hébergement et en familles d'accueil, ainsi que l'aide financière.

Les services sociaux hospitaliers, pour leur part, ont été rattachés aux CSS dans le but d'assurer une meilleure équité dans la distribution des services à la population et une meilleure coordination des services sociaux hospitaliers avec les services sociaux offerts dans la communauté. Les CSS ont ainsi hérité des budgets, des effectifs et de la responsabilité de la distribution des services sociaux dans les centres hospitaliers.

À l'instar des services sociaux hospitaliers, les services sociaux scolaires ont été rattachés aux CSS dans le cadre d'un mandat visant à organiser et maintenir les services sociaux dans les milieux qui en avaient besoin mais dont la tâche essentielle était axée sur d'autres champs d'activités. Ces services fonctionnaient sur la base de contrats de services entre les commission scolaires et les CSS. Les services sociaux scolaires comprenaient des programmes préventifs et curatifs.

Les effectifs des services de probation ont eux aussi été transférés dans les CSS. Ainsi, les jeunes mineurs ayant commis un délit relevaient toujours de la Cour du bien-être social mais étaient transférés aux CSS pour leur période de probation.

Par ailleurs, les CSS, en plus d'avoir à coordonner l'ensemble des admissions en centres d'accueil, devaient veiller au développement de familles d'accueil pour les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Ils coordonnaient l'accès, le paiement et le support à ces familles. Ainsi s'amorçait la mise en place de politiques uniformes non seulement dans les régions, mais à travers tout le Québec quant au recrutement et au paiement des familles d'accueil. Du côté du placement en centre d'accueil d'héber-

gement et de réadaptation, on assista au développement de critères d'accessibilité et à la coordination des admissions.

À mesure que se consolide l'organisation des services sociaux en CSS, de nouvelles philosophies d'intervention émergent. Dans un courant de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation, on remarque que le placement devient un moyen d'aide à l'intervention sociale plutôt qu'un objectif et on assiste à une réduction importante du nombre d'enfants placés en familles d'accueil et en CAR. Par ailleurs, le mandat des familles d'accueil se modifie. En plus de la clientèle des enfants et des jeunes mésadaptés socio-affectifs, les familles d'accueil se voient confier des adultes handicapés physiquement, intellectuellement, avec des problèmes psychiatriques et des personnes âgées. Ce nouveau développement a d'ailleurs amené en 1984 la reconnaissance légale de trois types de familles d'accueil: régulière, spéciale et de réadaptation. Toujours en matière de ressources intermédiaires d'hébergement, les CSS ont entrepris de développer des ressources variées en fonction des besoins des clientèles, dont les appartements supervisés et les appartements partagés.

C'est au cours de cette période également que s'amorce un second courant de pensée: la responsabilisation parentale. Celle-ci se traduit par le maintien des enfants dans leur foyer, lorsque possible, par le maintien des liens parents-enfants lors du placement et par l'instauration d'une contribution financière des parents lors d'un tel placement.

5.3 L'implantation sur la *Loi de la protection de la jeunesse*

L'implantation de la *Loi sur la protection de la jeunesse* a apporté des modifications importantes au plan de la pratique sociale, des services sociaux à l'enfance et dans l'organisation même des CSS.

Sanctionnée en 1977, cette Loi entra en vigueur le 15 janvier 1979. Selon le législateur, son objectif est de supporter les parents dans l'exercice de leurs responsabilités de manière à maintenir les enfants dans leur milieu naturel. L'enfant devient sujet de droit. L'article 8 stipule que « l'enfant a droit de recevoir des services de santé, des services sociaux et des services d'éducation adéquats... » Par ailleurs, la création du Tribunal de la jeunesse et celle de postes de directeurs de la protection de la jeunesse, avec autorité sur l'orientation des jeunes délinquants ou en situation de protection, sont venus modifier considérablement les services sociaux à la jeunesse au sein des CSS.

La vaste campagne de publicité qui entoura l'implantation de cette Loi amena un nombre inattendu de signalements. Ainsi, durant les cinq premiers mois de l'application de la Loi, il y eut 29 485 cas d'enfants signalés en besoin de protection, 7 659 cas d'enfants maltraités et 3 345 cas de délinquance. Les effectifs furent rapidement débordés, amenant la constitution de listes d'attente. Malgré le principe d'accès aux services prévu par la loi, les CSS ont dû établir des priorités en répondant aux signalements les plus urgents. Depuis ce temps, les listes d'attente n'ont cessé de croître. En 1986, il y avait environ 2 000 enfants pour lesquels un signalement a été fait et qui, faute d'effectifs suffisants, demeurent sur les listes d'attente. On constate par ailleurs que dès l'implantation de cette loi, les CSS se seraient retrouvés devant un manque de ressources important.

5.3.1 Des modifications à la pratique sociale

Après les ajustements requis par la création des CSS, la pratique sociale fut à nouveau modifiée dans le domaine des services à l'enfance par l'entrée en vigueur de cette Loi qui venait non seulement changer le contexte de la pratique mais aussi tout le processus d'intervention, en obligeant désormais les praticiens sociaux à travailler en étroite collaboration avec le monde judiciaire.

Traditionnellement, la relation intervenants/clients avait toujours été établie sur une base volontaire. L'implantation de la Loi impliquait que les praticiens sociaux allaient désormais devoir travailler en contexte d'autorité, ce qui venait modifier profondément les pratiques sociales.

La Loi venait non seulement confier à l'intervenant social le mandat de vérifier les situations d'enfants signalés et de prévoir des actions à entreprendre, mais elle venait par ailleurs structurer les pratiques en fonction d'étapes de signalement, d'évaluation et de révision des cas. Ce nouveau processus a par ailleurs affecté le principe de continuité dans l'intervention: un praticien étant chargé de l'évaluation-orientation, un autre de la prise en charge. Cette systématisation du processus a cependant favorisé, malgré les contraintes, le développement de compétences dans le domaine de la protection. En effet, les intervenants ont dû perfectionner leur pratique professionnelle, diversifier leurs approches et développer des habiletés spécifiques face aux situations de crise et d'urgence.

La Loi avait aussi prévu un mécanisme de contrôle externe, soit le Comité de la protection de la jeunesse, relevant du ministère de la Justice. Le mandat confié au Comité était de surveiller et de contrôler les cas d'enfants évalués en besoin de protection. En 1984, son mandat a cepen-

dant été élargi; il devient alors un véritable ombudsman des droits de l'enfant, en plus d'avoir un rôle particulier en matière d'information, de prévention et de liaison avec les organismes communautaires. Dans le cadre de ses pouvoirs d'enquête, le Comité peut faire des recommandations en vue de modifier une situation et peut intenter des poursuites si celles-ci ne sont pas appliquées. Il a cependant peu d'emprise sur les listes d'attente puisque la Loi prévoit que le droit aux services est conditionné par l'organisation et les ressources des établissements.

Compte tenu des budgets et des demandes de services liés à l'application de la Loi, les établissements ont donc dû revoir l'organisation des services et les services offerts. Les intervenants, pour leur part, ont subi une forte pression due aux charges de travail importantes, aux listes d'attente, aux contraintes budgétaires et à la lourdeur de la clientèle. Tout ceci aurait contribué au roulement important de personnel et à la difficulté de recruter des intervenants d'expérience pour les services de la protection de la jeunesse.

5.3.2 Des modifications sur le plan organisationnel

Les CSS ont dû revoir leur structure organisationnelle pour l'adapter aux exigences de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Dès le départ, une collaboration dut s'établir entre les directeurs de la protection de la jeunesse et les CSS. Le rattachement des directeurs aux CSS souleva un débat important. Ainsi, le directeur étant rattaché au CSS, il devenait dépendant de cet établissement quant à ses ressources et dès lors fut considéré comme pouvant être fortement influencé par les CSS. Le second débat concerna la place du directeur dans les CSS et le conflit d'autorité qui se développa entre des directeurs généraux de CSS et leur directeur de la protection de la jeunesse. Sur le plan administratif, le directeur devait agir sous l'autorité directe du directeur général, mais la Loi n'était pas claire quant à qui avait autorité sur les cas de protection lorsqu'ils étaient pris en charge par le CSS.

Le rapport Charbonneau, publié en 1982, confirmera la place du directeur de la protection de la jeunesse dans le CSS et viendra préciser son autorité en ce qui concerne les enfants en besoin de protection.

Par ailleurs, on constate que le concept de protection, proposé par la loi de 1977, a fait lui aussi l'objet d'un débat, certains le considérant comme ayant une portée trop large. Le rapport Charbonneau contribua également à préciser ce concept. Le débat n'est pas pour autant terminé en

raison notamment des problèmes des listes d'attente et du financement de la protection de la jeunesse.

Le législateur obligeant les CSS à être accessibles tous les jours, 24 heures par jour, ils dûrent développer des services continus d'urgence sociale et prévoir des ressources dites de dépannage. Ces services amenèrent par ailleurs le débordement de la clientèle, car on ne pouvait les réserver aux seuls jeunes. Il fallut aussi instaurer un service régional et centralisé de réception des signalements.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions du Code civil concernant l'adoption ont amené les services sociaux à adapter leurs façons de faire, spécialement en regard des enfants abandonnés et de la déchéance parentale. Le directeur de la protection de la jeunesse allait dorénavant assumer les services reliés à l'adoption.

En 1984, l'adoption de la *Loi sur les jeunes contrevenants* vint modifier les services sociaux aux jeunes délinquants. On donna aux CSS le mandat d'appliquer cette Loi fédérale en territoire québécois. Le directeur de la protection de la jeunesse, à cause de ses responsabilités avec les jeunes et de la concertation déjà développée avec les acteurs sociaux et judiciaires, était tout désigné pour remplir le rôle de directeur provincial.

5.4 Les compressions budgétaires

Dès 1977, les CSS avaient dû amorcer une réduction de services en raison des compressions budgétaires, mais ils furent frappés de façon particulière en 1982, année où le Gouvernement amputa leur budget de 7,83 %. Vu un budget déjà insuffisant depuis l'implantation de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, cette coupure affecta très durement les CSS. Ainsi, si on examine l'évolution des dépenses du Ministère de 1976 à 1985, on constate que les budgets des CSS ont augmenté de 101 %, alors que le pourcentage d'augmentation du coût de la vie se situe à lui seul à 102 %. Les CSS n'ont donc pour ainsi dire connu aucun développement durant cette période et ce, malgré un élargissement important de leur mandat. Si, en 1979, 9 millions de dollars supplémentaires ont été accordés aux CSS pour implanter la *Loi sur la protection de la jeunesse*, en 1981, une somme de plus de 14 millions de dollars leur a été retranchée. Compte tenu que 86 % des budgets des CSS sont affectés à la masse salariale, c'est directement sur les effectifs que les coupures budgétaires s'opérèrent. Les CSS n'eurent donc d'autres choix que de diminuer, voire même de faire disparaître certains services. Les CSS décidèrent de définir des clientèles

prioritaires en matière de protection; par ailleurs, ils réduisirent leurs activités de recherche et de programmation.

Ces coupures dans des services considérés à d'autres moments comme essentiels furent justifiés par la diminution de la capacité de payer de l'État. Ils amenèrent une remise en question de l'efficacité et de la productivité des services sociaux alors que, depuis 1972, ceux-ci avaient dû oeuvrer au sein de structures organisationnelles tout à fait instables.

Toujours durant cette même période, des mandats supplémentaires ont été confiés aux CSS afin de répondre à de nouveaux besoins. Par exemple, dans le domaine de l'adoption, la montée du mouvement « Les Retrouvailles » et le développement des services d'adoption internationale ont obligé les CSS à mobiliser des effectifs afin de distribuer ces nouveaux services. Se sont également développés les services d'expertise psychosociale à la Cour supérieure, en matière de garde d'enfants, ainsi que les services de médiation. Par contre, depuis 1984, à la suite de l'adoption de la réglementation sur l'administration et la gestion des établissements, la coordination des admissions en centres d'accueil est assurée par les CRSSS.

5.5 Le cadre de partage CSS - CLSC

Le nouveau cadre de partage des responsabilités entre les CSS et les CLSC intervenu en 1984-1985 avait pour objectif premier de compléter la mission sociale des CLSC. Ce cadre de partage est venu préciser les mandats respectifs de ces établissements.

Outre son mandat dans le domaine de la protection de la jeunesse, qui oriente de plus en plus les CSS vers un rôle de protection, ces derniers ont une responsabilité à l'égard des personnes placées en famille d'accueil ou en institution. Ils doivent donc délaisser les services en milieu naturel offerts dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, dont la responsabilité est désormais confiée aux CLSC. Il en est ainsi des services sociaux en milieu scolaire. Il faut cependant rappeler que le cadre de partage n'a pas été effectué sur le territoire de l'Île de Montréal.

Les CSS étaient donc à nouveau amenés à repenser l'organisation de leurs services et les intervenants, l'orientation de leur pratique.

5.6 La situation des CSS aujourd'hui

Les services sociaux en CSS sont actuellement concentrés autour de la clientèle jeunesse-famille. Les CSS offrent néanmoins certains services à une clientèle d'adultes et de personnes âgées. Ils sont responsables par ailleurs du développement et de l'organisation des ressources intermédiaires d'hébergement. Enfin, les CSS ont toujours le mandat de distribuer les services sociaux dans les milieux hospitaliers, ainsi que dans les milieux scolaires pour la région de Montréal.

5.6.1 Les services sociaux dans le domaine jeunesse-famille

L'action des CSS est actuellement centrée sur le concept de protection des jeunes. Ainsi, ils doivent veiller à l'application de deux lois importantes touchant la jeunesse, soit la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur les jeunes contrevenants*, ainsi qu'à l'application des mesures reliées à l'adoption. Ils doivent également offrir des services sociaux et des ressources capables d'assurer le développement et le plein épanouissement des jeunes qui leur sont confiés. De plus, les CSS s'occupent aussi des jeunes placés dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Tous les CSS n'ayant pas adopté un système unique de gestion des cas en attente, il est difficile d'établir le nombre exact d'enfants actuellement placés sur des listes. Malgré l'injection ponctuelle d'argent et l'engagement de ressources humaines supplémentaires pour des périodes temporaires, les établissements ne sont pas arrivés à faire diminuer les listes d'attente de la protection de la jeunesse de façon permanente. Les compressions budgétaires, l'insuffisance des services de première ligne, l'accès aux services sociaux par le seul canal de la protection dans le cas des jeunes, la complexification de l'évaluation des situations de protection et le manque de ressources spécialisées sont autant d'éléments pouvant expliquer la persistance des listes d'attente.

Par ailleurs, malgré les clarifications faites au concept de protection par le rapport Charbonneau, on constate qu'il fait toujours l'objet d'un débat au Québec. Certains le jugent trop large, d'autres, trop restrictif.

5.6.2 Les services aux adultes et aux personnes âgées

Alors que les services aux adultes mésadaptés, handicapés, psychiatrisés et aux personnes âgées, au début des années 70, se limitaient presque exclusivement à l'hébergement, les CSS ont tenté de développer depuis une quinzaine d'années une série de services et de ressources. On considère cependant que peu de développements dans ce domaine ont vraiment

pris place, si ce n'est dans le secteur des services de maintien à domicile et des ressources intermédiaires.

Le mandat de coordination des admissions en centres d'accueil dévolu aux CSS jusqu'en 1984 les mettaient en position de rationaliser l'utilisation des ressources institutionnelles et de favoriser l'adoption de critères uniformes d'admission. Par ailleurs, dans le cadre du mouvement de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation des adultes mésadaptés, handicapés ou psychiatrisés, les CSS ont contribué à la mise sur pied de services externes d'aide à domicile, comme les familles d'accueil de dépannage ou de jour, et de ressources intermédiaires diversifiées pour les cas lourds et légers. Ils ont de plus supporté différents organismes communautaires soit en favorisant leur création, soit en travaillant avec eux.

La *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* a retranché aux CSS le mandat de la coordination et de l'évaluation des admissions en CAH et en CAR. Ainsi, le cadre de partage a confié aux CLSC le mandat d'évaluer les demandes d'admission ainsi que l'aide à apporter en milieu naturel. Les CRSSS pour leur part s'occupent désormais de la coordination des admissions en CAR et en CAH. Le rôle des CSS dans le domaine de l'intervention auprès des personnes âgées consiste à évaluer les besoins d'hébergement des personnes en milieu hospitalier, à développer des ressources intermédiaires, à gérer un comité de placement pour ces ressources et à fournir une aide aux bénéficiaires qui y sont placés.

5.6.3 Les ressources intermédiaires d'hébergement

Familles d'accueil, résidences de fin de semaine, foyers affiliés à des centres hospitaliers psychiatriques, pavillons, appartements surveillés, voilà autant de formes de ressources intermédiaires d'hébergement qui se sont développées au cours des dernières années. On veut ainsi répondre aux besoins diversifiés des enfants, des adultes et des personnes âgées.

Cette diversification n'est toutefois pas sans créer certains problèmes. Ainsi, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* regroupe toutes les ressources intermédiaires d'hébergement pour neuf bénéficiaires et moins sous l'appellation de famille d'accueil. Or, le concept de famille d'accueil, traditionnellement associé aux enfants, n'est pas adéquat dans le cas des adultes et des personnes âgées et surtout, ne reflète pas cette diversité de ressources et de services. Ainsi, dans le cas des personnes âgées, le concept de résidence protégée serait peut-être plus approprié.

Par ailleurs, si ce sont les CSS qui ont le mandat de développer les ressources intermédiaires d'hébergement, il n'en demeure pas moins que d'autres catégories d'établissements, tels que les centres hospitaliers psychiatriques et les centres d'accueil, ont mis sur pied de telles ressources pour leur clientèle; en demandant que leur soit reconnue la responsabilité de développer de telles ressources, ces établissements mettent l'accent sur la continuité des services.

5.6.4 Les services sociaux en milieu scolaire

Les services sociaux scolaires avaient été rattachés aux CSS suite à l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'objectif recherché était de favoriser une utilisation plus rationnelle de ces services et d'encourager le développement d'une expertise dans ce domaine. Dès le départ, ces services se donnaient pour mission d'aider les élèves aux prises avec des problèmes scolaires reliés à des facteurs sociaux et de prévenir ou contrer certains problèmes sociaux qui se manifestent à l'école. Ces services étaient alors offerts par le biais de programmes préventifs et curatifs. Depuis une dizaine d'années toutefois, l'intégration aux classes régulières d'enfants mésadaptés ou ayant des déficiences physiques ou mentales a amené une transformation de la demande des écoles vers des services presque exclusivement curatifs.

Ce mouvement a été encouragé par les CSS eux-mêmes qui exigent que leurs intervenants sociaux en milieu scolaire offrent des services de protection aux jeunes signalés par ce milieu. Depuis 1985, sauf pour la région de Montréal, les effectifs concernés ont été transférés dans les CLSC, amenant une redéfinition des services sociaux en milieu scolaire.

5.6.5 Les services sociaux en milieu hospitalier

À la veille de la réforme, les services sociaux hospitaliers étaient très inégalement développés. Par le rattachement aux CSS, on désirait assurer une meilleure équité dans la distribution des services à la population. Par ailleurs, on souhaitait aussi favoriser une meilleure utilisation des ressources humaines, en procédant soit à une redistribution des effectifs ou à un ajout de ressources.

La réforme n'a pas manqué de soulever un débat entre les CSS et les centres hospitaliers quant au rattachement des praticiens. Les centres hospitaliers voyaient d'un mauvais oeil la perte de contrôle sur le personnel social. De plus, les praticiens sociaux et les gestionnaires ont déploré le dédoublement administratif qui allait nécessairement s'opérer. Toute-

fois, on constate que le regroupement des praticiens oeuvrant en milieu hospitalier au sein des CSS a favorisé la rationalisation des programmes. Ce rattachement aurait aussi fourni une plus grande autonomie des intervenants face aux centres hospitaliers, les praticiens devenant ainsi de meilleurs interlocuteurs. Bref, leur rattachement aux CSS a favorisé la complémentarité du social et de la santé comme le réclament les besoins psychosociaux de la clientèle hospitalière.

Après bientôt quinze ans, on constate toutefois que la redistribution des effectifs et l'ajout de ressources prévus au départ ne se sont pas faits. La plupart des centres hospitaliers de petite et moyenne dimension étaient desservis par un nombre insuffisant de praticiens et avaient déjà fait des demandes de personnel additionnel. Dans les centres hospitaliers plus importants disposant d'une équipe en service social, ces services étaient partie intégrante de programmes bien implantés et il était généralement impossible d'amputer ces programmes de leur personnel social sans en compromettre la survie.

S'il est une composante du réseau dont l'évolution aura été caractérisée par le mouvement, voire le chambardement, c'est bien les centres de services sociaux. Après quatre périodes majeures de transformations, une certaine stabilité propice au développement des services serait la bienvenue.

6. Les centres locaux de services communautaires

Les CLSC constituent une des innovations principales de la réforme des services de santé et des services sociaux au Québec. Ils devaient même en constituer l'épine dorsale puisqu'ils devaient être la porte d'entrée principale au réseau de services de première ligne. Mais l'histoire des CLSC aura été fertile en rebondissements.

6.1 Le contexte de départ

Le mouvement d'animation sociale de la deuxième moitié des années 60 devait générer, notamment dans les quartiers défavorisés de Montréal, la création d'une multitude de nouveaux groupes et de nouvelles ressources communautaires largement fondés sur la participation populaire et qui véhiculaient un langage plutôt critique à l'égard des services publics traditionnels. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, cela se traduisit notamment par la création des premières cliniques populaires de santé dont le concept commençait à se répandre. En même temps, s'élaborait un nouveau concept de centre communautaire qui allait cher-

cher à regrouper sous un même toit différents services utiles au développement des communautés défavorisées tels que des services sociaux, d'éducation populaire, de garderie et de logement.

C'est dans ce contexte que la Commission Castonguay-Nepveu publia son rapport sur l'organisation des services de santé. Elle y faisait le constat du manque de cohésion, de globalité et de continuité du système et proposait en retour une vision stimulante et mobilisatrice de l'organisation des services de santé. Il fallait favoriser l'accessibilité des services, la continuité des soins, leur globalité, mais aussi encourager l'autonomie des individus et leur participation à l'amélioration de leur état de santé.

Pour ce faire, la Commission proposait notamment la création de centres locaux de santé. Ceux-ci seraient rattachés aux centres communautaires de santé chargés de distribuer les services hospitaliers et spécialisés. Ils pourraient être privés ou publics et seraient responsables sur un territoire donné de distribuer les services de première ligne et les services préventifs. La législation déposée et adoptée en 1971 élargit toutefois le concept de centres locaux de santé pour y intégrer l'intervention sociale et communautaire: les centres locaux de services communautaires devenaient ainsi le lieu privilégié de l'intervention de première ligne, tant sociale que sanitaire.

Dans un document daté de juin 1972, le ministère précisa sa pensée à l'égard des CLSC: ils devront donner des services courants et des services préventifs, tant en matière de santé et de santé mentale que de services sociaux. Il fonctionneront en équipe multidisciplinaire et favoriseront la répartition des tâches entre les différents professionnels de la santé. À cette fin, ils devaient notamment intégrer le personnel des 75 unités sanitaires qui était encore rattaché au ministère et celui chargé de la dispensation des soins et services à domicile, rattaché jusque-là aux centres hospitaliers.

On prévoyait la création de 166 CLSC desservant en moyenne des populations de 10,000 à 30,000 personnes. Ils devaient être créés rapidement et permettre une décentralisation de la distribution des services courants. Ils devaient appliquer une médecine globale favorisant le salariat ou la rémunération à vacation. On conserva enfin cette idée qu'ils constitueraient la porte d'entrée principale du système.

6.2 Des obstacles à surmonter

L'implantation des CLSC fut beaucoup moins rapide et moins simple que prévu et le réseau des CLSC ne sera complété que 15 ans plus tard. Les difficultés devaient en effet être nombreuses.

Ainsi, les médecins s'opposeront à la réforme et seront peu nombreux à se bousculer aux portes des nouveaux CLSC. Ils accéléreront la création des cliniques et des polycliniques médicales et cela souvent à proximité des CLSC eux-mêmes. Les médecins disposaient d'une rapidité d'action que n'avaient pas les CLSC: dans leur cas, il se passait en effet souvent plus d'un an entre l'annonce de la création du CLSC et le début de ses opérations.

Dans ce contexte, il devenait donc impossible pour les CLSC d'aspirer à jouer le rôle de porte d'entrée principale. Mais la création des CLSC devait permettre d'accélérer, en réaction, la mise en oeuvre d'une autre recommandation de la Commission Castonguay-Nepveu. Celle-ci avait en effet indiqué sa préférence pour une pratique médicale de groupe plutôt que le maintien d'une pratique individuelle. C'est ce qui devait se produire en quelques années. On compte maintenant plus de 500 cliniques médicales, regroupant autant des omnipraticiens que des spécialistes.

Mais les choses devaient aussi être plus difficiles à d'autres égards. Ainsi, les cliniques externes de soins généraux des centres hospitaliers devaient progressivement être dirigées vers les CLSC. Le Ministère ne chercha jamais vraiment à inciter les centres hospitaliers à bouger dans cette direction, surtout qu'il n'y avait pas de CLSC partout. Les cliniques externes continuèrent donc à se développer en milieu hospitalier, créant ainsi un mouvement presqu'irréversible de non-transférabilité des ressources.

Même chose au moins pour un certain temps dans le cas du personnel des unités sanitaires. Faute de CLSC, on a dû les intégrer dans les DSC. Il était probablement préférable d'attendre un peu avant d'effectuer un second transfert vers un autre type d'établissement, afin d'éviter de trop bousculer le personnel. Une entente était d'ailleurs signée par le Ministère en 1974 à l'effet que le personnel des unités sanitaires en place ne serait touché que par un seul transfert. Dix ans plus tard les choses devaient cependant être plus faciles. Il en alla autrement dans le cas des transferts des CSS vers les CLSC. Déjà en 1976, le Ministère prévoyait un transfert progressif des effectifs des CSS vers les CLSC. Mais il faudra attendre dix ans.

Si le transfert d'effectifs vers les CLSC devait générer des résistances, l'absence d'un réseau suffisamment complété de CLSC aura aussi d'autres conséquences. Ainsi, on n'a pu confier formellement aux CLSC la responsabilité de deux importantes réformes sociales, soit la protection de la

jeunesse et la santé et la sécurité du travail, tant qu'on n'avait pas l'assurance que le réseau serait complété rapidement. Or, on était alors en plein moratoire sur le développement des CLSC. Les allusions aux CLSC seront donc timides dans les deux textes de loi encadrant ces réformes, le premier renvoyant les CLSC à un rôle général de prévention et le second spécifiant que les DSC peuvent sous-contracter avec les CLSC pour la livraison de services de santé en milieu de travail.

6.3 Le temps du changement

6.3.1 La période d'expérimentation (1972-1976)

Dès le départ, le Ministère devait manifester une grande ouverture à l'égard des CLSC. Ainsi, dans les trois premières années qui suivirent l'adoption de la Loi, 71 CLSC furent créés. Ce sont aussi des années où le Ministère s'emploiera à mieux définir les CLSC. Ainsi en 1973, il définissait ses orientations en santé communautaire, ce qui touchait directement les CLSC puisque ceux-ci s'y voyaient confier en principe la distribution directe des services de santé préventifs. Un autre document devait suivre peu après concernant les services sociaux qui devaient être mis en oeuvre au bénéfice des enfants. On y privilégiait notamment les CLSC comme lieux de services. Ces deux documents ont été pendant quelques années les principaux fondements de l'orientation du Ministère à l'égard des CLSC.

Mais au cours de ces années, le Ministère ne disposait pas vraiment de stratégie d'implantation des CLSC; celle-ci s'effectuait en fonction de facteurs variés tels que la volonté politique, la pression populaire, l'absence ou la rareté de ressources, particulièrement de ressources médicales, l'état de pauvreté de quartiers ou de secteurs, la volonté d'expérimentation dans certaines régions. Ce n'est d'ailleurs qu'en 1975 que le Ministère voudra systématiser ses orientations et qu'il demandera aux CRSSS de préparer un plan quinquennal d'implantation des CLSC sur leur territoire respectif.

Le Ministère n'avait pas vraiment non plus de stratégie de budgétisation. Il donnait d'abord un budget d'implantation à un comité promoteur, lequel s'adjoignait une petite équipe chargée de procéder à l'étude des besoins de la population du secteur, aux consultations nécessaires et parfois très extensives et enfin à l'élaboration de la programmation du futur CLSC. Dans certains cas, cette démarche devait prendre jusqu'à 18 mois. Le Ministère accordait ensuite les budgets après négociation avec chacun des CLSC, sur la base des demandes élaborées par le CLSC quant aux services qu'il jugeait nécessaire de rendre sur son territoire.

Le Ministère n'avait pas non plus de critère qui lui aurait permis d'évaluer la justesse ou l'ampleur des besoins d'un territoire par rapport à un autre. L'utilisation de données démographiques et sanitaires appliquées à des territoires aussi réduits que ceux des CLSC en était à ses premiers pas: les DSC n'avaient pas vraiment commencé à le faire et les analyses de besoins effectuées par l'équipe d'implantation du futur CLSC étaient souvent les premières réalisées sur le territoire.

C'était l'époque de la « couleur locale », avec cette croyance implicite que les besoins et les dynamiques locales justifiaient la mise en place de services fort différents d'un CLSC à l'autre. Cette prétention, si elle n'était fondée qu'en partie, devait cependant être très mobilisatrice pour les professionnels d'origines diverses qui se retrouvaient dans les CLSC sans avoir vraiment l'expérience du travail multidisciplinaire. Puisque les besoins étaient différents, on pouvait donc innover et traduire cela dans des programmes nouveaux ou encore adapter à une sauce différente les programmes plus traditionnels de santé publique. Bref, en centrant l'attention sur les besoins, sur les programmes nouveaux, on donnait un point de référence qui permettait de prendre une certaine distance par rapport aux délimitations trop strictes des diverses professions.

Toute cette activité devait cependant soulever des remous. Dans certains cas, ils étaient occasionnés par une trop grande activité visible. La dynamique participative qu'on privilégiait dans les CLSC avait souvent pour conséquence de regrouper les personnes qui vivaient un même problème et de les amener à exercer des pressions sur les élus ou les preneurs de décisions.

Par ailleurs, on s'impatientera de la lenteur des CLSC à donner des services directs à la population. Le processus d'implantation était en effet parfois très long, surtout lorsque la population locale avait des besoins immédiats de services. Malgré les réalisations de plusieurs CLSC, l'insatisfaction était croissante, particulièrement auprès des politiciens.

C'est ainsi qu'à peine trois ans après la définition du CLSC et deux ans après les premières implantations de CLSC, le ministre des Affaires sociales requérait une première évaluation des CLSC. Ce sera l'Opération-Bilan. Mise sur pied en 1974, elle devait produire un rapport en 1975. Mais, faute de consensus entre les membres, deux rapports seront remis, l'un majoritaire insistant sur la nécessité de services directs, l'autre minoritaire qui privilégiait davantage l'approche communautaire. Décidément, les CLSC ne faisaient pas encore l'unanimité.

Les deux rapports cependant faisaient consensus sur la pertinence de compléter le réseau des CLSC. On y recommandait toutefois un moratoire sur la création de nouveaux CLSC au cours de l'année 1975-1976, afin de consolider plutôt les 71 qui avaient déjà été créés. Ce moratoire fut officiellement annoncé par le nouveau gouvernement en mars 1977, après toutefois qu'il eut autorisé l'implantation déjà annoncée de quinze nouveaux CLSC.

6.3.2 1977-1981 : le moratoire... mais aussi la consolidation de l'approche

Le nombre de CLSC était alors de 86. Au cours des quatre années financières suivantes, il restera constant. Les CLSC passaient donc par une autre période de remise en question. Celle-ci n'était pas mineure. Plusieurs ministres importants du gouvernement émettaient des réserves à l'égard d'un parachèvement d'institutions qui allait être coûteux et dont on n'était pas convaincu de la nécessité. C'est à cette époque aussi que les premières difficultés budgétaires commencent à se faire sentir. On est encore loin des coupures de 1982, mais déjà pour dégager une marge de manoeuvre budgétaire minimale qui permette de réaliser les priorités principales du nouveau gouvernement, il faut couper dans les projets d'expansion des ministères. Tantôt, pour les mêmes fins, il faudra en plus couper dans le rythme d'expansion des programmes existants.

Les budgets de développement des CLSC furent donc très minces. Les CLSC qui avaient été créés dûrent apprendre à vivre avec les moyens dont ils disposaient, sans pouvoir espérer beaucoup plus. Il n'était donc plus possible de demander de nouveaux budgets pour de nouveaux programmes.

Ce furent donc, dans l'ensemble, des années de consolidation. En comparaison, cinq ans plus tôt, on demandait de nouveaux crédits, ce qui se traduisait invariablement en personnel additionnel. On apprenait désormais progressivement à faire mieux avec les ressources disponibles. En fait, il restait à faire la preuve de l'efficacité du modèle CLSC qui émergeait avec ses limites, mais aussi sûrement ses possibilités. Le modèle idéologique devait donc être élagué de ce qui n'était pas réaliste mais devait conserver ce qui faisait sa force. Dans ce contexte, il devenait possible de continuer à innover et surtout à faire la preuve que ces innovations étaient rentables pour la communauté.

C'est au cours de cette période que les CLSC commençèrent à faire la promotion d'un programme à propos duquel nul ne pouvait avoir d'objec-

tion: le maintien à domicile. Ainsi, les CLSC obtinrent près de 14 millions pour ce programme. Celui-ci est un peu devenu la marque de commerce et la garantie de crédibilité des CLSC. Si on doutait de l'utilité d'autres activités, jamais celle-là ne fut remise en cause. Au contraire, elle était concrète, donnait des résultats et elle était aussi de plus en plus nécessaire.

6.3.3 Les années d'expansion dans la pénurie (1981-1987)

En 1980, le Ministère prépare un nouveau plan de développement des CLSC fondé sur la priorisation des districts à couvrir. Cette démarche aboutira en 1981 à la publication d'un document officiel: *Le réseau des CLSC au Québec, un parachèvement qui s'impose.*

La décision était donc prise de compléter le réseau. Le déblocage avait été amorcé dans le budget précédent où on avait annoncé la création de 16 nouveaux CLSC, incluant trois centres de santé créés à partir de petits centres hospitaliers de régions éloignées; mais ce projet n'allait se concrétiser qu'en 1981.

Le gouvernement a donc réaffirmé sa volonté de compléter le réseau des CLSC. Mais cette fois-ci, les moyens vont manquer. La crise des finances publiques et la récession vont dûrement frapper. Tous les CLSC créés au cours de cette période le seront avec des budgets minimes d'implantation et résulteront essentiellement de transferts de personnels déjà à l'oeuvre dans des programmes de maintien à domicile, de santé publique et plus tard dans des CSS. De 1981 à 1986, 69 CLSC seront implantés. Certains de ceux qui ont été annoncés auparavant comme CLSC autonomes auront cependant été fusionnés entre temps. Le nombre final de CLSC sera donc de 155, 15 ans après le début de leur implantation. Tout au long de leur histoire, les CLSC auront surtout été créés à partir de transferts de ressources d'autres institutions ou services. Ainsi en 1987-88, le budget global des CLSC est de 436 $ millions mais le tiers seulement de ce budget a été constitué d'argent neuf.

L'annonce du parachèvement des CLSC devait assez rapidement entraîner le transfert d'effectifs des DSC vers les CLSC. L'opération, sans être facile, s'est bien déroulée dans l'ensemble. Elle devait cependant avoir pour effet, dans les CLSC concernés, de privilégier la présence de personnel sanitaire aux dépens du personnel social. L'équilibre se trouvait donc rompu entre les dimensions santé et sociale. En fait, la dimension sociale était carrément absente dans ces nouveaux CLSC. Même chez les plus anciens, le transfert des effectifs des DSC avait aussi eu pour effet de modifier le rapport personnel santé - personnel social.

Dans ce contexte, le modèle original qui s'était développé dans les CLSC de la première vague et qui supposait une interaction des deux dimensions santé et social ne pouvait s'appliquer qu'en partie à ceux de la deuxième vague qui n'avaient aucun intervenant social. C'est ce contexte qui devait entraîner des pressions accrues en vue du transfert d'une partie des effectifs des CSS vers les CLSC.

6.4 Les services offerts par les CLSC

Conçus à l'origine pour assurer à la communauté des services de prévention, d'action sanitaire et sociale et pour constituer le premier point de contact avec les services de santé et les services sociaux, les CLSC ont développé, au cours de ces années mouvementées, une gamme variée de services.

Aujourd'hui, ce sont les services à domicile qui occupent la place la plus importante parmi leurs services, accaparant le quart de toutes les heures travaillées. Les CLSC offrent autant des soins à domicile tels que des services de santé, que de l'aide comme des soins d'hygiène et de l'entretien ménager. En 1985, 12,4 % des personnes âgées ont été rejointes par ces services dans les territoires dotés de CLSC.

Les services courants, tant médicaux que sociaux, constituent une autre composante importante de l'activité des CLSC. Parmi les services médicaux, la consultation s'est davantage développée en milieu rural alors que, en milieu urbain, l'existence des polycliniques a souvent amené les CLSC à s'orienter davantage vers des services préventifs et communautaires: santé maternelle et infantile, santé en milieu scolaire, santé au travail. Quant aux services sociaux, les CLSC offrent, outre la consultation psychosociale individuelle, des services orientés vers des clientèles particulières: jeunes, immigrants, familles en difficultés.

Les services socio-communautaires sont sans doute ceux qui ont provoqué le plus de réactions, tant positives que négatives, dans les milieux desservis par les CLSC, en raison des objectifs de changement social qu'ils poursuivaient. Ces services ont pris diverses formes: information communautaire, animation sociale, aide à la création de groupes d'entraide, mise sur pied de groupes de pression, organisation de cours.

Les CLSC offrent donc des programmes dans plusieurs domaines de la santé et des services sociaux. Cette diversité amena toutefois le gouvernement nouvellement élu en 1986 à proposer une réflexion sur l'activité des CLSC. On s'interrogeait alors sur certaines dimensions fondamentales: par

exemple, les CLSC « des villes » devraient-ils faire la même chose que les CLSC « des champs » ? Était-il justifié que les CLSC urbains donnent des services médicaux courants, alors qu'on trouvait déjà bon nombre de ressources médicales sur leur territoire ? Les activités des CLSC étant très diversifiées, ne faudrait-il pas définir des interventions prioritaires ?

C'est dans ce contexte qu'on procéda, d'une certaine façon, à une autre évaluation des CLSC. Cette fois-ci, elle ne portera pas sur l'existence même des CLSC mais plutôt sur la pertinence de leurs activités. Le comité mis sur pied sera présidé par le Dr Jacques Brunet, ancien sous-ministre au ministère des Affaires sociales et directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec.

Le comité remettra son rapport au printemps 1987. Il recommandera encore une fois le parachèvement du réseau des CLSC mais il émettra certaines recommandations précises quant aux voies d'action que les CLSC devraient suivre. Aux yeux du comité, les CLSC devraient prioritairement s'occuper des secteurs suivants : services courants médicaux et psychosociaux, maintien à domicile, intervention auprès des enfants et familles à risque, des jeunes en difficulté, des adultes vivant des problèmes de santé mentale et d'un quatrième groupe prioritaire déterminé sur une base locale.

Conçus pour assurer l'amélioration de l'état de santé de la population, des conditions sociales des individus et des groupes ainsi que de l'état du milieu, les CLSC ont connu une histoire mouvementée. Cependant, comme le soulignait le rapport Brunet, la mission originelle des CLSC, de par ses similitudes avec le concept de « soins de santé primaire », demeure d'une grande actualité.

7. Les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée

Ces établissements ont pour fonction principale d'héberger les personnes dont la perte d'autonomie ne leur permet plus de vivre dans leur milieu naturel. On y trouve un certain nombre d'adultes handicapés ou gravement malades de moins de 65 ans, mais une large majorité des bénéficiaires desservis sont des personnes âgées et, de plus en plus, très âgées.

Ce réseau de services d'hébergement est diversifié et il a lui aussi connu une évolution importante au cours des deux dernières décennies. Il comprend à la fois des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHLSD), traditionnellement identifiés aux hôpitaux, des centres d'accueil d'hébergement (CAH) et leurs pavillons, mais aussi un certain nombre de

lits d'hébergement de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée. Quant aux ressources intermédiaires qui reçoivent des adultes ou des personnes âgées en perte d'autonomie, nous en avons déjà traité dans la section sur les centres de services sociaux.

Ces établissements se distinguent toutefois selon leur mode de financement. Certains sont des établissements publics financés comme les autres établissements du réseau. D'autres sont des établissements dits « privés conventionnés », en ce sens qu'ils appartiennent à des propriétaires privés, qu'ils poursuivent des fins lucratives mais qu'en retour de l'aide financière qu'ils reçoivent du Ministère, ils suivent les règles de fonctionnement du réseau, notamment quant aux échelles de rénumération et à l'admission des bénéficiaires. Une dernière catégorie regroupe enfin les établissements privés autofinancés qui doivent obtenir un permis d'opération du Ministère et suivre des règles de qualité précises, mais dont les coûts de fonctionnement sont entièrement défrayés par les personnes hébergées. On pourrait aussi ajouter les immeubles d'habitation qui offrent des services infirmiers, médicaux et d'hôtellerie à une clientèle âgée, mais si ceux-ci sont en pleine expansion, ils ne font pas partie à proprement parler du réseau des établissements de services de santé et de services sociaux.

Ces établissements comptent au total près de 60 000 lits d'hébergement à long terme qui se répartissent proportionnellement ainsi: 28,8 % dans les CHCD ou CHSLD publics, 3,8 % dans les CHSLD privés, 53,6 % dans les CAH publics et leurs pavillons et 13,8 % dans les CAH privés conventionnés ou autofinancés.

7.1 Une clientèle semblable

Ces établissements s'adressent aujourd'hui à une même clientèle; leur histoire a toutefois différé et les changements survenus auront été marquants. Dès le départ, les CHSLD ont dû accueillir des clientèles en très grande perte d'autonomie, voire souvent en phase terminale ou atteintes de maladies chroniques incurables. Leur état était cependant stable et ne requérait pas une quantité de soins aussi importante que la clientèle des centres hospitaliers de courte durée. Mais encore fallait-il libérer ces lits de courte durée. On créa donc les CHSLD sur le modèle des centres hospitaliers; ils s'affilieront d'ailleurs à l'Association des hôpitaux du Québec.

L'histoire des centres d'acueil d'hébergement sera très différente. Ils seront créés progressivement, à mesure que le nombre de personnes âgées augmente et qu'avec l'urbanisation, les familles deviennent de moins en

moins en mesure de prendre en charge leurs personnes âgées. L'État commencera à intervenir massivement dans ce secteur dans les années 30, en plein contexte de récession. Cette intervention fera d'ailleurs l'objet d'un débat passionné dans les journaux de l'époque, certains protestant contre l'intervention de l'État dans un domaine qui relevait jusque-là principalement de la charité et de l'organisation religieuse.

Mais à cette époque, la générosité des particuliers ne pouvait faire contrepoids à l'intervention de l'État. Celle-ci ne fera d'ailleurs que s'accentuer jusqu'au début des années 70. Fait majeur à souligner, l'hébergement en centre d'accueil s'adressait alors à la personne âgée autonome et en possession de ses facultés. On était souvent réticent à admettre des bénéficiaires confus ou séniles. Cette approche était d'autant plus facile d'application que chaque établissement était complètement autonome quant à sa politique d'admission. Pendant longtemps on devra vivre avec un double système d'admission, l'un public qui référait aux centres d'accueil les personnes âgées dans le besoin, l'autre moins transparent mais toujours conforme aux principes de charité publique de l'époque, où le centre d'accueil pouvait lui-même décider de l'admission d'une partie de ses bénéficiaires.

7.2 Un changement de philosophie d'intervention

Mais les clientèles âgées devinrent plus nombreuses, les ressources de l'État plus minces en même temps que la philosophie d'intervention changea. On considère maintenant que la qualité de vie des personnes âgées peut être accrue si elles peuvent continuer à vivre à domicile avec le soutien requis. Cette conviction a amené la mise sur pied des premiers programmes structurés et globaux de maintien à domicile. Ces programmes ont connu une croissance phénoménale au cours de la dernière décennie.

Cette réorientation fut toutefois progressive. Même si plusieurs intervenants constataient qu'après leur admission en centre d'accueil, les personnes âgées perdaient leur autonomie et leur moral, et devenaient plus dépendantes, la demande d'hébergement devenait quand même de plus en plus forte. Ainsi, le ministère des Affaires sociales devait annoncer en 1978 la construction de centres d'accueil pour un montant de 300 millions de dollars.

On n'était pas encore en mesure, à l'époque, d'évaluer le degré de nécessité absolu d'hébergement des personnes âgées. Si elles avaient été inscrites sur les listes d'attente de placement en CAH, c'est qu'il y avait de

bonnes raisons. Ce pouvait être par exemple les conséquences de la solitude, du manque de soutien social ou encore de problèmes psychologiques.

Les études réalisées démontraient qu'on pouvait continuer à desservir à domicile une proportion importante des personnes âgées, pourvu qu'on puisse les assurer d'un minimum de services nécessaires. Mais encore faut-il que ces services soient disponibles. La transition en période d'expansion aurait pu être facile. On peut alors à la fois agir en matière d'hébergement et de maintien à domicile puisqu'on en a les moyens. La chose est beaucoup plus difficile en contexte de pénurie. Si en même temps le fardeau s'alourdit en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées et de leur vieillissement, la pression s'exerce dans plusieurs réseaux simultanément: services de maintien à domicile, soins hospitaliers de court terme et hébergement de long terme. Il faut alors faire des choix et ceux-ci ne sont pas nécessairement faciles à faire.

On sait, selon les analyses qui ont été effectuées, qu'il faudrait investir d'abord aux deux extrémités de la chaîne: dans la prévention et les services de maintien à domicile dans un premier temps, pour éviter toute institutionnalisation qui ne serait pas absolument nécessaire, mais en même temps dans les services d'hébergement qui deviendront forcément plus lourds. C'est en fait le corollaire naturel du premier principe: si on institutionnalise moins, ceux qu'on admettra requièreront par contre un niveau de services accru. Il y aura donc alourdissement aux deux extrémités de la chaîne et c'est ce qui se passe actuellement. La clientèle hébergée est de plus en plus lourde. En même temps, les services de maintien à domicile doivent faire face à des défis plus importants que jamais; il faut continuer à desservir à domicile des personnes dont les besoins sont manifestes et qui autrefois auraient eu un accès plus rapide et facile au réseau d'hébergement.

Il y a donc eu au cours de la dernière décennie un changement important de philosophie d'intervention. Dans les années 60 et au début des années 70, il était normal pour une personne âgée d'aspirer à finir ses jours dans une résidence où à la fois des services de base seraient disponibles et la sécurité assurée, et où on trouverait des activités socio-culturelles stimulantes: c'était le modèle idéal. La réalité devait être différente.

Mais le modèle idéal n'est pas disparu: il a laissé des traces dans les aspirations et les espoirs des personnes âgées. De 23 à 26 % des personnes

âgées aspirent à demeurer dans un immeuble d'habitation. Une autre proportion variant entre 17 et 26 % aspire à vivre dans un centre d'accueil. En somme, 40 % des personnes âgées ressentent un besoin de protection sous une forme ou l'autre.

Les aspirations des personnes âgées vont donc nettement du côté d'une forme de logement assisté. Par contre, d'autres études tendent à démontrer que, objectivement, seulement 6 % des personnes âgées devraient être institutionnalisées. On connaît aussi les effets néfastes de l'institutionnalisation. Il y a donc un écart important entre les aspirations actuelles des personnes âgées, les possibilités du système tel qu'il est et ce qui devrait être idéalement fait. Des changements importants de mentalité sont donc à opérer, tant au niveau des personnes âgées elles-mêmes que des intervenants. Bref le réseau de services aux personnes âgées fait face à de grands défis.

7.3 Un réseau soumis à des changements importants

7.3.1 L'alourdissement des clientèles

Les centres d'accueil recevaient au départ des personnes âgées autonomes. La réalité devait toutefois changer progressivement. Ainsi, à partir des années 70, les clientèles des centres d'accueil commencent à devenir plus lourdes; mais c'est à partir de 1975 qu'officiellement le Ministère réservera l'accès au réseau des centres d'accueil aux clientèles en plus sérieuse perte d'autonomie, qu'on étiquettera d'ailleurs des sigles « A-3 » et « A-4 ». La clientèle hébergée devient donc de plus en plus lourde; c'est déjà le cas par définition dans les CHSLD. Cela devient aussi progressivement le cas dans les CAH.

7.3.2 Un rapprochement croissant dans les vocations des CHSLD et des CAH

Les CAH sont donc en train de changer de vocation. Leur clientèle s'alourdit et devient de moins en moins autonome. Ainsi, le nombre d'heures de soins infirmiers requis par jour, en moyenne, est de deux heures pour les CAH et de trois heures et demie pour les CHSLD. L'écart tend constamment à se réduire.

Les clientèles des deux types d'établissement se ressemblent donc de plus en plus mais les ressources, elles, prennent plus de temps à s'ajuster. Ainsi, les CHSLD, bâtis au départ sur un modèle hospitalier, disposent plus facilement des services techniques requis par les personnes en grande perte d'autonomie. Les CAH quant à eux devront attendre beaucoup plus

longtemps pour avoir accès aux mêmes ressources. Ce qui ne manquera pas d'ailleurs de susciter de nombreuses revendications de leur part. À partir du moment où le Ministère leur assigne une vocation de plus en plus exclusive de service à des clientèles en grande perte d'autonomie et dans la mesure où les clientèles deviennent effectivement plus lourdes, les CAH comprennent difficilement pourquoi ils doivent disposer proportionnellement de moins de ressources que leurs partenaires des CHSLD. Les deux types d'établissements sont d'ailleurs actuellement soumis à un même système régional d'admission. Le Ministère, quant à lui, a aussi décidé d'unifier les deux services internes qui jusque-là étaient responsables de chacune des catégories d'établissements.

7.3.3 La construction accélérée de CAH publics et la reconnaissance de nombreuses installations privées

Des années 60 jusqu'au début des années 80, on a construit de nombreux centres d'accueil au Québec. En même temps, le gouvernement s'était progressivement porté acquéreur de la majorité des centres qui appartenaient antérieurement aux communautés religieuses. Le secteur privé n'était toléré que dans la mesure où il donnait des services comparables à ceux du secteur public et où il ne cherchait pas à faire trop de profits.

Avec le resserrement progressif de l'économie au début des années 80, le contexte a changé peu à peu. Ainsi, le nombre de places en centres d'accueil privés autofinancés qui était passé de 3 269 places en 1974-1975 à 2 883 en 1980-1981, est remonté à 4 423 places en 1985-1986. Et cela ne tient pas compte de l'expansion des places en immeuble d'habitation avec services ou des maisons de chambres et pensions qui s'adressent spécifiquement à des personnes âgées en perte d'autonomie. Le réseau privé d'hébergement pour les personnes âgées devient donc de plus en plus réalité.

7.3.4 L'attribution de lits de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée

Déjà en 1970, la Commission Castonguay-Nepveu encourageait la transformation de lits de courte durée en lits de longue durée. Quelques années plus tard, le Ministère devait donner suite à cette recommandation. C'est encore la règle aujourd'hui que 10 % des lits des centres hospitaliers de courte durée comptant plus de 200 lits soient occupés par des patients de longue durée. Mais compte tenu de l'accroissement du nombre de personnes âgées, la pression à cet égard devient de plus en plus forte et dans la plupart des centres hospitaliers, la proportion fixée par le Ministère est

largement dépassée. Outre les problèmes reliés à la disponibilité de lits de courte durée qu'engendre ce dépassement, il faut également souligner que cette clientèle ne constitue pas la clientèle régulière d'un centre hospitalier de courte durée et qu'en ce sens, elle ne reçoit peut-être pas toute l'attention que requiert son état.

7.3.5 Le développement des centres de jour

Conçus pour offrir un programme d'activités spécialisées afin d'aider les personnes âgées à continuer à vivre à domicile, les centres de jour, rattachés pour la plupart à des centres d'accueil d'hébergement, ont connu une expansion importante au cours des dernières années. Si la dimension sociale a inspiré l'orientation initiale des centres de jour, se traduisant par des activités et des services destinés surtout à combattre l'isolement, la solitude et l'ennui, les dimensions préventives et thérapeutiques ont peu à peu pris une place plus importante.

Les centres de jour, au nombre de 97 au 31 mars 1986, ont maintenant pour clientèle cible, les personnes âgées dont l'état physique ou psychique est détérioré et qu'il faut traiter rapidement, sans cela, il y a risque de compromettre leur maintien à domicile.

7.3.6 La révision des mécanismes d'admission.

Au début de la réforme des services de santé et des services sociaux, chaque centre d'accueil était autonome quant à l'admission de ses bénéficiaires. Mais avec le vieillissement de la population et les limites de la capacité de payer de l'État, les choses devaient nécessairement changer. Chaque établissement ne pouvait plus conserver sa complète autonomie; on ne pouvait plus laisser la décision d'admettre des bénéficiaires aux seuls professionnels isolés. Les mécanismes d'admission à l'hébergement devinrent donc progressivement sous-régionaux et régionaux.

On avait constaté que plus du tiers des personnes âgées hébergées n'auraient pas eu besoin de l'être, si on avait pu répondre autrement à leurs besoins. On sait maintenant, avec les études qui ont été menées, que l'hébergement n'est pas toujours une réponse nécessaire et que ce n'est pas toujours non plus la meilleure réponse. Beaucoup d'autres moyens peuvent être mis en oeuvre afin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, sans qu'on ait à les institutionnaliser de façon définitive.

Ces études ont progressivement mené à une formalisation de plus en plus grande des processus d'admission dans les institutions d'hébergement

pour personnes âgées ou en perte d'autonomie. La mise au point d'instruments d'évaluation des besoins des personnes en demande d'hébergement permet une orientation vers les ressources les plus appropriées.

Certains trouvent ces mesures trop bureaucratiques (grille d'évaluation uniformisée, système sous-régional d'admission), mais elles étaient probablement inévitables à partir du moment où on voulait réserver l'accès à l'hébergement aux seules personnes qui en avaient un besoin réel.

7.3.7 La cohabitation de clientèles fort diverses

Le système actuel ne permet pas de distinguer adéquatement les différentes clientèles dont il faut assurer l'hébergement. Par exemple, des personnes handicapées plus jeunes devront côtoyer des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées physiques lucides seront hébergées dans des centres où on retrouvera aussi des personnes âgées confuses. Plus de 90 % des institutions d'hébergement et de soins prolongés hébergent des clientèles hétérogènes. De plus, les modalités de services et les programmes d'intervention pour ces clientèles diversifiées varient beaucoup d'un établissement à l'autre.

Les adultes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans et qui ont besoin d'un hébergement lourd représentent actuellement de 10 % à 15 % de la clientèle des CAH et des CHSLD. Dans l'ensemble, cette situation ne semble pas encore poser trop de problèmes. Certains experts consultés par la Commission ont toutefois émis des réserves, notamment à l'égard de l'hébergement dans ces établissements d'adultes déficients intellectuellement âgés de moins de 50 ans.

Les centres d'hébergement à long terme constituent nécessairement des milieux de vie fermés où les relations humaines jouent un rôle déterminant pour la qualité de vie des bénéficiaires. Le phénomène est maintenant bien connu en sociologie: l'institution, parce qu'elle encadre la vie quotidienne de ces personnes en état de dépendance, peut avoir un effet néfaste.

L'institution peut aussi cependant avoir un effet stimulant sur les résidents qu'elle héberge dans la mesure où elle réussit à créer un climat qui permet de mettre en valeur le potentiel d'autonomie dont ces personnes disposent encore. Un autre problème de cohabitation se développe dans les établissements d'hébergement, soit celui résultant de la présence d'un nombre croissant de personnes âgées confuses. En effet, les personnes confuses, en particulier celles qui présentent des troubles de comportement, incommodent les autres bénéficiaires.

7.3.8 Le manque de chambres simples

Dans les centres d'accueil d'hébergement, le tiers des bénéficiaires doivent partager leur chambre avec une autre personne qui, la plupart du temps, leur est étrangère. Trois pour cent des clients occupent une chambre avec deux autres personnes ou plus.

La grande majorité des experts consultés par la Commission ont émis l'opinion que les personnes âgées préfèrent vivre seules dans leur chambre et que, à l'heure actuelle, plusieurs d'entre elles souffrent de devoir la partager avec une ou plusieurs autres. Certaines occupent encore des dortoirs qui regroupent jusqu'à 17 personnes.

Plusieurs experts ont en outre spécifié que le regroupement des bénéficiaires à l'intérieur d'une même chambre devrait tenir compte du degré de lucidité des personnes en cause, de leurs affinités personnelles et de leurs habitudes de vie.

7.3.9 Le manque de ressources légères diversifiées

Plusieurs experts ont insisté pour signaler le manque de ressources d'hébergement à court terme. De telles ressources viendraient faciliter la tâche des ressources intermédiaires, des familles et du réseau naturel dans le soutien qu'ils apportent aux personnes âgées. Ainsi, il semblerait souhaitable de développer des modalités beaucoup plus souples de séjour telles que des dépannages à l'occasion des vacances des personnes-soutien, à l'occasion d'une convalescence, après une opération et avant le retour à la maison. L'hébergement temporaire, vu sous cet angle, devient une mesure permettant le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie, dans les meilleures conditions possibles.

7.4 La pression vers la privatisation

C'est finalement dans le secteur de l'hébergement aux personnes âgées que les pressions vers une plus grande privatisation sont les plus fortes. Non seulement le nombre de personnes âgées augmente-t-il, mais en même temps une plus grande partie d'entre elles acquièrent les moyens financiers de pourvoir à leur entretien. Deux phénomènes attestent de cette réalité: l'expansion du nombre de centres d'accueil privés autofinancés et celle des immeubles d'habitation avec services qui s'adressent particulièrement aux personnes âgées.

En même temps, c'est la partie du réseau qui à long terme sera peut-être soumise à la plus forte pression. Elle devra vivre un alourdissement

marqué de sa clientèle; ainsi, la proportion de clientèle âgée de 75 ans et plus, celle regroupant la plus forte proportion de personnes lourdement dépendantes, est nécessairement appelée à s'accroître au cours des prochaines décennies.

Les ressources privées autofinancées comptent actuellement 7,4 % de toutes les places d'hébergement. Leur développement est toutefois très inégal selon les régions. Ainsi les cinq régions du Québec les plus urbanisées possèdent 92,5 % des places en centres d'accueil privés autofinancés alors qu'on ne trouve que 79,4 % des Québécois âgés de plus de 65 ans dans ces territoires. Il s'agit donc encore d'un phénomène surtout urbain, mais on peut prévoir qu'il se répandra bientôt dans les autres régions.

Cette évolution résulte à la fois de la pression accrue exercée par le vieillissement de la population, de la perte d'autonomie des personnes âgées, de l'accroissement des revenus d'une partie de cette population et enfin des fluctuations dans la volonté d'intervention de l'État en matière d'hébergement public des personnes âgées.

Mais ces centres d'accueil privés autofinancés vivent également des problèmes. Leurs équipements deviennent désuets et devraient être en bonne partie remplacés. En même temps, leur clientèle ainsi que celle, de plus en plus nombreuse, des immeubles d'habitation pour personnes âgées, s'alourdissent et s'alourdiront davantage, rendant de plus en plus difficile leur maintien dans des centres à but lucratif. Le problème du passage d'une partie de cette clientèle, devenue plus lourde, vers le secteur public se pose donc de plus en plus à mesure que ces personnes deviennent moins autonomes, que leur entretien devient plus coûteux et qu'il ne peut plus être assuré de façon rentable par le secteur privé à but lucratif.

Le réseau d'hébergement est sans doute celui qui fait face aux défis les plus grands: le vieillissement de la population crée et continuera de plus en plus à créer des pressions sur ce réseau. Ces pressions pourraient même devenir insupportables si le Québec ne développe pas des services de soutien à domicile pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

8. Les centres d'accueil de réadaptation

Il y a actuellement au Québec 137 centres d'accueil de réadaptation; ils comptaient, au 1er janvier 1986, un total de 14 672 places, dont 9 204 en

centre d'accueil même, 3 957 en service externe d'apprentissage aux habitudes de travail et 1 511 en foyer de groupe.

Ces centres de réadaptation fournissent des programmes à des clientèles fort diverses. Ainsi, ils s'adressent aux personnes ayant une déficience intellectuelle (63 centres), aux jeunes mésadaptés socio-affectifs (46 centres), aux personnes handicapées physiquement (13 centres), aux personnes alcooliques et toxicomanes (10 centres) et aux mères en difficulté d'adaptation (5 centres). Les clientèles et les problématiques sont donc fort différentes. En ce sens, il n'y a pas nécessairement une dynamique commune derrière l'étiquette de centre d'accueil de réadaptation, même si tous ont en commun qu'ils doivent fournir un programme de réadaptation adapté à leur clientèle. Bref, ce serait une erreur que de considérer les centres d'accueil de réadaptation comme une seule et même réalité. Aussi faut-il considérer chacune des clientèles rejointes.

8.1 Les centres d'accueil de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle

De façon générale, les services donnés aux personnes atteintes de déficience intellectuelle évoluent de façon parallèle à l'évolution des connaissances en sciences sociales. À mesure que les connaissances se développent sur la déficience intellectuelle comme telle, sur la capacité d'autonomie des personnes qui en sont atteintes et qu'un personnel mieux formé en sciences du comportement devient disponible, les services sont appelés à s'adapter.

L'évolution dans ce secteur s'est faite en trois grandes étapes. Ainsi au départ, c'est la famille qui est la première responsable de ses membres atteints d'une déficience intellectuelle. Ensuite, l'État en prend progressivement la responsabilité pour revenir, dans une troisième phase, à une plus grande responsabilisation des milieux naturels et des communautés.

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la responsabilité première appartenait à la famille. À cette époque, la prise en charge des personnes atteintes de déficience dépassait rarement le cadre de la paroisse. Il faudra attendre le milieu des années 50 pour qu'on commence à se préoccuper de la réadaptation des personnes souffrant de déficience intellectuelle. On cherche alors à appliquer les nouvelles connaissances issues des sciences sociales. On commence aussi à mieux se préoccuper de la formation des enseignants qui s'adressent à cette clientèle. Mais si les approches thérapeutiques émergent, il reste que dans les internats, la préoccupation majeure reste encore le gîte et le couvert jusqu'à la fin des années 60. Les institutions, quant à elles, sont encore privées.

Au début des années 60, deux commissions d'enquête vont avoir une influence sur l'évolution des services aux personnes déficientes intellectuellement. La première, la Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques, présidée par le docteur Dominique Bédard; la seconde, la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec, présidée par Monseigneur Alphonse-Marie Parent.

Jusque-là, seules les plus grandes commissions scolaires avaient les ressources requises pour venir en aide aux parents de jeunes déficients intellectuels. Cela incitait davantage les parents à institutionnaliser leurs enfants déficients puisque seuls les internats étaient alors en mesure de favoriser une certaine scolarisation de ces enfants. À la suite du rapport de cette deuxième commission, les services d'éducation pour les jeunes déficients ne cesseront de se développer, non cependant sans que le passage de cette responsabilité du ministère des Affaires sociales vers le ministère de l'Éducation ne s'accompagne de fortes résistances dans les centres de réadaptation qui avaient développé de telles fonctions. Les mesures prônées dans le rapport de cette commission devaient cependant favoriser l'intégration à l'école des jeunes déficients.

Les années 60 voient aussi naître les premiers regroupements de parents préoccupés de donner de meilleurs services à leurs enfants et jeunes adultes déficients. C'est aussi au cours de ces années qu'on met sur pied les premiers ateliers de travail pour déficients.

Les années 70, à la suite du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, verront la création du réseau public que nous connaissons aujourd'hui. Même si les services se régionalisent davantage et qu'on multiplie les centres d'entraînement à la vie (une douzaine sont construits en deux ans) le modèle d'intervention prédominant reste encore celui de l'internat. Il faudra attendre le Livre Blanc, *Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées*, publié en 1977 et l'adoption de la *Loi sur la protection des personnes handicapées* l'année suivante pour que le travail soit perçu comme un instrument de réadaptation des jeunes déficients intellectuels.

Les approches se transforment: les fondements de l'intervention auprès des clientèles déficientes sont maintenant la normalisation, l'intégration sociale, la non-institutionalisation, le développement de l'autonomie des personnes et le maintien des personnes dans leur milieu naturel.

Les données suivantes résument bien l'évolution de ce secteur depuis l'amorce de la réforme des affaires sociales. Selon une enquête menée par

l'Association des centres d'accueil du Québec, 74,5 % des CAR en 1970 opéraient un programme d'internat pour déficients mentaux; en 1985 cette proportion était tombée à 60,7 % et on prévoit qu'elle sera de 55 % en 1988. Parallèlement, la proportion de CAR opérant des foyers et résidences de groupes est passée de 17,6 % en 1970 à 50 % en 1985. Au cours de la même période, les CAR ont aussi multiplié les ressources comme les ateliers protégés, les appartements supervisés, les familles et foyers de groupes, les ressources de dépannage, les programmes d'assistance éducative à domicile, les centres de jour à l'enfance, les programmes de stimulation précoce et ceux d'assistance en milieu scolaire.

8.2 Les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs

L'histoire de l'intervention sociale auprès des jeunes en difficulté d'adaptation a été marquée par le passage d'une approche axée sur le contrôle des jeunes délinquants à une intervention de protection et de réadaptation des jeunes mésadaptés socio-affectifs.

Au début des années 50, on confiait à un même tribunal, celui de la Cour du bien-être social, le soin de porter jugement dans les causes qui concernaient les jeunes en besoin de protection, l'adoption et les jeunes délinquants. À cette époque, les premiers signes de professionnalisme ont fait leur apparition avec la création de la Clinique d'aide à l'enfance en 1955. Jusqu'à la fin des années 60, on connaîtra aussi une forte croissance des ressources qui s'adressent aux jeunes en difficulté d'adaptation. En même temps, on procédera à la régionalisation des services de la Cour du bien-être social et des services de probation juvénile. On créera dans certaines régions les premiers centres de détention-transition. Les « crêches » qu'on connaissait seront fermées et certaines d'entre elles seront reconverties en centre d'aide pour jeunes mésadaptés socio-affectifs. Les débats de l'époque étaient nourris par deux approches qui s'affrontaient: la tendance à resserrer la discipline d'une part et d'autre part, la recherche de moyens d'aide pour les jeunes en difficulté.

Au moment de la mise en oeuvre de la réforme des affaires sociales en 1973, le réseau des institutions pour jeunes est en pleine expansion. Les clientèles de protection et de délinquance seront intégrées dans les mêmes institutions. Mais on vit en même temps le « boom » des adolescents d'après guerre. Aussi malgré leur essor rapide, les institutions sont dépassées par les besoins d'un nombre grandissant d'adolescents; elles prennent l'appellation unique de centres d'accueil de réadaptation, mais on est loin d'un véritable consensus en matière d'orientation et de pratique.

Ces institutions font alors face à une crise importante: les problèmes d'admission sont nombreux, les listes d'attente sont longues, la qualité et l'orientation du travail laissent à désirer, les problèmes de relations du travail se multiplient dans un milieu où la pratique professionnelle est exigeante. C'est au Comité Batshaw en 1975 qu'on demandera de dénouer l'impasse. Le Comité dénoncera l'individualisme des établissements et l'incohérence des règles de placement. Le centre d'accueil est devenu un « fourre-tout »; c'est la détention, la punition ou le dépannage qui priment aux dépens des besoins d'aide des jeunes. Malgré ce diagnostic sévère, peu de correctifs seront apportés à la suite du rapport Batshaw. Il faudra pour cela attendre l'entrée en vigueur des règles contenues dans la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Cette Loi, qui entre en vigueur en 1979, marque la primauté de l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire. Elle reconnaît aux jeunes, notamment ceux placés en centres d'accueil, un ensemble de droits; elle interdit aussi la détention de jeunes dans les prisons pour adultes ou les postes de police. L'admission des jeunes en centres d'accueil passera désormais par des comités d'admission régionaux composés de représentants des CSS et des centres d'accueil. En 1981, le Comité provincial de coordination des admissions assurera la coordination inter-régionale des admissions lorsque les ressources régionales seront insuffisantes pour recevoir un jeune.

Entretemps en 1978, on procède à l'Opération 30 000. Une conclusion s'impose: au Québec, on place trop, tant en centres d'accueil qu'en familles d'accueil. Il faut trouver moyen d'assouplir et de diversifier le système d'aide aux jeunes. Il faut désinstitutionnaliser et développer des ressources intermédiaires. Ces principes seront d'ailleurs réaffirmés lors de l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection de la jeunesse,* en 1979.

Les CAR pour jeunes mésadaptés socio-affectifs doivent donc changer d'orientation. En dix ans, on réduira le nombre de places de 2 000 environ. On en profite d'abord pour rénover et pour remplacer les dortoirs et les chambres multiples par des unités de vie où les jeunes ont leur propre chambre. On développe aussi des foyers de groupe et des foyers thérapeutiques mieux intégrés dans les milieux de vie des jeunes que les institutions. On s'oriente aussi davantage vers les services externes: les services de réadaptation deviennent davantage présents dans la famille, à l'école, dans les milieux de vie autonome. Ainsi s'amorce la diversification souhaitée par le Comité Batshaw.

Celle-ci ne se fait toutefois pas sans problème. Dans le cas des services externes et plus particulièrement des ateliers de travail, plusieurs contraintes se posent: les exigences des lois du travail, la non-reconnaissance de la formation reçue, les coûts d'immobilisation requis. S'ajoute aussi la réticence de la communauté à accepter la présence de ces jeunes qu'elle craint.

Malgré tout, cette tendance à la désinstitutionnalisation se poursuit encore aujourd'hui. Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est d'ailleurs venu confirmer la distinction entre la réadaptation et la fonction d'hébergement. On peut donc réadapter sans nécessairement héberger.

L'évolution des deux dernières décennies aura permis de consolider des acquis importants. Notamment, on est passé progressivement d'une vision du jeune comme « fauteur » ou délinquant, à la perspective d'un jeune en besoin d'aide; d'une vision d'un jeune soumis ou à soumettre à l'autorité, à la reconnaissance du jeune comme responsable de ses actes. L'approche change également: d'un accent sur le pénal ou la décision judiciaire, on passe vers une approche davantage sociale. D'une intervention non différenciée du type détention, d'un hébergement à caractère occupationnel, on passe à des interventions structurées de réadaptation davantage liées aux besoins des jeunes et faisant appel à une gamme diversifiée de services.

Mais il reste encore des problèmes à résoudre. Ainsi, compte tenu des approches actuelles, le nombre de places en centres d'accueil est insuffisant dans certaines régions, notamment à Montréal. Par ailleurs, les CAR souhaiteraient avoir la responsabilité de l'ensemble du personnel oeuvrant en réadaptation, dont les intervenants sociaux.

8.3 Les centres d'accueil de réadaptation pour les personnes handicapées physiquement

La Commission Castonguay-Nepveu avait souligné l'incohérence, la compartimentation, le parralélisme et la centralisation qui régnaient au Québec dans la distribution des services aux personnes handicapées et les conditions de vie déplorables de ces dernières. Le projet de réforme qu'elle proposait visait à rendre accessible à tous les Québécois une gamme complète de services. Cet énoncé trouvera une résonnance particulière du côté des personnes atteintes d'un handicap physique. Les centres d'accueil de réadaptation seront associés étroitement à la démarche de reconnaissance des droits et des besoins de ces personnes.

Dès 1975, des travaux ministériels sont amorcés pour l'élaboration d'un projet de loi sur la protection des personnes handicapées et la création d'un office des personnes handicapées. Les réactions et consultations sur les versions successives du projet de loi ainsi que sur le Livre blanc, *Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées* de 1977, suscitent pendant trois ans l'émergence d'un mouvement social des personnes handicapées et de leurs familles. Celui-ci n'a pas cessé de se consolider depuis, mais c'est durant cette période que s'est amorcée au Québec la visibilité publique et la prise de parole des personnes handicapées.

Le 28 juin 1978, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* est adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale. Cette Loi se caractérise par son approche multisectorielle et sa perspective d'ensemble. L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) créé par cette Loi devient opérationnel à l'été 1979. Doté d'une mission de rattrapage social pour une population hétérogène, l'OPHQ s'engage dans une période de défrichage, de définition, de concertation avec ses partenaires. Parallèlement, il met sur pied de nouveaux programmes de services palliatifs au réseau régulier, répondant à une demande sans cesse croissante de sa clientèle.

L'année 1981 est déclarée par l'ONU l'Année internationale des personnes handicapées. L'OPHQ profite de cette conjoncture exceptionnelle de sensibilisation et de promotion. Le 11 mars 1981, le Conseil des ministres approuve son projet d'élaboration d'une politique d'ensemble.

Celle-ci sera publiée en 1984, sous le titre *À part... égale*. L'ensemble des décideurs impliqués par les recommandations seront invités à préparer et à déposer des plans d'action lors d'une conférence provinciale tenue en février 1985 à Montréal. La Conférence « À part... égale » a été l'occasion de l'expression d'un consensus des partenaires sur les orientations fondamentales de la politique, axées sur la normalisation, l'intégration sociale, la désinstitutionnalisation, l'autonomie et la promotion des droits de la personne ayant une déficience. Le gouvernement du Québec y a annoncé l'adoption officielle de ces orientations comme cadre de son action dans le domaine des personnes handicapées.

Les personnes handicapées physiquement ont longtemps eu peu d'audience au sein du système. Ces groupes ont réussi au cours des dernières années à trouver le soutien institutionnel nécessaire à la mise en oeuvre de leurs revendications. Ceci a eu pour effet principal d'amener les institutions à mieux adapter leurs programmes aux besoins des personnes handicapées physiquement.

Les centres d'accueil de réadaptation se sont inscrits dans cette orientation de normalisation et d'intégration sociale, notamment par le développement des services d'apprentissage aux habitudes de travail. Les centres de travail adapté, mis sur pied par l'Office des personnes handicapées, reflètent également cette orientation.

Il faut souligner enfin que ce sont les personnes âgées qui constitueront de plus en plus la clientèle des centres d'accueil de réadaptation physique, même si à plus court terme les personnes plus jeunes constituent une clientèle significative.

8.4 Les centres d'accueil de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes

L'usage et l'abus des psychotropes ne constituent pas des phénomènes nouveaux dans notre société. Toutefois, l'alcoolisme a été pendant longtemps le problème dont on s'est le plus préoccupé. Dans ce domaine, les groupes d'entraide ont de loin précédé l'intervention des services publics. Ainsi, les premiers cercles Lacordaire, nés au début du siècle aux État-Unis, sont apparus au Québec en 1955. Leur action visait à répandre le plus possible l'abstinence en regroupant les gens sur une base locale. Les Alcooliques Anonymes constituent un autre de ces groupes d'entraide.

C'est après la seconde guerre mondiale que l'intervention institutionnelle s'est transformée et qu'on a commencé à reconnaître que l'alcoolique est une personne malade en besoin d'aide. Les premières cliniques Domrémy naîtront dans ce contexte à la fin des années 50. Elles offriront des services de désintoxication et de réhabilitation, se finançant surtout à partir de la charité publique.

Les cliniques Domrémy et d'autres organismes similaires se fusionneront en 1966 pour former l'Office pour la prévention et le traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (OPTAT). La préoccupation initiale, centrée sur l'alcool, s'élargissait graduellement aux autres produits psychotropes. Le nouvel office insistera notamment sur la recherche et la prévention. On sort définitivement alors du contexte moralisateur précédent pour s'alimenter aux courants modernes d'intervention qui se développent.

En 1971, la réforme des services de santé et des services sociaux amène des changements majeurs. Tous les hôpitaux de courte durée doivent désormais offrir des services en désintoxication. Certaines cliniques Domrémy deviennent des centres d'accueil; d'autres choisissent de

s'intégrer à des centres hospitaliers. Les groupes d'entraide, dont les AA en particulier, occupent une place grandissante.

C'est en 1975 que le ministère des Affaires sociales procède à la dissolution de l'OPTAT et intègre ses services et son personnel dans ses structures. Le volet « bénévolat » se réorganise en collaboration avec la Fédération des organismes bénévoles aux services des toxicomanes du Québec. À la suite de l'intégration de l'OPTAT, le Ministère procède l'année suivante (1976) à l'élaboration d'une *Politique sur l'usage et l'abus des drogues* afin de bien structurer les diverses actions que commande ce phénomène complexe. L'alcoolisme « maladie » évolue vers un concept plus global, celui de toxicomanie.

Quant à la consommation de drogues, le phénomène fera son apparition au Québec au début des années 60. À cette époque, des organismes communautaires s'adressent spécifiquement à cette clientèle. On en comptera jusqu'à 40; ces centres disparaîtront progressivement à mesure que croît l'intervention de l'État. Deux d'entre eux acquerront le statut de CAR pour toxicomanes. En 1985, on comptait 335 places en réadaptation dans les CAR pour alcooliques et toxicomanes. De plus, ces CAR disposaient de 34 points de services externes et 25 praticiens sociaux rattachés aux CSS oeuvraient en toxicomanie.

Si les bénévoles et les groupes d'entraide continuent à être impliqués grandement dans ce domaine de la réadaptation, un autre phénomène prend de l'ampleur, soit le développement des ressources privées. La Maison Jean Lapointe, subventionnée par le MSSS, est certes la plus connue de celles-ci; mais d'autres ressources se développent également. Par ailleurs, on note que ces ressources s'adressent surtout aux adultes et qu'il y a absence de ressources pour les jeunes.

En conclusion, ce qui a caractérisé l'évolution des services aux alcooliques et toxicomanes, c'est que l'approche morale des débuts, à laquelle devait succéder une approche davantage médicalisante, a fait progressivement place, au cours des dernières années, à une approche surtout psychosociale.

8.5 Les centres d'accueil d'assistance-maternité

L'histoire des centres d'accueil d'assistance-maternité reflète l'évolution des mentalités au Québec. Ainsi, pendant des décennies, on cherchera à cacher l'existence de filles-mères. Il faudra attendre le début des années 70 pour que les valeurs changent. Il est alors devenu plus normal pour une

femme enceinte de garder son bébé si elle le désirait. En même temps, l'adoption de la nouvelle *Loi de l'aide sociale* levait un fardeau important pour les mères-célibataires les plus démunies: désormais, elles pourraient compter sur le minimum vital après la naissance de leur bébé.

Au cours des années 70, une proportion stable des naissances hors mariage, soit de 6 à 8 %, a fait l'objet d'une demande d'aide à un centre d'accueil d'assistance-maternité. Par exemple en 1979, ces centres ont aidé 994 jeunes mères alors que 12 700 naissances hors mariage étaient enregistrées au cours de la même période. Toutefois, en nombre absolu, la clientèle de ces centres a doublé de 1973 à 1980.

La mère célibataire en difficulté se caractérise par une faible scolarisation, une forte dépendance économique, la pauvreté et un isolement social.

La philosophie d'intervention qui guide ces centres s'inspire, d'une part, du respect des droits fondamentaux de la mère en difficulté et, d'autre part, du courant de pensée basé sur la normalisation, qui reconnaît la supériorité du milieu de vie naturel par rapport à l'institutionnalisation.

La clientèle rajeunit et il sera de plus en plus question de soutenir la jeune mère dans ses rapports avec ses proches et pour le développement de son enfant. Dans ce contexte, le travail en centre de jour, l'assistance à domicile et les rencontres de groupes deviennent plus importants. Il y a à peine 15 ans, les centres d'accueil d'assistance-maternité étaient encore aux prises avec une tradition sociale étouffante. Depuis, le contexte a changé. Toutefois, des questions demeurent: apportons-nous toute l'aide matérielle, morale et sociale nécessaire aux jeunes mères, surtout à celles qui sont plus démunies socialement?

Conclusion

Les pages qui précèdent nous ont permis de constater que les diverses composantes institutionnelles du réseau des services de santé et des services sociaux ont, au cours des dernières années, connu une évolution rapide. Cette évolution s'est traduite dans l'organisation même de ce réseau et dans les services que ses composantes ont été amenées à dispenser, en réponse aux besoins exprimés par la population.

Il est par ailleurs un phénomène qu'il convient de signaler en terminant et qui caractérise l'évolution de tous les établissements: c'est celui de la place de plus en plus grande qu'ont occupé et qu'occupent les associations d'établissements. Celles-ci jouent essentiellement deux rôles: elles offrent

des services aux établissements et les représentent auprès du Ministère et des organismes centraux.

Si l'exercice du premier rôle est en soi bénéfique et souhaitable, l'exercice du second est quant à lui problématique. En effet, le rôle de représentation peut servir à la fois les intérêts des établissements et ceux du Ministère lorsqu'il s'agit de simplifier les relations avec un réseau comptant autant d'établissements. Par contre, il peut aussi interférer avec le fonctionnement de ce réseau car il a, par essence, un effet centralisateur; dans ce contexte, la décentralisation peut souffrir d'interventions qui sont ramenées au niveau central par les associations, court-circuitant ainsi les structures régionales. Nul doute que la clarification du concept de décentralisation et des missions des établissements devra amener une révision du rôle des associations d'établissements.

Chapitre 3

Les ressources humaines

Introduction

Depuis la réforme du début des années 70, avec la mise en place progressive d'un réseau public de services de santé et de services sociaux, les ressources humaines affectées à ces services ont connu une croissance importante.

Nous allons, dans un premier temps, décrire rapidement la croissance et l'importance actuelle du secteur de la santé et des services sociaux relativement à l'emploi au Québec et dessiner un rapide profil de cette main-d'oeuvre. Nous rappellerons par la suite la dynamique qui a animé les relations du travail à l'intérieur des services publics afin, dans un troisième temps, d'esquisser les caractéristiques majeures de la gestion de ces ressources humaines pour, finalement, déterminer les enjeux qui s'en dégagent pour l'avenir.

1. La croissance de la main d'oeuvre

Les services de santé et les services sociaux emploient une main-d'oeuvre de plus en plus abondante et à cet égard constituent un secteur d'activité économique en pleine croissance.

Au Québec, pour la seule période de 1975 à 1987, les ressources humaines directement associées aux services de santé et aux services sociaux sont passées de moins de 200 000 personnes à près de 300 000. En effet, alors que l'augmentation annuelle moyenne de l'emploi au Québec pendant cette période s'établissait à 2,04 %, elle a été de 3,59 % dans le secteur de la santé et des services sociaux, ce qui représente une croissance de 75 % supérieure à l'emploi total pendant cette période. Si l'on pouvait estimer, selon les données des recensements de 1961 et 1971, la part de l'emploi total dans ce secteur d'activité en 1961 et 1971 à environ 4,5 % et 6,2 % respectivement, c'est aujourd'hui près de 10 % de l'emploi total que

représente ce secteur. En Ontario, on compte près de 400 000 personnes dans ce secteur d'activité, soit un peu plus de 8 % de l'emploi total.

On constate le même phénomène dans l'ensemble du Canada: l'emploi dans les secteurs de la santé et des services sociaux connaît une croissance considérablement plus élevée que l'emploi total. En effet, en 1987, près de 9 % de l'emploi est associé au secteur de la santé et des services sociaux avec des effectifs de plus d'un million de personnes, et tandis que l'emploi total augmente de 30 % entre 1975 et 1987, l'emploi dans les services de santé et des services sociaux augmente lui de plus de 50 % tant en Ontario et au Québec que dans l'ensemble du Canada (tableau 7).

Tableau 7
Évolution comparative de l'emploi total et de l'emploi dans le secteur des services de santé et des services sociaux, Canada, Ontario et Québec, 1975 à 1987

	Canada			Ontario			Québec		
	Emploi total	Services de santé et services sociaux	%	Emploi total	Services de santé et services sociaux	%	Emploi total	Services de santé et services sociaux	%
	(en milliers)			(en milliers)			(en milliers)		
1975	9 284	693	7,46	3 576	258	7,21	2 434	186	7,64
1976	9 477	693	7,31	3 643	260	7,14	2 456	189	7,70
1977	9 651	705	7,30	3 708	256	6,90	2 476	185	7,18
1978	9 987	742	7,43	3 835	252	6,57	2 530	199	7,87
1979	10 395	765	7,36	3 993	269	6,74	2 619	210	8,02
1980	10 708	798	7,45	4 053	270	6,66	2 694	226	8,39
1981	11 006	842	7,65	4 171	296	7,10	2 726	232	8,51
1982	10 644	877	8,24	4 067	311	7,65	2 584	242	9,37
1983	10 734	895	8,34	4 096	317	7,74	2 722	245	9,00
1984	11 000	936	8,51	4 243	324	7,64	2 722	245	9,00
1985	11 311	979	8,66	4 402	347	7,88	2 804	265	9,45
1986	11 634	1 005	8,64	4 555	359	7,88	2 866	269	9,39
1987*	12 123	1 063	8,76	4 740	387	8,16	3 010	290	9,63

* En septembre 1987.

Source: Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, (cat. 71-001). Les données sur l'emploi dans les services de santé et les services sociaux proviennent de compilations spéciales, non publiées, de l'*Enquête sur la population active*, produites pour le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (MMSR).

Signalons que ces données ne tiennent pas compte des effectifs de la fonction publique et d'organismes parapublics que l'on peut associer au réseau de la santé et des services sociaux, par exemple le Ministère lui-même, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). De plus, si l'on devait inclure les emplois des entreprises manufacturières, commerciales et de services qui s'y rattachent, c'est de plus de 10 % de l'emploi dont nous devrions parler au Québec et probablement aussi dans l'ensemble du Canada.

Il faut préciser ici que ces données sur l'emploi associé aux services de santé et aux services sociaux couvrent tous les emplois dans les secteurs public, privé et communautaire. Selon l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada, il s'agit donc de tous les travailleurs oeuvrant dans les institutions publiques de santé et de services sociaux, aussi de ceux des cabinets privés, des cliniques, des laboratoires et des associations et organismes du domaine de la santé et des services sociaux extérieurs à la fonction publique.

Nous allons toutefois nous intéresser ici plus particulièrement à la gestion des ressources humaines dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux relations du travail dans ces établissements.

2. Le profil de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux

La main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux se compose de professionnels, de techniciens, d'infirmières, d'assistants-techniciens, d'employés de bureau et d'ouvriers. Les cadres ne sont pas comptabilisés dans ce profil de la main-d'oeuvre non plus que les médecins qui exercent leur profession dans les établissements du réseau; ces derniers ne sont en effet ni des salariés ni des employés des établissements.

Il est difficile d'établir le nombre d'individus oeuvrant dans le réseau et ce simple fait est paradoxal si l'on considère que le système de santé et de services sociaux est public et qu'il est passablement centralisé, réglementé et contrôlé. En effet, on peut dire que le réseau compte 145 000 employés, sans compter les cadres et les médecins, mais il s'agit là d'effectifs en équivalent temps plein (ETP) alors que le nombre d'employés recensés dans les fichiers de paie des établissements (les employés « énumérés ») s'élève à 240 000 en 1985 (voir tableaux 8 et 9). Les effectifs ETP ont augmenté de 5,5 % entre 1980 et 1985 alors que les

effectifs énumérés ont connu une croissance de près de 10 %. Est-ce à dire que la main-d'oeuvre du réseau s'élève à 240 000 salariés? Pas vraiment étant donné le taux de roulement et puisque les effectifs énumérés comptent un certain nombre d'individus inscrits sur plus d'un fichier de paie parce qu'ils travaillent à temps partiel dans plus d'un établissement. Tous ces facteurs rendent l'évaluation du nombre d'employés du réseau très aléatoire. On peut par contre affirmer sans risque d'erreur que plus de 200 000 personnes y gagnent leur vie.

Tableau 8
Répartition des effectifs selon les catégories d'établissements en 1985

Catégorie d'établissement	Effectifs énumérés	%
CAH	23 819	9,96
CAR	20 238	8,46
CHCD	128 527	53,72
CHSLD	18 538	7,75
CHPSY	17 516	7,32
CLSC	12 975	5,42
CSS	6 388	2,67
CRSSS	882	0,37
Établissements privés	10 385	4,34
Total	**239 268**	**100,0**

Source: MSSS, *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux*, 1980-1986, DGRT, 1987.

Tableau 9
Répartition des effectifs selon les catégories de personnel en 1985, en équivalents temps plein

Catégorie	Nombre ETP	%
Professionnels	8 278	5,71
Techniciens	18 118	12,50
Infirmières	29 852	20,59
Assistants-techniciens	40 626	28,02
Employés de bureau	19 660	13,56
Ouvriers	28 114	19,39
Étudiants et stagiaires	334	0,23
Total	**144 982**	**100,0**

Source: MSSS, *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux*, 1980-1986, DGRT, 1987.

Quoi qu'il en soit, en 1985, la masse salariale atteignait 3 milliards 122 millions de dollars à laquelle il faut ajouter les primes et le temps supplémentaire qui ont totalisé 122,5 millions de dollars. Le salaire de base moyen était de 22 000 dollars en 1985.

Les effectifs sont composés à 73 % d'employés féminins. Il s'agit là, sans conteste, d'un des traits marquants de la main-d'oeuvre de ce secteur. En 1985, on comptait 64 % de femmes parmi les professionnels, 71 % parmi les techniciens, 93 % chez le personnel infirmier, 72 % parmi les assistants-techniciens, 90 % parmi les employés de bureau et 46 % chez le personnel ouvrier.

Les statuts d'emploi sont aussi très variés dans le réseau et ont connu d'importants changements dans les dernières années. Même si nous ne disposons de données fiables qu'à partir de 1980, il n'est pas exagéré de dire qu'il y a 15 ou 20 ans, l'emploi dans ce secteur, comme ailleurs, était essentiellement à temps complet et régulier alors qu'aujourd'hui ce statut est beaucoup moins répandu: moins de 45 % des effectifs énumérés en 1985 avaient ce statut d'emploi contre plus de 53 % en 1980. La structure occupationnelle se compose maintenant de 44,5 % d'employés réguliers à temps complet, de 22,7 % d'employés réguliers à temps partiel, de 30,8 % d'employés occasionnels à temps partiel et de 2,1 % d'employés temporaires à temps complet (voir tableau 10). En d'autres termes, selon les effectifs énumérés, un peu plus de 110 000 personnes travaillent à temps complet dans le réseau et, de ce nombre la très grande majorité sont des employés réguliers, alors que près de 130 000 travaillent à temps partiel sur une base régulière ou occasionnelle. Notons que les femmes sont plus nombreuses à occuper des postes à temps partiel que les hommes.

L'âge moyen du personnel du réseau est de 35 ans mais la moyenne est de 40 ans chez les employés réguliers à temps plein et de 32 pour les employés à temps partiel. Les premiers ont en moyenne 12 ans de service et les autres, un peu moins de 5 ans. Le taux de roulement de la main-d'oeuvre est étroitement lié au statut d'emploi: en 1985, ce taux est de 5,5 % et de 6,8 % respectivement pour les employés réguliers à temps plein et à temps partiel. Il est de près de 35 % pour les occasionnels et de 41 % pour les employés temporaires.

Plus de 90 % de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux est syndiquée (92,5 %). La Confédération des syndicats nationaux (CSN) à elle seule regroupe 54 % de ces syndiqués dont la très grande majorité sont affiliés à la Fédération des affaires sociales. La Fédération

Tableau 10
Répartition des statuts d'emploi selon les catégories d'établissements en 1985

Catégorie d'établissement	Statuts d'emploi				
	Temps complet régulier (en %)	Temps partiel régulier (en %)	Temps partiel occasionnel (en %)	Temps complet temporaire (en %)	Effectifs énumérés (en nombre)
Centre d'accueil d'hébergement	30,4	29,7	39,2	0,6	23 819
Centre d'accueil de réadaptation	44,1	14,6	39,8	1,5	20 238
Centre hospitalier de courte durée	46,1	24,9	26,6	2,4	128 527
Centre hospitalier de soins de longue durée	40,8	21,5	36,3	1,4	18 538
Centre hospitalier psychiatrique	50,5	15,1	32,2	2,2	17 516
Centre local de services communautaires	45,3	18,2	34,1	2,4	12 975
Centre de services sociaux	71,2	14,9	7,7	6,2	6 388
Centre régional de santé et de services sociaux	45,2	16,7	28,6	9,5	882
Établissement privé	34,6	21,7	42,9	0,8	10 385
Total	**44,4**	**22,7**	**30,8**	**2,1**	**239 268**

Source: MSSS, *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux*, 1980-1986, DGRT, 1987.

des travailleurs du Québec (FTQ) regroupe un peu plus de 15 % des effectifs et trois grands syndicats d'infirmières comptent près de 20 % des effectifs syndiqués. Les autres syndiqués sont affiliés à différents syndicats, centrales ou fédérations dont la plus importante est le Cartel des organismes professionnels de la santé (COPS).

Les centres hospitaliers emploient plus des deux tiers de cette main-d'oeuvre avec près de 165 000 salariés énumérés; les centres hospitaliers de courte durée à eux seuls regroupent des effectifs de 128 527 énumérés pour combler 81 200 postes équivalent temps plein.

3. L'évolution du régime de négociation et des relations du travail

Les phénomènes les plus marquants des quelque 25 dernières années dans le domaine des relations du travail ont été la centralisation de plus en plus grande des négociations, les nombreux conflits de travail et les lois

spéciales qui y ont mis fin, ainsi que la politisation des négociations collectives. En effet, l'État québécois en se modernisant a assumé de nouvelles missions, telles l'éducation, les services de santé et les services sociaux, et est ainsi devenu un État-employeur très important. Par exemple, en 1986, les négociations des secteurs public et parapublic touchaient 350 000 salariés.

La politisation de ces négociations devient inéluctable à partir du moment où la partie patronale est en fait le gouvernement, où les organisations syndicales se regroupent à l'intérieur d'un front commun négociant au nom de centaines de milliers de travailleurs, où la masse salariale de ces travailleurs compte pour plus de 50 % du budget du gouvernement et où la nature des services rendus à la population par ces travailleurs revêt un caractère très important, principalement en matière de santé.

La syndicalisation des employés dans les hôpitaux du Québec a débuté dans les années 30 alors que les communautés religieuses dirigeaient ces institutions. La *Loi des relations ouvrières* de 1944 donna une impulsion à la syndicalisation dans les hôpitaux, quoique le gouvernement en doublant cette loi de la *Loi des différends entre les services publics et leurs salariés*, enlevait à ces syndiqués le droit de grève.

L'assurance-hospitalisation allait déclencher un vaste mouvement de syndicalisation parmi les employés généraux et les infirmières. En effet, à partir de 1961, des dizaines de syndicats se forment chaque année dans les centres hospitaliers. En 1966, il y aura près de 50 000 salariés syndiqués dans les centres hospitaliers. Parallèlement, les hôpitaux ont été amenés à se regrouper pour fins de négociation. Traditionnellement, les structures de la négociation étaient décentralisées et, en conséquence, les hôpitaux comme les commissions scolaires négociaient avec les associations de salariés de leurs établissements. À cette époque, compte tenu de ce caractère local, le gouvernement n'était pas directement partie à la négociation.

En 1964, le gouvernement adopte un nouveau *Code du travail* et accorde le droit de grève à tous les salariés des secteurs de l'Éducation et des Affaires sociales, et à ceux de la Fonction publique; c'est ce que l'on désigne aujourd'hui comme les secteurs public et parapublic. En 1964, par exemple, une douzaine de tables de négociation couvraient plus de 150 hôpitaux syndiqués. Depuis, le gouvernement du Québec a connu sept rondes de négociations avec ses salariés mais aussi de nombreux affronte-

ments, des grèves légales et illégales, de multiples injonctions et 25 lois spéciales de retour au travail. Depuis l'adoption du *Code du travail*, quatre lois sont venues modifier le régime de négociation des secteurs public et parapublic.

En 1966, l'on assiste à la première négociation provinciale dans les hôpitaux mais aussi à la première grève générale. En fait, un mouvement de grève touchait alors 139 hôpitaux et ceux-ci ont été mis en tutelle par le gouvernement. C'est dans ce cadre qu'une première convention collective provinciale a été signée par le tuteur désigné pour l'ensemble des centres hospitaliers syndiqués. Au même moment, le secteur scolaire connaissait aussi un mouvement de grève et le gouvernement allait intervenir et adopter, au début de 1967, une loi forçant le retour au travail et instituant un nouveau régime de négociation qui allait dorénavant reporter la négociation locale au niveau provincial.

La première convention collective provinciale du secteur hospitalier venait réduire considérablement l'autonomie des établissements comme employeurs. Par contre, la centralisation des négociations allait permettre de relever substantiellement le niveau des salaires, traditionnellement très bas dans ce secteur, d'atténuer considérablement les disparités régionales et d'uniformiser les conditions de travail. Une deuxième ronde de négociations eut lieu en 1968-1969 et, malgré un vote de grève, seuls les hôpitaux privés furent touchés par des arrêts de travail.

L'État prend une place de plus en plus grande dans les négociations. Ainsi le Conseil du trésor, créé en 1970, reçoit le mandat d'approuver les plans d'organisation des ministères et des organismes du gouvernement, les effectifs requis et les conditions de travail du personnel. En 1971, la première loi relative aux négociations dans les secteurs public et parapublic est adoptée. Il s'agit de la *Loi du régime de négociations collectives dans les secteurs de l'éducation et des hôpitaux*. Pour le secteur des affaires sociales, la partie patronale est désormais composée de représentants du gouvernement et de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Légalement, le gouvernement devient pour la première fois partie directe à la négociation.

La troisième ronde de négociations, en 1971-1972, fut la plus troublée de toutes. La négociation visait plus de 88 000 syndiqués pour le seul secteur des Affaires sociales: près de 60 000 appartenaient à la CSN, 15 000 à divers syndicats affiliés à la FTQ et 14 000 autres salariés syndiqués étaient regroupés à l'intérieur d'organisations syndicales indé-

pendantes. Un premier front commun liait les trois centrales syndicales regroupant au Québec la majorité des travailleurs et travailleuses des secteurs public et parapublic. La négociation ayant échouée, une grève fut déclenchée dans tout le secteur public et parapublic; des injonctions furent défiées et les chefs des centrales syndicales furent emprisonnés.

En 1974, une nouvelle loi vient préciser quelles sont les parties à la négociation. Il s'agit de la *Loi sur les négociations collectives dans les secteurs de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux*. Cette nouvelle loi change peu la structure des négociations, mais elle force les regroupements patronaux. Le régime de négociation demeure donc fortement centralisé.

La quatrième ronde de négociations, en 1975-1976, donne lieu à des arrêts de travail dans les services de santé et les services sociaux ainsi qu'à différents moyens de pression qui mèneront à l'adoption de la *Loi visant à assurer les services de santé et les services sociaux essentiels en cas de conflit de travail*. Traditionnellement, lors de conflits, les organisations syndicales et les employeurs négociaient localement le maintien d'un minimum de services. Cette loi, la première à définir les services essentiels dans le secteur des affaires sociales, visait à diminuer les effets du recours à la grève en particulier dans les hôpitaux. La responsabilité première est remise aux parties mais, à défaut d'entente entre elles, on confie à un commissaire aux services essentiels la tâche de déterminer les services à maintenir. Les effectifs des affaires sociales atteignaient à ce moment 108 500 syndiqués.

À la suite des recommandations de la Commission d'étude et de consultation sur la révision du régime de négociations collectives dans les secteurs public et parapublic (Commission Martin-Bouchard), le régime de négociation sera modifié afin d'octroyer au Conseil du trésor un rôle prépondérant lors des négociations. En effet, avec la *Loi sur l'organisation des parties patronale et syndicale aux fins des négociations collectives dans les secteurs de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux*, le Conseil du trésor devient, en 1978, le principal maître d'oeuvre des négociations entre l'État et l'ensemble des salariés. Désormais c'est lui qui émet les mandats des comités patronaux et qui coordonne les négociations. La centralisation du régime de négociation atteint à ce moment un degré sans précédent. Les associations patronales, pour leur part, souhaitaient bénéficier d'une plus grande autonomie mais la centralisation était privilégiée depuis une quinzaine d'années par l'État et par les organisations syndicales. Cette loi maintient le principe de la

négociation nationale. Toutefois, elle permet de déférer certaines matières au niveau local ou régional conformément aux recommandations de la Commission Martin-Bouchard. Seul le secteur de l'éducation engage des négociations locales qui occasionnent cependant de nombreux conflits.

La cinquième ronde de négociations, en 1979-1980, donne encore lieu à des affrontements mais l'exercice du droit de grève prend la forme de harcèlements prolongés plutôt que d'une grève générale; le gouvernement adopte de nouveau une loi spéciale de retour au travail.

Les négociations de 1982 ont lieu en pleine récession économique alors que le gouvernement traverse une crise budgétaire sérieuse et songe à geler les salaires de ses employés pendant un an. Les négociations tourneront court lorsque le gouvernement y mettra fin unilatéralement en imposant les 109 conventions collectives des 300 000 salariés syndiqués des secteurs public et parapublic à la fin de 1982, après avoir gelé les honoraires des médecins et le salaire de ses cadres.

Le début de l'année 1983 sera marqué par de nombreuses grèves illégales et une loi spéciale de retour au travail extrêmement rigoureuse viendra mettre fin à ce mouvement. De plus, le gouvernement imposera des coupures salariales à tous les travailleurs des secteurs public et parapublic allant jusqu'à 20 % pour les plus hauts salariés.

En 1985, le gouvernement modifie à nouveau le régime de négociation en adoptant la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*. Toutes les organisations syndicales s'opposeront alors au projet de loi, voyant là une volonté gouvernementale de réduire le droit à la négociation et l'exercice du droit de grève. En 1986, une autre loi est adoptée touchant spécifiquement cette fois le secteur de la santé et des services sociaux. Il s'agit de la *Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux*.

La loi de 1985 définit les services essentiels, c'est-à-dire le fonctionnement normal des unités de soins intensifs et d'urgence, le libre accès des bénéficiaires aux établissements, la prestation de travail de 80 ou de 90 % du personnel dans les centres d'accueil et les centres hospitaliers et de 55 à 60 % du personnel dans les CLSC et les CSS lors d'un conflit de travail. La loi de 1986 assure, elle, le respect de ces services en imposant des pénalités extrêmement sévères en cas de grève illégale ou de non-respect

des services essentiels: fortes amendes, réduction de salaire et de l'ancienneté, cessation de la retenue des cotisations syndicales.

Quant au régime de négociation, il est passablement modifié puisque malgré son caractère encore fortement centralisé en ce qui concerne les questions salariales et les clauses à forte incidence monétaire, il ouvre la porte aux négociations locales ou régionales sur de très nombreux aspects des conventions collectives. Les négociations sur les salaires et les échelles de salaire et les ententes qui en résultent ne sont valables, dans le cadre de cette loi, que pour la première année d'une convention collective de trois ans. Pour les deuxième et troisième années de la convention, les salaires sont fixés par règlement par le gouvernement sur la base d'analyses comparatives de la rémunération dans les secteurs public et privé faites par un institut de recherche indépendant et paritaire. Quant aux négociations locales ou régionales, la loi permet que les ententes qui en résultent puissent être modifiées par les parties en tout temps en cours de convention, ce qui instaure une forme de négociation permanente.

De plus, dans le secteur des affaires sociales, la structure de la négociation est déconcentrée. Le comité patronal se voit en effet adjoindre cinq sous-comités patronaux regroupant chacun une catégorie particulière d'établissements afin de mieux ajuster les conventions collectives aux spécificités de ces milieux de travail (CH, CLSC, CA, CSS et établissements privés conventionnés).

Cette loi permet la négociation locale ou régionale et donc une forme de décentralisation des négociations collectives. Mais de telles négociations dépendent de la volonté des parties au niveau central où l'on définit ce qui peut être négocié au niveau local ou régional. L'objectif visé est clair: il consiste à responsabiliser les parties locales et à leur permettre, par la voie de la négociation, de trouver des arrangements mieux adaptés aux milieux de travail fort diversifiés dans le réseau. Si, de toute façon, de nombreux arrangements locaux étaient négociés dans les établissements, le régime permet désormais que ces ententes se multiplient.

Lors de la dernière ronde de négociations, en 1986 et 1987, plusieurs aspects du nouveau régime de négociation ont été ignorés et cela, par entente entre les parties. Il est évidemment trop tôt pour évaluer les aspects les plus marquants de ce nouveau régime. Seules les prochaines rondes de négociations nous diront si les acteurs en présence veulent véritablement s'engager dans de nouveaux types de rapports collectifs et, d'ici là, si les négociations locales ou régionales permettront un rapprochement entre

gestionnaires et organisations syndicales et la conclusion d'arrangements locaux adaptés aux besoins des parties.

Le nouveau régime de négociation permet de croire qu'à moyen terme le modèle dominant de négociation, d'organisation du travail et de relations patronales syndicales, historiquement très influencé par le secteur hospitalier, sera remplacé par d'autres modèles, mieux adaptés aux réalités des milieux de travail que représentent les autres catégories d'établissements. Le régime de négociation est en effet devenu un processus très centralisé au cours des vingt dernières années, mais plus encore, force est d'admettre que le modèle hospitalier de division et d'organisation du travail et de relations du travail, s'est imposé graduellement dans l'ensemble du réseau.

Rappelons, à ce sujet que, jusqu'en 1979, les relations du travail dans de nombreux CLSC étaient régies par des ententes locales et des règlements internes qui prévoyaient des mécanismes de participation à la gestion, en plus de la négociation des conditions de travail et de la rémunération. Depuis que ces ententes locales ont été contestées devant les tribunaux par la partie patronale et qu'elles n'ont plus de valeur juridique, c'est une convention nationale qui régit la division et l'organisation du travail dans tous les CLSC selon un modèle uniforme et de plus en plus inspiré du modèle hospitalier. La flexibilité du travail ainsi que l'adaptation aux besoins du milieu en ont été, de ce fait, grandement affectées.

Quoi qu'il en soit, le nouveau régime de négociation ouvre la voie à des négociations plus déconcentrées, étant donné les sous-comités de négociations où sont représentées les catégories d'établissements, et plus décentralisées par le biais des négociations locales ou régionales.

Quant aux services essentiels, ils sont maintenant assurés par une loi très coercitive qui met fin aux possibilités de grève générale illimitée dans les services de santé et les services sociaux. Le droit de grève, pour sa part, n'a pas été aboli, mais il est devenu symbolique.

4. La gestion des ressources humaines

Le concept de gestion des ressources humaines fait référence aux relations qui prennent place tant au niveau collectif qu'individuel entre employeurs et employés. Les nouvelles tendances en matière de gestion des ressources humaines cherchent à concilier les besoins du travailleur et de l'organisation en vue d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, d'une part, et à créer un milieu de travail satisfaisant et valorisant pour les

individus d'autre part. Qu'en est-il de la gestion des ressources dans les quelque 900 établissements et 1 900 points de service du réseau de la santé et des services sociaux ?

L'affectation du personnel est régie par des titres d'emploi dont le nombre tend à augmenter sensiblement depuis une quinzaine d'années dans toutes les conventions collectives. Cette augmentation est une conséquence et un reflet de la tendance historique à une division du travail de plus en plus poussée, mais aussi à une spécialisation et une parcellisation des tâches de plus en plus grande. Les titres d'emploi sont aussi un enjeu des négociations collectives et l'augmentation de leur nombre est par conséquent le résultat de ces négociations et donc un reflet de la volonté des parties. La convention collective de la FAS, par exemple, comptait 156 titres d'emplois en 1972 contre 174 en 1983. La convention du Cartel des organismes professionnels de la santé (COPS) en comptait 36 en 1972 et 49 en 1983. Enfin, la convention collective du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la FTQ comprend 176 titres d'emploi en 1983. Cette tendance signifie que le degré de cloisonnement des emplois s'accroît et que les définitions de tâches se rétrécissent. Héritée à la fois de la tradition du professionnalisme pour les emplois plus spécialisés et de la syndicalisation pour les tâches moins complexes, la classification des emplois donne lieu à un nombre considérable de titres d'emplois, le plus souvent cloisonnés les uns par rapport aux autres en ce sens qu'un salarié détenteur d'un titre d'emploi ne peut, en général, effectuer les tâches propres à un autre titre d'emploi. Selon leur taille et leur vocation, les centres hospitaliers comptent entre 50 et 100 titres d'emploi en général, dont une vingtaine sont occupés par des professionnels régis par le *Code des professions*. Dans le secteur social, ce phénomène n'a toutefois pas la même acuité.

Plusieurs employeurs croient qu'il y a trop de titres d'emploi et que cette multiplicité induit un ensemble de rigidités dans l'allocation des ressources humaines, en particulier pour les employés de soutien dans le secteur hospitalier. Ils croient de plus qu'ainsi institutionnalisée par les titres d'emploi, la division du travail dans les hôpitaux nuit à l'efficacité et à la rentabilité des services, fige le système, empêche l'enrichissement et la diversification des tâches, et fait perdre au personnel sa motivation et son intérêt. Il va sans dire que la mobilité de la main-d'oeuvre s'en trouve réduite. Les représentants des salariés, pour leur part, craignent les multiples réaffectations de personnel et une possible diminution des emplois.

Les employeurs font aussi face à d'autres contraintes, rigidités ou prescriptions inscrites dans les conventions collectives et affectant l'organisation du travail. Signalons les mécanismes de remplacement des salariés absents, de promotion et de mutation, l'ancienneté, la formation, la sécurité d'emploi, la supplantation et un ensemble de règles de procédure relatives à l'affichage, aux listes de disponibilité, aux congés, etc. Ajoutons que toutes ces matières sont négociées au niveau provincial et donnent souvent lieu à des arrangements locaux qui en facilitent l'application.

Par ailleurs, les conventions collectives accordent une flexibilité certaine pour des aspects stratégiques de l'organisation du travail. Par exemple, les gestionnaires ont des marges de manoeuvre considérables quant aux horaires de travail et aux exigences qui sont rattachées aux postes. De plus en plus les employeurs ont tendance à fragmenter les horaires, soit en transformant un poste à temps complet en un ou plusieurs postes à temps partiel lors du départ d'un salarié, soit en créant des postes à temps partiel. Ainsi se sont créés des statuts d'emploi différenciés: les employés à temps complet et à temps partiel réguliers, d'une part, et les employés temporaires ou occasionnels à temps complet ou partiel, d'autre part. La sécurité d'emploi ainsi que de nombreux autres avantages sont fonction du statut d'emploi. Ainsi, les employés temporaires ou occasionnels peuvent difficilement accumuler l'ancienneté nécessaire pour obtenir la sécurité d'emploi et on estime que 25 à 30 % des employés dans le secteur de la santé et des services sociaux n'ont pas de sécurité d'emploi.

Précisons l'ampleur du phénomène de la diversification des statuts d'emplois. Entre 1979 et 1985, et pour toutes les catégories de personnel syndiqué du secteur hospitalier, le nombre d'employés réguliers à temps complet a diminué de 7 %, alors que le personnel régulier à temps partiel a augmenté de 28 %. En fait, près de 25 % de l'ensemble du personnel régulier travaille à temps partiel dans les hôpitaux. C'est dans le secteur des soins infirmiers que l'on retrouve toujours la plus forte proportion de personnel régulier à temps partiel, soit entre 24 et 40 % selon la catégorie de centre hospitalier. Or, au personnel régulier à temps partiel il faut ajouter aussi les nombreux employés occasionnels et temporaires généralement inscrits sur une liste de rappel.

En fait, pour la seule période de 1980 à 1985, les statuts occupationnels ont évolué comme suit dans l'ensemble du réseau: chez les employés réguliers, le temps complet a diminué de 8 % alors que le temps partiel a augmenté de 95 %; le nombre d'occasionnels a augmenté de 25 % alors que les employés temporaires à temps complet diminuaient dans une

proportion de 44 %. Au total, moins de la moitié de la main-d'oeuvre actuelle est régulière à temps plein, le quart des effectifs travaille à temps partiel et le tiers des travailleurs sont des occasionnels.

Cette situation n'est pas sans créer des problèmes plus ou moins graves: les revenus inconstants et l'insécurité des travailleurs occasionnels, leurs difficultés à développer un sentiment d'appartenance à un établissement et à une équipe de travail, leur faible motivation, la continuité et la qualité des soins et des services qui peuvent en être affectées, sans compter les difficultés inhérentes à la gestion d'immenses listes de rappel. En fait, on peut s'interroger sur l'efficience réelle de cette structure de la main-d'oeuvre et sur le type de planification à très court terme qu'elle semble sous-tendre.

Comment peut-on expliquer cette évolution de la structure de la main-d'oeuvre? Il semble qu'on puisse principalement imputer la responsabilité du phénomène du temps partiel aux employeurs qui, forcés de composer avec des contraintes budgétaires de plus en plus restrictives, veulent ainsi se donner plus de flexibilité dans l'allocation des ressources humaines pour répondre aux fluctuations de la demande de services. Par ailleurs, certains travailleurs sont en faveur de ce type d'horaire à temps partiel pour des raisons familiales ou autres, mais beaucoup d'autres n'ont tout simplement pas le choix. Le recours croissant à la main-d'oeuvre occasionnelle s'explique en bonne partie par les gains obtenus lors des négociations des conventions collectives par les travailleurs réguliers: les congés de maternité, les congés sans solde et les années sabbatiques, les congés de perfectionnement et toutes les formes d'absences autorisées ainsi que la fin de semaine de congé sur deux. Ces conditions obligent les employeurs à avoir un important bassin de main-d'oeuvre de remplacement. L'ampleur de ce phénomène est telle que l'on peut désormais parler d'une forme de dualité de la main-d'oeuvre. Ce bouleversement de la structure de la main-d'oeuvre dans les dernières années a créé un écart important entre les deux grandes catégories de salariés. Le personnel régulier se voit assurer tous les avantages contenus dans les conventions collectives, en particulier la sécurité d'emploi, ce que n'ont pas les travailleurs à statut précaire qui ne profitent pas non plus de certains autres avantages.

Mais cette évolution de la structure de la main-d'oeuvre a aussi d'autres conséquences néfastes: il devient de plus en plus difficile d'attirer et de conserver une main-d'oeuvre qualifiée à qui on ne peut offrir que des conditions de travail peu attrayantes, la motivation des ressources humaines est aussi plus aléatoire et, enfin, la qualité des soins et des services s'en retrouve affectée.

La complexité et le nombre croissant de conventions collectives constituent aussi des phénomènes marquants des 20 dernières années. Ils ont donné lieu à une judiciarisation des relations du travail et ont transformé les directeurs du personnel, ou des ressources humaines, en gestionnaires de conventions collectives.

Le nombre élevé de conventions collectives est surtout marquant dans le secteur hospitalier. Ainsi, dans un centre hospitalier de taille moyenne comptant 900 syndiqués en 1981, on dénombrait 27 unités d'accréditation et 10 syndicats. Dans un tel contexte, la gestion des ressources humaines se limite souvent à l'application stricte des conventions collectives et devient de plus en plus une fonction très spécialisée ou le droit du travail prend une très grande importance. De plus, si à l'origine la convention collective devait être le résumé simple et clair des droits et avantages des travailleurs, elle est devenue aujourd'hui le livre de bord des avocats et des spécialistes de toute nature. De même, si le règlement des griefs avait été conçu à l'origine comme une forme de justice simple et claire, il est devenu l'apanage quasi exclusif des juristes ainsi qu'un instrument de pression et de négociation aux mains des parties[206].

Si l'on considère le nombre de griefs comme un indice de l'état des relations du travail, on peut signaler qu'au seul Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, on dénombrait plus de 18 000 griefs inscrits au milieu de 1987. Plus encore, une compilation spéciale du ministère du Travail du Québec indique que le nombre de sentences arbitrales attribuables au secteur de la santé et des services sociaux, de 1978 à 1987, s'élève à 17,6 % de l'ensemble des secteurs d'activité contre 9,5 % pour le secteur de l'éducation, 13,0 % pour la fonction publique et 28,6 % pour tous les secteurs industriels.

Même si plus de 90 % des griefs ne se rendent pas jusqu'au stade de l'arbitrage et d'un règlement imposé par sentence arbitrale, leur grand nombre et leur nature laissent croire que les parties ont tendance à transformer souvent de simples litiges en griefs et à judiciariser leurs rapports. Il faut aussi ajouter que ce mécanisme est très lent: si les griefs dits prioritaires (suspensions, congédiements, etc.) sont traités assez rapidement, c'est-à-dire en moins de six mois en général, le règlement des autres prend plus de deux ans, entre autres à cause de la congestion du mécanisme. Enfin, ajoutons que 80 % des griefs proviennent d'une minorité de gros établissements et tout particulièrement de gros centres hospitaliers.

5. Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux comptait 12 670 cadres en 1986 (ETP) et la masse salariale qui leur était allouée s'établissait à un peu plus de 500 millions de dollars, à l'exclusion des avantages sociaux.

On distingue trois grandes catégories de cadres dans le réseau: les directeurs généraux et leurs adjoints que l'on appelle « hors cadres », les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires. Ces derniers regroupent tout près de 80 % des effectifs d'encadrement contre un peu plus de 14 % pour les cadres supérieurs et un peu moins de 7 % pour les hors cadres.

Le cadre moyen est âgé de 42 ans et gagne environ 40 000 dollars par année. Soulignons toutefois qu'il y a 28 classes salariales et que les salaires varient de 20 000 dollars à 100 000 dollars. Les femmes constituent un peu plus de la moitié des effectifs d'encadrement et se retrouvent surtout parmi les cadres intermédiaires, donc dans les échelons inférieurs de la hiérarchie, et dans des fonctions principalement associées aux services aux bénéficiaires.

La répartition des effectifs d'encadrement dans les catégories d'établissement reflète l'importance des établissements dans le réseau. Ainsi, les centres hospitaliers regroupent 65 % des cadres, les centres d'accueil près de 21 %, les centres de services sociaux près de 6 %, les CLSC 4,1 %, les CRSSS 1,4 % et les établissements privés 3,4 %. Les cadres intermédiaires sont donc environ 10 000 dans le réseau et de ce nombre un peu plus de 60 % sont des femmes. Moins de 60 % des cadres intermédiaires évoluent dans un milieu de travail où un système d'évaluation est en application. Par ailleurs, leur mobilité professionnelle se révèle assez limitée puisque 40 % d'entre eux occupent le même poste depuis plus de 10 ans.

La formation en cours d'emploi et le perfectionnement constituent des enjeux très importants pour les cadres intermédiaires du réseau; ils sont en effet relativement peu scolarisés. Au cours de l'année 1985-1986, 66,7 % des cadres intermédiaires ont participé à des activités de formation pendant leurs heures de travail tandis que 55 % l'on fait en dehors de leur temps de travail. On constate que parmi ces derniers figurent en majorité les plus scolarisés, les femmes et les cadres plus jeunes.

Par contre, ces efforts de formation complémentaire ne sont reconnus par leurs supérieurs que dans la moitié des cas. Pourtant, l'immense

majorité des cadres intermédiaires expriment d'importants besoins de formation en matière de gestion et d'administration, d'apprentissage des nouvelles technologies, de relations humaines et de gestion du personnel. Près de 75 % d'entre eux reconnaissent qu'ils pourraient offrir un meilleur rendement si ces besoins de formation étaient comblés.

Les cadres intermédiaires sont relativement satisfaits de leur travail, dans l'ensemble. Par contre, ils sont moins satisfaits quant à leurs possibilités de développement personnel, à la connaissance qu'ils ont des objectifs poursuivis par leur établissement, à leur salaire et plus particulièrement à leur participation réduite dans les processus décisionnels. En d'autres termes, ils s'estiment peu informés et peu consultés par leurs supérieurs et participent peu aux décisions concernant leur service, leur département ou leur équipe de travail.

En outre, une très grande proportion des cadres intermédiaires du réseau remettent en question l'efficacité de la gestion de leur établissement. Dans les centres hospitaliers, 70 % des cadres intermédiaires déplorent l'inefficacité administrative, la qualité de la gestion et la lourdeur bureaucratique de leur organisation, contre 60 % dans les centres d'accueil et 50 % dans les CSS, les CLSC et les CRSSS. Soulignons à ce sujet que plus l'organisation est grosse, plus cette opinion est répandue parmi les cadres intermédiaires[207].

Mêmes si les cadres intermédiaires manifestent d'importants besoins de formation et de perfectionnement et s'ils croient qu'ils pourraient ainsi fournir un meilleur rendement, le réseau investit peu dans la formation continue et le perfectionnement de ses cadres. En effet, on évalue que les sommes investies annuellement per capita pour la formation et le perfectionnement des cadres du réseau de la santé et des services sociaux s'élèvent à moins de 70 dollars contre quatre fois plus pour les cadres du réseau de l'éducation et de la fonction publique québécoise. On constate d'ailleurs le même phénomène si l'on compare les sommes investies en ce domaine pour l'ensemble des effectifs du réseau par rapport à la masse salariale: dans la fonction publique québécoise, on consacre 0,31 % de la masse salariale à la formation et au perfectionnement et 0,36 % dans le réseau de l'éducation contre seulement 0,10 % dans le réseau de la santé et des services sociaux[208].

On peut signaler qu'il n'y a pas de politique d'ensemble de développement des ressources humaines dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les sommes investies au chapitre de la formation et du perfec-

tionnement proviennent de différentes sources: elles sont négociées dans le cadre des conventions collectives pour les personnels syndiqués; le Ministère se fixe des priorités et alloue des fonds en conséquence; les CRSSS ont le mandat d'évaluer les besoins des cadres et de coordonner leur formation continue, mais ils assument aussi la formation des membres des conseils d'administration et des bénévoles; les établissements eux-mêmes dégagent des budgets à cette fin selon leurs priorités, et, enfin, les associations professionnelles, de cadres et d'établissements y investissent aussi certaines ressources. Or, malgré les récentes initiatives du Ministère, les efforts consentis en matière de formation continue et de perfectionnement des effectifs du réseau demeurent fragmentés et discontinus, ne s'inscrivent pas dans une politique globale et coordonnée.

La formation et le perfectionnement des ressources humaines dans le réseau de la santé et des services sociaux apparaissent donc négligés et sous-financés et manquent de cohérence.

6. Le climat de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux: les enjeux actuels

La Commission Castonguay-Nepveu soulignait dans son rapport, il y a une quinzaine d'années, que les services de gestion du personnel en milieu hospitalier étaient sous-développés par rapport à l'importance du capital humain. Or, d'aucuns affirment que la situation n'a guère évolué depuis[209].

Une étude, effectuée à la fin de 1974, démontrait que parmi les 38 tâches associées à la gestion du personnel, les relations du travail, ou l'administration des conventions collectives, constituaient la principale occupation des cadres et du personnel associés à cette fonction[210]. En d'autres termes, on gère plus des conventions collectives que l'on ne gère des ressources humaines. La véritable gestion des ressources humaines ne doit pas se limiter à ce seul aspect formel et restrictif. Elle doit aussi viser à créer et à maintenir un climat organisationnel et un milieu de travail satisfaisants, voire même valorisants pour les individus.

On pouvait lire dans une publication récente de l'Association des hôpitaux du Québec qu'à « tous les niveaux et selon des degrés variables, on observe des signes de désintéressement et d'indifférence, spécialement chez les employés dont la contribution personnelle est moins évidente et dont le travail est moins valorisant« [211]. Une enquête canadienne sur l'environnement du travail en milieu hospitalier concluait, pour sa part, que la qualité de vie au travail dans les hôpitaux canadiens s'est détériorée au cours des dernières années. On notait, en particulier, une augmentation

de la tension chez les employés mais aussi de l'absentéisme, de l'insatisfaction et du désintéressement[212]. Les employés déploraient surtout de ne pouvoir prendre de décisions, de ne pouvoir apprendre de nouvelles techniques; ils regrettaient le manque de possibilités d'avancement, le manque de respect mutuel et d'appui entre collègues, la monotonie et le manque de signification du travail.

Une étude récente, commanditée par la Commission et portant cette fois sur l'ensemble des catégories d'établissements et de personnels du réseau québécois de services de santé et de services sociaux, démontrait elle aussi que le climat de travail s'est passablement, et ce pour des raisons de nature fort diverse. Cette détérioration est vécue et évaluée différemment selon les catégories de personnel, les milieux de travail et le statut d'emploi.

On signale, d'une part, des causes intrinsèques aux tâches des différents personnels: la monotonie et la routine, le stress, l'absence de défi, la surcharge de travail, le manque d'autonomie pour certains et le manque d'encadrement professionnel pour d'autres, le manque de temps pour offrir des soins ou des services de qualité à la clientèle, la bureaucratisation des tâches, la sous-utilisation de la formation et des compétences, ainsi que les conflits interprofessionnels.

Les salariés ont aussi cité des causes extrinsèques aux tâches elles-mêmes, mais qui ont affecté le climat de travail. On peut signaler à ce chapitre l'alourdissement de la clientèle, le fait de ne pas remplacer des employés absents, le recours de plus en plus massif à des employés occasionnels et à temps partiel qui nuit, dans certains cas, à l'esprit d'équipe, à la cohésion et à la qualité du travail, des équipements souvent désuets ou insuffisants, une organisation du travail perçue comme inefficace et, enfin, pour certains, des heures de travail insuffisantes ou des horaires brisés ou encore des conditions matérielles de travail difficiles, dans les buanderies et les services alimentaires en particulier. Les infirmières qui travaillent dans les services d'urgence des centres hospitaliers et les travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse, en particulier, se plaignent du stress, de la surcharge de travail et des risques d'épuisement professionnel.

Enfin, les employés des établissements de services de santé et de services sociaux signalent aussi d'autres éléments relativement étrangers à la nature même des tâches qu'ils assument mais qui n'en ont pas moins un effet certain sur le climat de travail. Ainsi, les restrictions budgétaires, les

coupures de postes, les coupures de salaires de 1983, les conflits de travail, l'image négative projetée dans l'opinion publique par ces conflits, les lois spéciales de retour au travail, la limitation du droit de grève, l'insécurité et, enfin, la démobilisation face aux organisations syndicales sont autant de facteurs qui ont affecté négativement le climat de travail dans les établissements.

L'étude révèle enfin un malaise global que partagent la majorité des employés des établissements du réseau et même les cadres intermédiaires: l'information relative à la mission de l'établissement, à ses orientations et à ses contraintes budgétaires, ne circule pas et ne rejoint pas les employés; on signale de plus l'absence de communication avec la direction, le manque de consultation, de concertation et de participation aux décisions. Les employés ont souvent le sentiment de travailler avec des patients ou des clients comme s'ils travaillaient sur une chaîne de montage, sans être informés des résultats des gestes qu'ils posent et sans que soit réellement évaluée la qualité de leur travail.

Bien sûr, le climat de travail varie d'un établissement à l'autre, d'un département à l'autre, et est perçu différemment selon les catégories de personnel et les individus. Il n'en demeure pas moins que l'environnement du travail a changé rapidement dans les dernières années et que les valeurs associées au travail ont évolué au même rythme. Dans cette perspective et compte tenu du climat de travail qui affecte négativement la motivation, la productivité et au bout du compte la qualité des services, l'enjeu actuel en matière de gestion des ressources humaines apparaît clairement: créer ou recréer un sentiment d'appartenance, valoriser l'excellence et la qualité des services, inciter à l'innovation et redonner un sens au travail.

Sans nier l'existence de tensions et d'intérêts parfois divergents entre employeurs et employés, il faut aujourd'hui dépasser le stade des rapports conflictuels: il faut repenser l'organisation du travail. Dans cette perspective, des associations d'établissements ont, depuis quelque temps, mis de l'avant le concept de gestion participative dans leurs établissements, ou du moins amorcé une sérieuse réflexion en ce sens afin de favoriser l'éclosion de nouvelles philosophies de gestion et de nouveaux rapports collectifs de travail. Certains établissements du réseau ont expérimenté des formules selon lesquelles les employés participent aux décisions à divers paliers et qui ont déjà donné des résultats tangibles et prometteurs. Cette nouvelle approche en matière de gestion des ressources humaines n'est pas utopique; elle trouve d'ailleurs des applications intéressantes dans bon nombre d'entreprises au Québec et ailleurs. Elle exige toutefois qu'on remette en

question la philosophie traditionnelle de gestion fondée sur l'autoritarisme, l'exclusivisme des droits de gérance, le non-partage de l'information, l'absence de consultation, de concertation et de participation des employés aux décisions les concernant.

Une recherche commanditée par la Commission a d'ailleurs comparé sur ce plan deux groupes de CLSC, un premier où le mode de gestion peut être qualifié de participatif, un deuxième où prévaut le mode de gestion traditionnel et autoritaire. Il apparaît que dans le premier groupe, où l'on sollicite la participation des employés aux décisions, à la définition des orientations et à l'organisation du travail, la satisfaction au travail est plus élevée, l'absentéisme est réduit et les griefs inexistants. Dans l'autre groupe, on retrouve de l'insatisfaction, un taux d'absentéisme élevé et des rapports conflictuels. Cette comparaison démontre que les organisations faisant appel à la participation améliorent ainsi le climat de travail, les rapports collectifs de travail, mais aussi la qualité des services.

Conclusion

En matière de gestion des ressources humaines, le défi des années à venir exige de revoir la philosophie de gestion. L'environnement a changé et ce changement se traduit par de nouvelles valeurs: désir de participation aux décisions et de nivellement des statuts, préoccupation grandissante pour la qualité de vie au travail, volonté de démocratisation, désir de tous les employés d'être considérés dans leur travail et non traités comme des rouages d'un appareil et, enfin, volonté de valorisation personnelle dans et par le travail. Ces nouvelles aspirations sont très présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elles doivent maintenant y trouver un lieu d'expression.

Chapitre 4

Les professionnels et leur pratique

Introduction

Au Québec, un million d'actes sont posés quotidiennement par près de 200 000 professionnels dont 120 000 oeuvrant dans les services de santé et les services sociaux. La réglementation professionnelle, instaurée lors de la réforme du système des services de santé et des services sociaux au début des années 70, devait guider le développement du professionnalisme. La notion de profession fait référence à un « type d'activité exercée régulièrement et contre rémunération dans le cadre d'une discipline ou d'une technique particulière« [213]. L'utilisation d'une définition fonctionnelle de la notion de profession voulait éviter toute connotation historique ou sociologique dans l'élaboration des principes de la réforme.

La réglementation du *Code des professions* et des lois propres à chaque corporation précise les droits et obligations de chaque profession. Elle constitue une réponse à l'évolution du professionnalisme au Québec. Par le *Code des professions*, le législateur voulait assurer la protection du public et faciliter la collaboration interprofessionnelle. On constate aujourd'hui qu'en ce qui concerne la protection du public, la situation comparative du Québec est dans l'ensemble favorable, même s'il y a place pour amélioration, notamment en regard du fonctionnement des mécanismes de plaintes. Quant à la collaboration interprofessionnelle, elle s'est peu développée, comme en témoigne la consultation menée par la Commission.

En effet, plusieurs intervenants du réseau de la santé et des services sociaux voient dans la réglementation professionnelle une source de rigidité dans l'organisation du travail, particulièrement en ce qui concerne les services de santé. Cette réglementation est responsable de conflits entre groupes occupationnels et, contrairement à ce que souhaitait le législateur, nuit au travail interdisciplinaire. Il semble que l'application des règlements de délégation d'actes ait souvent perturbé les climats de travail. Les

corporations à titre réservé ont souligné par ailleurs que ce statut ne leur permet pas de jouer adéquatement leur rôle en matière de protection du public. En outre, à quelques exceptions près, les corporations ne se conforment pas à leur obligation d'inspection professionnelle. Finalement, les mécanismes de recours sont peu connus des usagers des services de santé et des services sociaux.

1. La réglementation professionnelle

1.1 L'expansion des corporations professionnelles

« La notion de profession qui a présidé à l'édification de notre droit professionnel doit moins à la survivance du corporatisme du Moyen-Age qu'aux idées de la société libérale sur l'intervention de l'État, aux attitudes craintives de la population québécoise à l'égard de l'État et aux idéologies et intérêts des groupes sociaux (avocats, notaires, médecins) qui ont traditionnellement accaparé la fonction législative au Québec[214]. » Contrairement à ce que laisse entendre les professionnels eux-mêmes, l'accès au professionnalisme ne serait pas dû à l'évolution des connaissances dans un domaine donné, mais serait plutôt le produit d'interactions entre l'État et des groupes professionnels organisés et entre ces groupes eux-mêmes.

Les lois qui ont reconnu une occupation comme professionnelle ne s'appuient sur aucune base juridique commune. Des groupes commençaient à se constituer en associations volontaires, puis demandaient qu'on leur accorde l'adhésion obligatoire et le contrôle des conditions d'admission. Ces groupes finissaient par exiger le contrôle des conditions d'exercice, puis le contrôle de l'activité. Les demandes étaient davantage inspirées par le désir de protéger les membres que par l'intérêt public.

Les médecins et les chirurgiens constituent la première corporation professionnelle reconnue (1847). Ils exerçaient une profession déjà socialement acceptée et relativement structurée avant d'accéder au professionnalisme. Et comme aucune directive ne réglementait l'incorporation professionnelle proprement dite, ce premier groupe a pu définir lui-même son champ d'activité. Les quatre groupes qui allaient s'incorporer par la suite ont donc été forcés de respecter les droits et privilèges acquis par la corporation des médecins.

C'est ainsi que les dentistes (1869), les pharmaciens (1870), les médecins vétérinaires (1902) et les optométristes (1906) doivent inclure dans leur loi constitutive des clauses restrictives en faveur des médecins, clauses qui précisent que rien, dans les lois de ces groupes, ne doit porter

atteinte aux droits et privilèges accordés antérieurement aux médecins. Cela signifie par exemple que les médecins pouvaient continuer de vendre un médicament ou de soigner une dent malade même si ces activités étaient légalement réservées à l'une ou l'autre des nouvelles corporations. Par contre, les homéopathes, reconnus comme professionnels en 1865, n'ont pas à établir de restrictions en faveur des médecins, parce qu'ils ne sont pas en véritable concurrence avec ceux-ci.

La période 1910 à 1940 connaît un certain ralentissement dans la course au professionnalisme. Cinq groupes sont incorporés, dont les gardes-malades (infirmières) en 1920 dans le domaine de la santé. Celles-ci obtiendront le contrôle exclusif de leur exercice en 1947 à la suite de nombreuses pressions. Mais entre 1940 et 1955, le professionnalisme connaît une période florissante: treize groupes sont reconnus, dont onze comme professions connexes aux professions existantes. Deux de ces groupes pratiquent dans le domaine de la santé: les opticiens d'ordonnances (1940) et les techniciens dentaires (1944). Ces deux professions sont subordonnées à celles des optométristes et des dentistes et n'entament en rien leur pouvoir. On refusait les demandes d'incorporation qui comportaient des risques pour l'intégrité des corporations existantes. C'est notamment le cas des chiropraticiens qui, n'ayant jamais voulu se subordonner, ont fait des demandes d'incorporation presque annuellement depuis 1930 jusqu'à ce qu'ils puissent finalement s'incorporer en 1973.

La course au professionnalisme s'accélère encore de 1955 à 1970. Dix-sept groupes sont incorporés, dont trois seulement ont un contrôle du titre et de l'exercice. Cinq de ces groupes évoluent dans le domaine de la santé et des services sociaux: ce sont les diététistes (1956), les travailleurs sociaux (1960), les techniciens en radiologie (1961), les psychologues (1961), les orthophonistes et les audiologistes (1964). Le développement de l'éducation, du bien-être et de l'administration publique favorise la création de nouvelles professions. Bon nombre de ces nouvelles disciplines s'apprennent à l'université et recherchent un statut équivalent aux professions existantes. Leur pouvoir demeure cependant limité et plusieurs auront de la difficulté à se définir un champ d'exercice et un acte professionnel. La montée des aspirations professionnelles n'est pas étrangère à la décision du gouvernement de se pencher sur l'organisation professionnelle, car, en 1970, on comptait quarante-sept corporations dont vingt-trois avec le double contrôle du titre et de l'exercice. Dix-huit corporations étaient soumises à des clauses restrictives dont dix à l'égard des seuls médecins.

Alors que, depuis un siècle dans les sociétés occidentales, le corporatisme professionnel tendait à être remplacé par d'autres mécanismes de contrôle (régie d'État, accréditation, etc.), il connaissait une expansion démesurée au Québec. La Commission Castonguay-Nepveu disait à cet effet: « Des sept juridictions étrangères qui ont fait l'objet de son examen, il n'est pas sans intérêt de constater qu'aucune n'a adopté le régime québécois généralisé de réglementation professionnelle par l'entremise de corporations autonomes. De plus, parmi celles qui connaissent un certain régime de corporations professionnelles, aucune ne leur délègue autant de pouvoir que le Québec ou n'accepte qu'elles soient administrées exclusivement par leurs membres comme c'est presque toujours le cas au Québec[215]. » Les juridictions étudiées par cette Commission sont celles de l'Ontario, l'État de New-York, la Californie, la France, la Belgique, l'Allemagne et la Suède.

1.2 La réforme du système professionnel

Au début des années 70, la Commission Castonguay-Nepveu constate que la multiplication des privilèges professionnels et la concurrence qui sévit entre les différents groupes est un obstacle majeur à l'approche globale qu'elle suggère. « La réforme proposée en matière de santé et de services sociaux serait compromise si le désordre de l'organisation professionnelle (...) se continuait[216]. » Les luttes interprofessionnelles empêchent le travail d'équipe nécessaire à cette nouvelle approche. Cette Commission constate aussi certains faits incompatibles avec le système professionnel d'alors: un public mieux informé et plus exigeant, des professionnels de plus en plus souvent salariés, des services publics plus développés et un degré d'interaction plus élevé entre les disciplines. La Commission Castonguay-Nepveu ne croit pas au rôle direct et continu de l'État dans le domaine des professions, mais elle lui reconnaît un rôle directeur important. Elle ne rejette pas non plus le fondement d'autogestion des corporations, mais préconise une réforme de l'organisation professionnelle basée prioritairement sur la protection du public. Par organisation professionnelle, la Commission Castonguay-Nepveu sous-entend l'ensemble des structures légales mises en place pour institutionnaliser et administrer les professions. Afin d'éviter le désordre et la confusion, on suggère que la réforme préconisée s'étende à l'ensemble des professions au Québec.

1.2.1 La protection du public

Cette réforme s'est concrétisée par l'adoption, en 1973, du *Code des professions* qui précise que la raison première de l'existence des corporations professionnelles est la protection du public, sans toutefois définir ce

qu'il entend par là. Même si, à l'époque, le législateur était conscient des possibilités d'interprétation de cette notion, il n'a pas cru opportun de la définir parce que, disait-on, cette notion évolue trop rapidement[217]. Au moment de l'adoption du Code, la protection du public sous-entendait la protection des personnes et de leur patrimoine contre tout danger causé par un professionnel. Elle devait se concrétiser dans la qualité de l'acte, le maintien de la compétence par l'inspection professionnelle, le maintien de l'intégrité et le mécanisme disciplinaire.

À cette fin, le législateur a prévu un ensemble de facteurs susceptibles de garantir la protection du public. L'article 25 du *Code des professions* énumère cinq facteurs à considérer dans la constitution d'une corporation professionnelle: les connaissances requises pour exercer la profession, le degré d'autonomie, le caractère personnel de la relation, la gravité du préjudice et le caractère confidentiel des renseignements. Ces facteurs sous-entendent que c'est la nature de l'activité, et non du groupe, qui doit dorénavant primer dans la reconnaissance d'une corporation professionnelle. Ces cinq facteurs tiennent lieu en quelque sorte de définition de la notion de profession.

C'est donc en vertu de ces facteurs que neuf groupes demandent à être reconnus comme professionnels. Ces nouveaux professionnels, tous du domaine de la santé et tous incorporés en 1973, sont: les denturologistes, les audioprothésistes, les podiatres, les chiropraticiens, les hygiénistes dentaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières auxiliaires et les technologistes médicaux. Deux autres corporations seront reconnues par la suite, dont les inhalothérapeutes, en 1984, dans le domaine de la santé.

C'est aussi en vertu de ces facteurs d'incorporation que treize groupes incorporés avant l'adoption du Code perdent leur statut professionnel en 1973; ce sont les homéopathes, trop peu nombreux, les techniciens diplômés, les courtiers d'assurance, les décorateurs-ensembliers, les entrepreneurs en plomberie-chauffage, les maîtres-électriciens, les mesureurs de bois, les horlogers-bijoutiers, les directeurs de funérailles et les embaumeurs, les électroniciens, les maîtres-entrepreneurs en réfrigération, les maîtres-entrepreneurs en installation contre l'incendie et les officiers municipaux. On dénombre donc en 1987 quarante corporations professionnelles reconnues par le *Code des professions*, dont vingt dans les services de santé et deux dans les services sociaux.

Or, les corporations professionnelles, l'Office des professions et les observateurs du monde professionnel disent que ces facteurs d'incorporation sont imprécis, trop généraux et non opérationnels. Ils ne permettent pas de savoir à quel moment une occupation devient une profession. La littérature nous apprend que toutes les occupations possèdent, à un degré ou à un autre, certains des attributs qui font une profession. Il semble que ce serait davantage la combinaison de certains attributs qui créerait une profession, mais les auteurs ne s'entendent pas sur leur nature, sur leur nombre ni sur leur importance relative.

Dans l'optique de la protection du public, à quel moment une occupation doit-elle devenir une profession? Les facteurs de l'article 25 du Code demeurent imprécis à cet égard, n'indiquant pas la ligne de démarcation en deça de laquelle une occupation ne peut prétendre au statut de profession. Pourtant, un des buts de la réforme du professionnalisme était de freiner une expansion trop rapide des professions.

Ce but sera relativement bien atteint. On le devra davantage aux conditions supplémentaires établies par l'Office des professions qu'aux facteurs énumérés à l'article 25. En effet, en 1976, à la suite d'une étude chargée de dégager les caractéristiques susceptibles de favoriser les activités des corporations en regard de la protection du public, l'Office a défini des conditions supplémentaires à l'article 25 du Code.

Ces nouvelles exigences concernent d'abord les conditions d'exercice de la profession: il faut qu'une forte proportion des membres exercent en pratique privée, que la clientèle soit surtout composée de personnes et que le champ de connaissances soit vaste. Ces exigences touchent aussi les conditions de fonctionnement de la corporation: il faut que les ressources financières soient importantes et que le nombre de membres soit élevé. Ces conditions, plus facilement mesurables et plus opérationnelles, ont été appliquées par la suite à toutes les demandes d'incorporation, en plus de l'article 25. Ainsi, des 45 demandes reçues après 1973, deux seulement ont été acceptées, dont une malgré le refus de l'Office (les inhalothérapeutes). Une douzaine de ces demandes provenaient de groupes exerçant dans le domaine de la santé et des services sociaux, soit les biologistes et microbiologistes, les psycho-éducateurs, les conseillers sociaux, les archivistes médicaux, les inspecteurs en hygiène publique, les orthothérapeutes, les prothésistes et orthésistes, les puéricultrices, les naturothérapeutes, les perfusionnistes et les techniciens en électro-encéphalographie. Avec la venue des médecines douces, il semble bien que les demandes d'incorporation vont continuer d'affluer.

1.2.2 Les statuts juridiques des corporations

Si auparavant certaines lois faisaient mention de profession à titre réservé et à exercice exclusif, ce n'est toutefois qu'avec l'adoption du *Code des professions* que cette distinction apparaît clairement dans la législation québécoise. En effet, le Code établit deux statuts juridiques pour les corporations professionnelles: le premier, l'exclusivité d'exercice, est accordé à des corporations dont les membres ont beaucoup de latitude et posent des actes d'une nature très particulière à tel point que le manque de formation et de qualification pourrait avoir des conséquences graves pour la personne sur qui l'acte est posé. Comme il s'agit d'exercice exclusif, seuls les membres de la corporation sont autorisés à exercer les actes que recouvre ce champ d'activités professionnelles afin de garantir la protection du public. Onze corporations jouissent de ce monopole d'exercice dans le secteur de la santé mais aucune dans les services sociaux. Ces corporations sont celles des audioprothésistes, des chiropraticiens, des dentistes, des denturologistes, des infirmières, des médecins, des opticiens d'ordonnances, des optométristes, des pharmaciens, des podiatres et des techniciens en radiologie.

Le second statut, celui du titre réservé, oblige légalement les corporations à assurer la protection du public. Ce statut, comme le premier, permet à la corporation de surveiller la compétence de ses membres et de veiller à ce que leur formation les habilite à poser en toute sécurité certains actes. Comme c'est le titre, et non l'acte, qui est réservé, d'autres professionnels peuvent aussi poser les mêmes actes et la corporation n'a pas de droit de regard sur les non-membres. Neuf corporations ont un titre réservé dans les services de santé et deux dans les services sociaux. Ce sont, dans les services de santé, les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les physiothérapeutes, les techniciens dentaires et les technologistes médicaux et, dans les services sociaux, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Se fondant sur divers arguments, le législateur estime que le titre réservé est suffisant pour assurer la protection du public. Le titre réservé identifie les professionnels qui ont reçu une formation adéquate pour poser certains actes et assure le consommateur que ce professionnel est soumis à un code de déontologie et à l'inspection professionnelle. En plus, dans l'esprit du législateur, le titre réservé offre une protection suffisante lorsque la profession est exercée dans un milieu offrant d'autres moyens de contrôle.

Or, plusieurs corporations à titre réservé affirment le contraire et ce, pour différentes raisons. Les actes n'étant pas exclusifs, ils peuvent être posés par des personnes qui ne sont pas membres de la corporation. La majorité des professionnels à titre réservé sont des salariés du réseau de la santé et des services sociaux et des commissions scolaires; aussi, les conventions collectives, les plans de classification d'emploi et les descriptions de tâche utilisent-ils régulièrement des titres d'emploi équivalents au lieu du titre réservé. Ainsi, on parle de nutritionniste ou de conseiller en alimentation à la place de diététiste ou encore d'agent de relations humaines à la place de travailleur social. Les titres conférés par les maisons d'enseignement ajoutent encore à la confusion du public en lui laissant croire que le détenteur d'un diplôme reconnu par l'État offre les mêmes garanties de protection que le membre d'une corporation.

1.2.3 La délégation d'actes

Le mécanisme de délégation d'actes, propre au secteur de la santé, oblige certaines corporations d'exercice exclusif à déléguer des actes à d'autres personnes selon des conditions prescrites. L'institution de ce mécanisme, qui n'a pas d'équivalent dans d'autres systèmes professionnels, doit être replacé dans le contexte de la réforme des services sociaux et de santé du début des années 70.

L'État voulait alors rationaliser l'organisation des services et les rendre plus accessibles et efficaces. On observait des tensions entre les groupes professionnels, dont les champs étaient voisins ou se recoupaient. Ces tensions résultaient de la prolifération des spécialités en médecine et de la multiplication des professions paramédicales qui cherchaient à se définir un champ de pratique et à en revendiquer le contrôle exclusif. La Commission Castonguay-Nepveu a d'ailleurs décrit les relations interprofessionnelles en santé comme des rapports de compétition et a dénoncé la course au statut et la hiérarchie des professions qui en découlaient[218]. Cette situation était incompatible avec l'approche globale de la santé que la Commission désirait promouvoir.

Traditionnellement, la délégation d'actes existait entre médecins et infirmières et entre infirmières et auxiliaires. La division du travail était le fruit d'une négociation individuelle sur les lieux de travail; le médecin ou l'infirmière autorisait, individuellement, un autre professionnel à poser certains actes sans qu'il y soit contraint par règlement. La délégation était fonction de la formation et de l'expérience de l'infirmière ou des autres soignants qui pouvaient ainsi poser des actes qu'on jugeait sans danger pour le malade. De plus, les établissements hospitaliers autorisaient déjà

une certaine forme de délégation par règlement interne. Or, le législateur a senti le besoin de légaliser ce processus informel répondant ainsi surtout aux pressions des infirmières qui s'exposaient quotidiennement à être poursuivies et condamnées conjointement avec les hôpitaux pour des actes qu'elles posaient en l'absence et, souvent, avec l'assentiment du médecin. La poursuite et la condamnation d'une infirmière de l'Hôpital Sainte-Justine en 1966 à la suite d'une injection dans une veine fémorale a pris valeur de symbole et a incité les infirmières à demander qu'on définisse clairement leur champ d'exercice. Cet incident a encouragé d'autres professions à multiplier les pressions en ce sens. Le législateur a donc voulu régulariser des situations de fait en obligeant certaines corporations d'exercice exclusif à déléguer des actes, selon des conditions prescrites, à d'autres catégories de professionnels. Ces corporations sont celles des chimistes, des dentistes, des infirmières, des médecins, des optométristes, des pharmaciens et des podiatres.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec est la plus touchée par cette réglementation puisqu'elle délègue des actes aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux technologistes médicaux, aux inhalothérapeutes et aux techniciens en réadaptation. Selon cette corporation, le mécanisme était inutile, car les médecins n'avaient jamais refusé de déléguer des actes aux professionnels compétents. L'Ordre des infirmières, qui était à la fois délégataire et délégant, admet que le processus s'est relativement bien déroulé avec les médecins mais que les difficultés ont surgi lorsque l'Ordre a essayé de déléguer des actes aux infirmières auxiliaires. Ces dernières affirment que plusieurs des seize actes délégués par les infirmières ne sont plus posés dans nombre d'établissements à cause des progrès technologiques et que leur rôle semble confiné à l'exécution de quelques actes. La délégation des actes dentaires n'est pas encore terminée et les dentistes croient que le législateur a inutilement fragmenté leur champ d'exercice en y laissant pénétrer techniciens dentaires, denturologistes et hygiénistes dentaires. D'ailleurs, cette dernière profession attend toujours que des actes lui soient délégués. Finalement, le monde de l'optique, composé de trois corporations (médecins, optométristes et opticiens d'ordonnances), vit aussi les tensions de la délégation d'actes: les opticiens d'ordonnances attendent toujours que le législateur oblige les optométristes à remettre la prescription à leur client.

Contrairement à ce que l'on prévoyait en instituant ce mécanisme, la délégation d'actes a donné lieu à de multiples conflits et est toujours inachevée, quatorze ans après son inclusion dans les lois des corporations visées. Il semblerait que ce mécanisme ait plutôt permis à certaines

corporations délégantes d'étendre et de consolider leur champ de pratique. La nature des actes délégués varierait grandement d'une corporation à l'autre. En outre, lors de la délégation, on ne tiendrait pas toujours compte du degré de risque associé à l'acte ni des connaissances requises. Le mécanisme de délégation permet de déléguer des actes à des membres d'une autre corporation, mais aussi à tout autre groupe ou personne non soumis au contrôle d'une corporation. En plus, étant donné la diversité des lieux et des conditions de pratique, chaque établissement a le pouvoir de décider lui-même des actes autorisés, des conditions locales et des protocoles et procédés de soins.

Le mécanisme de délégation d'actes voulait introduire de la souplesse dans la définition des champs exclusifs et permettre la pratique du travail interdisciplinaire. Or, il a plutôt eu pour effet de prolonger la hiérarchisation des professions, de freiner leur évolution, de renforcer les luttes de territoire et de susciter des batailles juridiques.

On ne peut étudier la délégation d'actes sans considérer les répercussions économiques qu'elle représente. Un gain pour une corporation représente une perte pour une autre. Par exemple, la délégation entraîne une perte potentielle de revenus pour les médecins, une source d'emploi pour les infirmières et une diminution de postes pour les infirmières auxiliaires.

1.2.4 L'inspection professionnelle

La fonction principale d'une corporation professionnelle est d'assurer la protection du public. L'appartenance à une corporation indique au consommateur que le professionnel répond à certains critères de compétence et qu'il est soumis à des contrôles. À cette fin, chaque corporation a l'obligation de se doter d'un comité d'inspection composé d'au moins trois membres, exigence à laquelle se sont pliées toutes les corporations. Cependant, seules les corporations des médecins et des infirmières possèdent un service d'inspection professionnelle.

Les activités des comités d'inspection varient beaucoup d'une corporation à l'autre. Certaines corporations s'acquittent systématiquement de cette obligation, quelques-unes l'assurent sur demande et d'autres n'en font pas du tout. Quelles que soient les raisons invoquées (ressources humaines, ressources financières, critères d'évaluation, désintérêt), la qualité de l'inspection est dans l'ensemble très variable et le rapport annuel que doivent présenter les corporations ne permet pas de juger de la valeur et de l'efficacité du mécanisme d'inspection. La corporation des médecins

est celle qui consacre le plus de ressources, toute proportion gardée, à l'inspection professionnelle; elle a une longue tradition en ce domaine et accorde beaucoup d'importance à cette activité. Certains s'interrogent sur la pertinence de l'inspection professionnelle, surtout lorsque les professionnels travaillent en établissement. Soulignons qu'environ 80 % des membres des corporations professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux sont salariés et, par conséquent, soumis à une certaine forme de contrôle par l'établissement.

1.2.5 Les mécanismes de recours

Selon l'alinéa 2 de l'article 25 du *Code des professions*, l'un des facteurs à considérer pour la constitution d'une corporation professionnelle est la difficulté de porter un jugement sur des actes professionnels pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification correspondantes. Cette incapacité justifie le législateur d'instaurer des recours, puisqu'en principe, les corporations ont pour rôle de diminuer l'incertitude reliée à l'utilisation des services professionnels. Le Code oblige donc chaque corporation professionnelle à se doter d'un comité de discipline chargé de statuer sur toute plainte formulée contre un professionnel pour une infraction au Code, à sa loi constitutive ou à tout règlement adopté conformément à ces lois.

Le comité de discipline est formé d'au moins trois membres et le président est choisi par le Barreau parmi les avocats ayant au moins dix années de pratique. Un syndic, élu parmi les membres du Bureau de la corporation, est chargé de faire enquête en cas de plainte. S'il la juge recevable, il la porte devant le comité de discipline; dans le cas contraire, il en avise le consommateur. Ce dernier, s'il le désire, pourra porter plainte directement au comité de discipline; dans ce cas, il est conseillé de retenir les services d'un avocat, car le professionnel en aura probablement un pour assurer sa défense. Comme les frais peuvent être élevés, peu de consommateurs se prévalent de ce droit; 99 % des plaintes sont donc portées par le syndic. En 1986, un seul client a porté lui-même sa plainte à la Corporation des médecins et deux l'ont fait à la Corporation des psychologues. En trois ans, l'Ordre des dentistes a reçu deux fois ce type de plainte et le comité de discipline les a rejetées.

Pour porter plainte, le consommateur doit d'abord connaître l'existence des corporations professionnelles et les mécanismes de plainte. Or, une enquête publiée par l'Office des professions du Québec en 1980[219], et touchant tous les secteurs de l'activité professionnelle, révèle que 64 % des personnes interrogées n'ont jamais entendu parler des corporations profes-

sionnelles. L'étude indique aussi que 18 % des répondants croient que les corporations professionnelles servent à protéger le public, alors que 36 % croient plutôt qu'elles protègent les intérêts de leurs membres. Seuls 4 % se disent bien protégés contre les professionnels malhonnêtes ou incompétents. Des 40 % de répondants qui disaient avoir déjà eu des motifs de se plaindre, 47 % ne l'ont pas fait parce qu'ils ne croyaient pas aux résultats. Enfin, notons que ce sont les personnes les plus jeunes et les plus instruites qui sont les plus insatisfaites des services et les plus renseignées quant aux recours possibles.

Une autre étude, effectuée en janvier 1980 et menée cette fois par l'Office de protection du consommateur en collaboration avec l'Office des professions, indiquait que 48,8 % des répondants qui se disaient insatisfaits des services professionnels ont effectivement porté plainte. De ces plaintes, 57,9 % portaient sur la qualité des services et 43,1 % sur le prix excessif des services. En outre, 48,7 % de l'ensemble des répondants (2 979) estiment qu'on ne peut se défendre efficacement en cas de grief contre un professionnel. L'étude concluait que « le sentiment d'une absence de recours disponibles s'appuie largement sur la conviction que le rapport de forces devant un professionnel joue manifestement au désavantage du consommateur« [220].

Plus récemment, une étude exploratoire, faite à la demande de l'Office des professions en 1984, a permis de confirmer les résultats des enquêtes précédentes[221]. Les gens se considèrent peu ou mal informés du système de plaintes et trouvent difficile de juger de la pertinence d'une plainte. Ceux qui connaissent le mécanisme de plainte le trouvent long et compliqué.

Pourtant, chaque année, près de 8 000 demandes d'enquête sont portées à l'attention des corporations professionnelles, sans compter les demandes de renseignements concernant l'ensemble du système profesionnel. Pour sa part, l'Office de protection du consommateur reçoit annuellement plus de 3 000 plaintes concernant les services professionnels et plus de 2 700 demandes de renseignements. Selon l'Office, 10 % des 3 000 plaintes se rendront jusqu'aux corporations professionnelles. Les demandes d'enquête portent principalement sur des honoraires professionnels trop élevés, des détournements de fonds, des cas de faute professionnelle ou d'incompétence.

Malgré le nombre élevé de demandes d'enquête auprès des corporations, peu feront l'objet de plaintes auprès du comité de discipline. Les syndics expliquent cet écart de différentes façons: les plaintes sont vagues

ou non fondées, les gens ne veulent pas témoigner ou se désistent lorsqu'ils savent qu'ils ne peuvent retirer de compensation financière. En effet, la dénonciation disciplinaire devant la corporation ne peut rapporter de dédommagement au plaignant; ce dédommagement ne peut être obtenu qu'en s'adressant aux tribunaux civils. Il n'empêche que les deux types de recours sont compatibles; le plaignant peut à la fois s'adresser à la corporation et intenter un procès au civil.

En 1985-1986, 744 plaintes ont été portées à la corporation des médecins. De ce nombre, 513 ont été retenues et réglées, soit directement par le syndic, soit par le comité de discipline. La majorité des plaintes concernait l'exercice de la médecine de façon non scientifique ou de façon contraire aux données de la science médicale. Deux cent quatre vingt-dix-sept plaintes ont été portées par le patient lui-même, sa famille ou son avocat. L'Ordre des infirmières a, pour sa part, reçu 488 demandes d'enquête. Quant à l'Ordre des dentistes, 408 plaintes écrites lui ont été formulées et seulement 48 ont été portées à l'attention du comité de discipline.

La nature du processus fait en sorte que le recours à la corporation comporte peu d'avantages pour le plaignant lui-même: il nécessite beaucoup de temps, de longues démarches et parfois même des frais. D'après l'Office, la simple réponse à la demande d'enquête du consommateur requiert au moins trois mois; certaines demandes peuvent exiger un délai d'un an. Une fois la plainte jugée valable, le syndic doit mener l'enquête, rédiger la plainte et la porter au comité de discipline. C'est donc dire qu'il peut facilement s'écouler de quatre à six mois avant qu'un professionnel ne soit averti qu'une plainte est portée contre lui. En principe, une fois la plainte portée, l'audition devrait avoir lieu dans les trois mois qui suivent, mais il y a souvent des remises d'audition. Ainsi, l'examen de la plainte peut s'échelonner sur plus d'un an et il faut ajouter encore quelques mois avant que la décision ne soit rendue. Un appel devant le Tribunal des professions prolongera encore le délai. Cependant, si le syndic juge que la sécurité du public est mise en danger par l'exercice d'un professionnel, il peut rapidement obtenir une radiation provisoire.

Les sanctions imposées par le comité de discipline vont de la réprimande à la radiation de la corporation en passant par des amendes. La *Gazette officielle du Québec* et les bulletins des corporations publient les radiations définitives; lorsque les sanctions sont temporaires, seuls les membres de la corporation sont avisés. Quant à l'Office des professions, il a le devoir de publier certaines de ces décisions en taisant les noms. Tous les jugements

sont rendus à huis clos. Cependant, l'Assemblée nationale a voté la levée de ce huis clos en décembre 1986 et cette mesure entrera en vigueur lorsque toutes les consultations auront été faites. Le huis clos demeurera possible dans certains cas, à la demande du comité de discipline ou du tribunal.

Toute personne insatisfaite d'une décision rendue par le comité de discipline peut toujours en appeler au Tribunal des professions; une centaine de contestations y sont portées annuellement. Comme ces démarches coûtent cher, peu de consommateurs y recourent; les professionnels et les syndics s'en prévalent davantage. Seules les parties en cause peuvent utiliser le droit d'appel au Tribunal des professions, ce qui élimine le consommateur qui n'a pas défendu lui-même sa cause.

En somme, les mécanismes de plainte en matière professionnelle sont peu connus des consommateurs, et ceux qui les ont utilisés les ont jugés longs et biaisés: on trouve difficilement justifiable que la plainte du consommateur soit entendue par les pairs du professionnel en cause. Cette procédure rend le mécanisme de recours peu crédible aux yeux du public qu'il est censé protéger. De plus, les radiations temporaires ou définitives ont peu d'effet sur le professionnel à titre réservé qui peut continuer à exercer en se retirant de la corporation.

2. Les professionnels des services de santé et des services sociaux

Le *Code des professions* encadre les activités de la majorité de la main-d'oeuvre professionnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces travailleurs, regroupés en vingt-deux corporations, occupent des emplois plus ou moins stratégiques dans la division du travail selon qu'ils contrôlent un champ d'exercice exclusif ou qu'ils évoluent simplement dans un champ d'exercice évocateur (titre réservé). C'est donc dire que certains professionnels, particulièrement dans le domaine de la santé, ont une grande influence sur la répartition des tâches et peuvent même contrôler les activités des autres professionnels; ils n'ont toutefois pas un pouvoir absolu. Il ne serait pas pertinent d'étudier en détail les pratiques professionnelles de chacun de ces groupes. Néanmoins, il est possible de connaître l'évolution globale de leurs effectifs et leur répartition géographique. Cependant, la fiabilité des données présentées n'est pas parfaite. Elles proviennent des rapports annuels des corporations et de l'Office des professions et comportent certaines limites imputables à des modes différents de calcul. Ce sont toutefois les données les plus fiables dont on puisse disposer.

Au moment de la recherche, les dernières données disponibles pour l'ensemble des corporations étaient celles de 1984 qui ont donc été utilisées comme base de comparaison. Il faut souligner que les données des corporations à titre réservé doivent être utilisées avec circonspection, puisque ces professionnels ne sont pas tenus d'adhérer à la corporation et que plusieurs exercent la profession en utilisant un autre titre. À quelques exceptions près, on estime que la majorité des professionnels des services de santé adhèrent à leur corporation. Cependant, l'adhésion est beaucoup plus faible chez les professionnels à titre réservé des services sociaux dont plus de la moitié ne seraient pas membres de la corporation. Environ 5 000 professionnels des services de santé et des services sociaux ne seraient pas membres d'une corporation professionnelle.

Comme certains professionnels du réseau se distinguent tant par leur importance numérique et les coûts de leurs services que par leur rôle direct auprès du consommateur, leurs conditions de pratique seront étudiées plus attentivement, d'autant plus que les données à leur sujet sont plus nombreuses. La Commission a choisi d'étudier particulièrement les conditions de la pratique médicale, infirmière et sociale. Finalement, nous verrons que le développement actuel des médecines douces pose le problème de leur reconnaissance légale.

2.1 Les effectifs socio-sanitaires

2.1.1 Évolution globale des effectifs

En 1984, on estimait que les corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux comptaient 111 577 membres. Ce nombre exclut évidemment les professionnels qui pourraient être membres d'une corporation mais qui n'y adhèrent pas pour quelque raison que ce soit. Il s'agit d'une hausse de 18 %, par rapport à 1978, soit une croissance pratiquement cinq fois plus forte que celle de la population du Québec (4 %). Bien que ce taux de croissance soit élevé, il est de beaucoup inférieur à celui des professions hors du secteur de la santé et des services sociaux reconnues par l'Office des professions. Ces dernières ont connu un taux de croissance de 43 % entre 1978 et 1984, c'est-à-dire que leurs effectifs augmentent deux fois plus vite que ceux des médecins et onze fois plus rapidement que la population du Québec. Le nombre de professionnels augmente alors que diminue le nombre d'assistants-techniciens, de préposés ou autres employés non-spécialisés. Ainsi, l'ensemble de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux est de plus en plus spécialisé.

Au cours de cette période (1978-1984), les professions d'exercice exclusif ont connu un taux de croissance de 16 % et celles à titre réservé, de 22 %. En excluant les infirmières auxiliaires du total des effectifs des professions à titre réservé, le taux de croissance de ces dernières passe alors à 36 %. Cette exclusion se justifie par le faible taux d'augmentation du nombre d'infirmières auxiliaires de 1978 à 1984 (13 %) et par le nombre important d'infirmières auxiliaires (plus de 18 000) comparativement aux effectifs des autres corporations à titre réservé (tableau 11).

Au cours de cette période, parmi les professions d'exercice exclusif, ce sont des professions nouvellement reconnues qui ont vu leurs effectifs augmenter le plus rapidement (denturologistes, 34 %; chiropraticiens, 27 %). Le nombre des médecins, des dentistes, des optométristes et des pharmaciens, c'est-à-dire les professions les plus « autonomes » du secteur de la santé, s'est accru d'un peu plus de 21 %. Comparativement, les professions paramédicales, comme les infirmières, les opticiens d'ordonnances et les techniciens en radiologie, ont augmenté environ deux fois moins rapidement que les professions dites autonomes, c'est-à-dire respectivement de 14 %, 18 % et 12 %.

Les effectifs des corporations professionnelles à titre réservé qui ont connu la plus forte croissance se retrouvent surtout dans le champ de la réadaptation fonctionnelle. Cependant, ces augmentations sont peu significatives par rapport à l'ensemble des effectifs étant donné que ces corporations ne regroupent qu'un faible nombre de membres. Il s'agit des orthophonistes-audiologistes (85 %), des ergothérapeutes (79 %) et des physiothérapeutes (55 %). Trois autres professions ont vu leurs effectifs augmenter considérablement, soit les hygiénistes dentaires (91 %), les psychologues (61 %) et les inhalothérapeutes (47 %).

Par comparaison, d'autres corporations professionnelles à titre réservé ont connu des augmentations très modérées. C'est le cas des infirmières auxiliaires (13 %), des techniciens dentaires (16 %) et des travailleurs sociaux (11,76 %).

Dans l'ensemble du secteur des services de santé et des services sociaux, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les médecins demeurent évidemment les professionnels les plus nombreux. Les infirmières, les infirmières auxiliaires et les médecins étant en très grand nombre, leur proportion par rapport à l'ensemble des effectifs professionnels demeure constante de 1978 à 1984, malgré la croissance relativement importante

Tableau 11
Évolution des effectifs professionnels au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux

Catégories de professionnels	1978	1984	Taux de croissance %
Exercice exclusif			
Audioprothésistes	100	96	−4,00
Chiropraticiens	479	609	27,14
Dentistes	2 258	2 742	21,43
Denturologistes	629	844	34,18
Infirmières	45 527	52 078	14,39
Médecins	12 272	14 866	21,14
Opticiens d'ordonnances	396	469	18,43
Optométristes	710	866	21,97
Pharmaciens	3 144	3 852	22,52
Podiatres	127	117	−7,87
Techniciens en radiologie	2 514	2 816	12,01
Total	68 156	79 355	16,43
Titre réservé			
Diététistes	951	1 219	28,18
Ergothérapeutes	388	693	78,61
Hygiénistes dentaires	609	1 164	91,13
Infirmières auxiliaires	16 674	18 848	13,04
Inhalothérapeutes	897	1 318	46,93
Ortho-audiologistes	241	445	84,65
Physiothérapeutes	905	1 407	55,47
Psychologues	1 838	2 963	61,21
Techniciens dentaires	217	252	16,13
Technologistes médicaux	2 039	1 974	−3,19
Travailleurs sociaux	1 735	1 939	11,76
Total	26 494	32 222	21,62
Grand total	**94 650**	**11 577**	**17,88**

Source: G. Dussault *et al.*, *La main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec*, rapport déposé à la CESSSS, 1987.

des effectifs de certaines professions à titre réservé. Tout au cours de cette période, les infirmières représentent 48 % des professionnels de la santé, les infirmières auxiliaires 17 % et les médecins 13 %.

2.1.2 Répartition régionale des effectifs des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux

Dans l'ensemble, il y a toujours en 1984 une répartition insatisfaisante des effectifs professionnels dans les diverses régions du Québec. Les régions les plus mal desservies sont, dans l'ordre décroissant: le Nouveau-Québec, le Saguenay – Lac-St-Jean, l'Abitibi – Témiscamingue, la Côte-Nord, le Bas-St-Laurent – Gaspésie, et l'Outaouais.

Cependant, la répartition géographique des membres de certaines petites corporations s'est améliorée de 1978 à 1984, bien que cela demeure peu significatif par rapport au total des effectifs. C'est le cas des audioprothésistes, dont la densité relative s'est accrue dans les régions Bas-St-Laurent – Gaspésie, Saguenay – Lac-St-Jean, Trois-Rivières, Côte-Nord, et des professionnels du champ de la réadaptation fonctionnelle. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes sont plus présents dans toutes les régions du Québec et les orthophonistes et audiologistes ont amélioré leur densité relative dans l'Outaouais, l'Abitibi – Témiscamingue et la Côte-Nord.

La répartition régionale des membres de professions à effectifs plus nombreux, comme par exemple les omnipraticiens, les dentistes et les travailleurs sociaux, s'est légèrement améliorée. La présence des omnipraticiens s'est accrue principalement dans les régions Bas-St-Laurent – Gaspésie, Abitibi – Témiscamingue et Côte-Nord, celle des dentistes, dans les régions Bas-St-Laurent – Gaspésie, Outaouais et Côte-Nord et celle des travailleurs sociaux, dans les régions Bas-St-Laurent – Gaspésie, Outaouais, Abitibi – Témiscamingue, Côte-Nord et Nouveau-Québec.

Un examen de la distribution des effectifs professionnels par champ d'activité montre que l'amélioration de la densité relative de certains effectifs professionnels dans les régions ne corrige pas pour autant toutes les inégalités dans la répartition géographique de cette main-d'oeuvre.

Dans le domaine médical, les médecins spécialistes se retrouvent surtout dans les régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal, alors que les omnipraticiens ont une répartition régionale beaucoup plus équilibrée. Même si cette répartition n'est pas parfaite, elle s'est améliorée au cours des dernières années.

Dans le domaine de la dentisterie, bien que le rapport population/dentiste se soit amélioré pour l'ensemble du Québec, il subsiste encore des inégalités régionales importantes. Si les dentistes demeurent principale-

ment concentrés dans les régions urbaines, les denturologistes, pour leur part, sont présents dans toutes les régions. Quant aux hygiénistes dentaires, leur répartition s'améliore lentement dans toutes les régions.

Le nombre des professionnels de l'optique s'est accru dans toutes les régions de 1978 à 1984. Les optométristes sont plutôt bien répartis sur tout le territoire. Par contre, les opticiens d'ordonnances sont davantage concentrés dans les régions urbaines. Cela peut s'expliquer par la concurrence que se livrent les optométristes et les opticiens dans le domaine de la fabrication des prothèses visuelles: comme leur travail est fonction de la prescription d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste, les opticiens préfèrent s'établir dans les grands centres près des ophtalmologistes qui ne leur font pratiquement aucune concurrence.

Les régions demeurent très mal desservies dans le champ de la réadaptation fonctionnelle. Si l'on exclut les chiropraticiens qui se répartissent équitablement dans toutes les régions du Québec, à l'exception de la Côte-Nord et du Nouveau-Québec, les professionnels de la réadaptation physique sont peu présents en région. Même si les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes-audiologistes ont plus que doublé leurs effectifs de 1978 à 1984, ils demeurent encore majoritairement concentrés en région urbaine.

La répartition des effectifs en soins infirmiers semble équitable dans toutes les régions. Le rapport population/infirmières s'est beaucoup amélioré de 1978 à 1984. Il est intéressant aussi de remarquer que les infirmières auxiliaires sont nettement moins concentrées à Montréal que dans les autres régions.

Enfin, dans le domaine des services sociaux, les travailleurs sociaux et les psychologues se retrouvent encore majoritairement concentrés dans les régions de l'Estrie, de Montréal et de Québec. Les autres régions souffrent de l'absence de ces professionnels.

2.2 La pratique médicale

2.2.1 Les effectifs médicaux

En 1964, la Commission Hall anticipait une pénurie de médecins dans les années 80, compte tenu que l'on prévoyait une augmentation de la population. Différents moyens ont alors été envisagés pour satisfaire ces nouveaux besoins, dont la création de quatre nouvelles facultés de médecine, l'augmentation des admissions à l'université et l'accueil de médecins

étrangers. C'est ainsi qu'on a vu presque doubler le nombre d'étudiants en médecine formés annuellement au Québec. Le nombre de médecins a augmenté de 60 % entre 1972 et 1984, tandis que le ratio omnipraticien/spécialiste passa de 40/60 à 50/50. Ces mesures ont fait en sorte que le Québec se situe actuellement dans la moyenne des pays occidentaux pour le ratio médecin/population. Au Canada, le Québec se classe deuxième après la Colombie-Britannique quant au rapport médecin/population et premier pour le ratio spécialiste/population.

Le taux de croissance des effectifs médicaux a ralenti depuis 1972; de 5,9 % qu'il était vers 1972-1976, il est passé à 2,5 % entre 1980 et 1984. De 1980 à 1984, le nombre d'omnipraticiens a augmenté de 3,6 % et celui des spécialistes de 1,5 % (tableau 12). Une étude faite à la demande de la Corporation professionnelle des médecins du Québec[222] (1986) prévoit que le taux de croissance annuel pour la période 1984-1988 sera de 2,6 % chez les omnipraticiens et de 0,8 % chez les spécialistes. Bien que ces taux soient supérieurs au taux de croissance prévu de la population (0,7 %), ils représentent néanmoins un ralentissement important de la croissance des effectifs médicaux. Certaines spécialités connaîtront d'ailleurs des baisses d'effectifs alors que d'autres demeureront stables.

Tableau 12
Nombre de médecins au Québec et ratio population/médecin (omnipraticiens, spécialistes) de 1972 à 1984

	Nombre de médecins				Taux annuel moyen de croissance en % **			
	1972	1976	1980	1984	1972-1976	1976-1980	1980-1984	1972-1984
	Effectifs				Effectifs			
Omnipraticiens	3 160	4 172	5 188	5 918	7,2	5,6	(3,6) 3,3*	5,4
Spécialistes	4 338	5 276	5 653	6 055	5,0	1,7	1,8(1,5)*	2,8
Total	7 498	9 448	10 841	11 973	5,9	3,5	2,5	4,0
	Ratio population/médecin				Ratio population/médecin			
Omnipraticiens	1 930	1 494	1 231	1 106	−4,5	−6,2	−4,7	−2,6
Spécialistes	1 406	1 182	1 130	1 081	−2,2	−4,2	−1,1	−1,1
Total	**813**	**660**	**589**	**547**	**−3,3**	**−5,1**	**−2,8**	**−1,9**

* Valeur de l'accroissement des effectifs si on ne tient pas compte des médecins omnipraticiens à qui la Corporation a accordé le statut de médecins spécialistes en santé communautaire en 1981 et 1982.

** Les taux de croissance présentés ici sont des taux annuels moyens de croissance pendant la période et non des taux de croissance totals entre le début et la fin de la période.

Source: G. Dussault *et al.*, *La main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec*, rapport déposé à la CESSSS, 1987.

La répartition géographique des médecins, même si elle s'est beaucoup améliorée depuis les années 70 en omnipratique, n'est pas encore équitable pour toute la population. Malgré les mesures incitatives adoptées par l'État depuis 1980, il n'y a pas eu de changement marqué dans la distribution du personnel médical spécialisé sur le territoire du Québec. La répartition des omnipraticiens s'était déjà améliorée avant les mesures gouvernementales et l'on observe une tendance des jeunes omnipraticiens à s'installer en région intermédiaire (20 % en 1983-1984; 10 % en 1980-1982) et éloignée (15 % depuis 1982 contre 12 % entre 1978 et 1981) (tableau 13). Ainsi, en région éloignée et intermédiaire, 73 % des médecins sont des omnipraticiens alors qu'en région universitaire, ils représentent 43 % du total des effectifs. Cependant, certaines régions doivent encore recourir à des médecins de l'extérieur pour leurs services en omnipratique (tableau 14): en 1984, le taux des services en omnipratique dispensés par des médecins de l'extérieur, était de 16,9 % sur la Côte-Nord, de 11 % dans Laurentides-Lanaudière et de 9,6 % dans l'Outaouais. Aussi, plus on s'éloigne des régions universitaires, plus le taux de roulement est fort. Malgré cela, les auteurs de l'étude précédemment citée estiment que le ratio population/omnipraticien va continuer de s'améliorer dans toutes les régions et que l'écart entre le ratio moyen du Québec et celui de la région la plus défavorisée passera de 41 % en 1984 à 29 % en 1988.

Par ailleurs, la répartition des spécialistes ne s'est pas améliorée de façon significative, ces derniers continuant de s'établir dans les régions

Tableau 13
Type de région choisie par les nouveaux omnipraticiens et les nouveaux spécialistes diplômés des facultés de médecine du Québec

	Omnipraticiens			Spécialistes		
	1976	**1980**	**1984**	**1976**	**1980**	**1984**
Universitaire	151	162	127	218	196	140
(%)	59,2	59,3	54	79,3	79	73,3
Périphérie de Montréal	52	50	30	34	29	21
(%)	20,4	18,3	12,8	12,4	11,7	11
Intermédiaire	28	34	43	17	16	20
(%)	11	12,5	18,3	6,2	6,5	10,5
Éloignée	24	27	35	6	7	10
(%)	9,4	9,9	14,9	2,2	2,8	5,2
Total	**255**	**273**	**235**	**275**	**248**	**191**
(%)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Source: G. Dussault *et al.*, *La main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec*, rapport déposé à la CESSSS, 1987.

Tableau 14
Mobilité des médecins (% de services dispensés par les médecins d'une autre région) en 1984

	Régions	Omnipraticiens (%)	Spécialistes (%)
01	Bas-St-Laurent – Gaspésie	5	15,6
02	Saguenay – Lac-St-Jean	5,6	7,2
03	Québec	2,5	1,8
04	Trois-Rivières	3,8	5,4
05	Estrie	2,6	1,1
06a	Montréal métropolitain	5,5	5,2
06b	Laurentides – Lanaudière	11	30,1
06c	Montérégie	7,8	21,3
07	Outaouais	9,6	8,5
08	Abitibi – Témiscamingue	4,9	39,8
09	Côte-Nord	16,9	36,5

Source: G. Dussault *et al.*, *La main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec*, rapport déposé à la CESSSS, 1987.

universitaires; 79 % des nouveaux diplômés s'y installent en 1976 et 73 %, en 1984. Le taux des services spécialisés offerts par des médecins de l'extérieur est de 40 % dans le Nord-Ouest, de 36,5 % sur la Côte-Nord et de 30 % dans Laurentides-Lanaudière. Les régions métropolitaines de Montréal, de Québec et de l'Estrie sont les seules à compter suffisamment de médecins spécialistes pour répondre à tous leurs besoins.

À la mobilité des médecins s'ajoute celle des patients qui doivent aller chercher des services médicaux, en particulier ceux des spécialistes, à l'extérieur de leur région. On estime que les populations de la Côte-Nord, de Laurentides – Lanaudière et de la Montérégie consomment plus de 20 % de services en omnipratique hors de leur région alors que ce taux est d'environ 10 % dans les régions du Saguenay – Lac St-Jean et de l'Estrie. Et si l'on examine la consommation des services spécialisés, on s'aperçoit que seulement 25 % de ces services ont été dispensés dans la région même de la Côte-Nord contre 42 % dans l'Abitibi – Témiscamingue et 69 % dans le Bas St-Laurent – Gaspésie. En conséquence, l'utilisation des services des spécialistes est deux fois moindre en région alors que celle des services en omnipratique s'équivaut dans toute la province.

2.2.2 Les caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins ont beaucoup changé au cours de ces dernières années. Le phénomène le plus important de l'évolution de la profession médicale est sans aucun doute la féminisation de la profession. De 11 % qu'il était en 1976, le taux des effectifs féminins en omnipratique atteignait 23 % en 1984. Cette hausse va se poursuivre puisque 60 % des postes d'internes en omnipratique et de résidents sont actuellement occupés par des femmes. Le nombre de femmes en spécialité a subi à peu près la même hausse puisqu'il est passé de 6 % en 1976 à 11 % en 1984; le tiers environ des résidents actuels sont des femmes. Les femmes omnipraticiennes sont de plus en plus présentes en région intermédiaire et éloignée, contrairement aux femmes spécialistes qui se concentrent dans les régions universitaires.

Une autre caractéristique du corps médical est le vieillissement des spécialistes alors que ce vieillissement commence à peine à se faire sentir chez les omnipraticiens. Le vieillissement se traduit par un nombre élevé d'abandon de pratique, nombre qui a doublé entre 1976 et 1984. Pour cette même période, le nombre de spécialistes de plus de 60 ans est passé de 13 à 18 % et la moyenne d'âge de 47 à 49 ans. Les spécialités où se retrouve la plus forte proportion de professionnels de plus de 60 ans sont la chirurgie générale, la santé communautaire, la médecine interne, l'anesthésie-réanimation, l'oto-rhino-laryngologie et la pneumologie. L'arrivée massive et récente des femmes en médecine fait croître l'écart d'âge entre les deux sexes; les hommes omnipraticiens ont en moyenne dix ans de plus que leurs collègues féminines et les hommes spécialistes, quelque sept ans de plus.

Les omnipraticiens et les spécialistes consacrent respectivement 90 % (en 1984, 42 heures/semaine) et 80 % (en 1984, 40,5 heures/semaine) de leurs activités professionnelles aux soins des patients, le reste allant aux activités de recherche, d'enseignement et d'administration. On observe une diminution régulière de 1 % par an depuis 1976 du temps consacré aux patients; cependant, cette diminution ne se constate que chez les médecins de sexe masculin. Bien que les femmes médecins consacrent environ 25 % moins de temps à la pratique de la médecine que les hommes, leur disponibilité est stable. Cette diminution de 1 % pour une période de dix ans représente, en volume, les services qu'auraient offerts pendant une année 600 omnipraticiens et 400 spécialistes. Si on ajoute à la diminution hebdomadaire du temps de travail le fait que les médecins travaillent en moyenne 46 à 48 semaines par année, on en arrive, pour 1984, à une disponibilité de 1,64 heure par habitant par année pour chaque omniprati-

cien et à 1,61 heure pour chaque spécialiste. Ainsi, la disponibilité réelle par habitant en services d'omnipraticien n'a augmenté que de 1,7 % par an depuis 1980 tandis que celle en services spécialisés a connu une baisse de 0,6 %.

2.2.3 Les modes de rémunération

De 1980 à 1985, les principaux lieux de pratique et les modes de rémunération tendent à se modifier, chez les omnipraticiens comme chez les spécialistes.

Au cours de cette période, chez les omnipraticiens, la pratique en établissement va en augmentant de façon constante. Ce phénomène n'est pas unique au Québec, puisqu'il se développe partout en Amérique du Nord. La pratique en établissement représente environ 25 % de toute la pratique médicale aux États-Unis. Alors qu'en 1980-1981, les omnipraticiens touchaient 92,3 % de leur revenu sous forme de paiement à l'acte, cette proportion est tombée à 85,7 % en 1984-1985. Pendant ce temps, la part de leur rémunération sous forme de salariat passe de 6,8 % à 10,2 % et celle du paiement à honoraires fixes de 0,7 % à 3,9 %. La part de leur revenu tirée de leur pratique en CLSC va de 3,9 % à 5,9 % tandis que la pratique à l'acte y diminue de 15,4 % à 7,6 %. La pratique en centre d'accueil de réadaptation (CAR) et en centre d'accueil d'hébergement (CAH) représentait 1 % du revenu en 1980-1981, mais atteignait 2,2 % en 1984-1985; dans ce type d'établissement, la pratique à l'acte est passée de 80,3 % à 35,2 %. Dans ce cas, cependant, il y a eu un accroissement marqué de la masse monétaire, soit 3,2 millions à 10,5 millions. La pratique en centre hospitalier, qui représentait 25,1 % du revenu des omnipraticiens en 1980-1981, augmente à 28,1 % en 1984-1985; le paiement à l'acte, qui constituait 83,7 % des revenus en 1980-1981, ne représente plus que 73,9 % en 1984-1985, alors que la part tirée des salaires et des vacations augmente respectivement de 13,2 % et 2,5 % à 16,2 % et 8,9 %. Durant cette même période, les revenus tirés de la pratique en cabinet privé passent de 69,8 % en 1980-1981, à 63,5 % en 1984-1985.

La pratique des spécialistes continue de se faire majoritairement en centre hospitalier. Elle représentait 66,8 % de leur revenu en 1980-1981 contre 32,7 % en cabinet privé; ces proportions étaient de 69,1 % et de 30,4 % en 1984-1985. La pratique en établissement est assez considérable dans toutes les régions sauf celle de Montréal (33,6 % hors institution) et, à un degré moindre, en Outaouais. Ailleurs, la pratique spécialisée est presque essentiellement une pratique institutionnelle. La rémunération à

honoraires fixes représente une part croissante des revenus des spécialistes. Le paiement à la vacation y est en hausse et ce phénomène est particulièrement remarquable chez les spécialistes qui vont en région et à qui l'on veut assurer un revenu constant.

2.2.4 Les poursuites en responsabilité civile

Le phénomène des poursuites en responsabilité civile contre des médecins n'est pas nouveau au Québec, mais depuis la hausse des primes d'assurance en responsabilité professionnelle, on a tendance à parler de « prolifération » des poursuites. C'est un phénomène mal connu, au Québec comme au Canada d'ailleurs, et les hypothèses émises pour l'expliquer s'appuient sur l'expérience américaine.

Les données publiées par l'Association canadienne de protection médicale révèlent un nombre élevé de poursuites depuis cinq ans contre les membres de l'Association. Mentionnons que tous les médecins ne sont pas membres de cette association. Au Canada, en 1982, on comptabilisait 13,82 poursuites par 1 000 membres alors qu'en 1986, le nombre de poursuites est passé à 18,4 par 1 000 membres. De façon concrète, il y a eu 516 poursuites contre des médecins en 1982 et 895 en 1986. Les disciplines les plus touchées à ce chapitre sont la chirurgie plastique, l'orthopédie, la gynécologie et la chirurgie générale. Les sommes versées en dommages-intérêts ont aussi connu une augmentation considérable.

Les données de l'Association canadienne de protection médicale ne sont pas ventilées par province et il nous est de ce fait impossible de connaître le nombre de poursuites intentées au Québec. On estime toutefois que des 60 millions d'actes médicaux posés annuellement au Québec, 250 pourraient faire l'objet de poursuites en responsabilité civile.

Le nombre de poursuites en regard du nombre d'actes peut sembler négligeable. Cependant, il faut tout de même en examiner les divers effets. Ce phénomène a donné naissance à des attitudes de pratique défensive de la médecine qui risquent d'entraîner une augmentation des coûts de santé: la pratique défensive de la médecine incite le professionnel à appuyer son diagnostic sur le plus grand nombre de tests possible. La multiplicité des actes à une même fin se justifie facilement dans l'optique médicale puisqu'elle respecte l'éthique professionnelle voulant que le médecin fasse tout ce qui est possible pour le mieux-être de son patient. De même, la tendance à faire assumer par l'État les frais de l'assurance-responsabilité peut signifier une réduction des dépenses dans d'autres secteurs de la santé. Peut-être faut-il surtout se demander si la hausse des poursuites en

responsabilité civile n'est pas le reflet d'une certaine insatisfaction de la population envers les soins offerts. Les poursuites ont d'ailleurs reconnu le caractère inadéquat des soins prodigués. Le nombre toujours plus grand d'actes médicaux fait évidemment augmenter les risques de poursuites judiciaires; malgré tout, il ne faut pas ignorer l'importance du phénomène.

En somme, la répartition des effectifs médicaux, principalement celle des omnipraticiens, s'est beaucoup améliorée au cours des dernières années, mais n'est pas encore équitable pour toute la population. Par ailleurs, la féminisation de la profession et le vieillissement des spécialistes sont des caractéristiques majeures de l'évolution de la profession médicale. On a vu également se développer la pratique en établissement et la rémunération à honoraire fixe. Finalement, la hausse des poursuites en responsabilité civile a incité les professionnels à une pratique plus défensive de la médecine.

2.3 Les soins infirmiers

Le domaine des soins infirmiers au Québec est partagé entre deux professions au sens du *Code des professions*: les infirmières et les infirmières auxiliaires. Les premières forment une corporation d'exercice exclusif et possèdent une formation collégiale ou universitaire; les secondes sont des professionnelles à titre réservé et reçoivent une formation de niveau secondaire. Un troisième groupe d'employés oeuvre aussi dans le domaine des soins infirmiers: ce sont les préposés aux bénéficiaires. Ces trois corps d'emploi regroupent 100 000 personnes et représentent 42 % de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux. En 1984, le personnel en soins infirmiers occupait 57 000 postes équivalents temps plein (ETP); le nombre de postes ETP est calculé à partir du nombre total d'heures travaillées par une personne au cours d'une année. Ces postes se répartissaient comme suit: 27 300 postes d'infirmières (48 %), 11 600 postes d'infirmières auxiliaires (20 %) et 18 400 postes de préposés aux bénéficiaires (32 %). Depuis 1980, seuls les postes ETP d'infirmières ont augmenté (6,8 %); les postes d'infirmières auxiliaires ont diminué de 2,2 % et ceux des préposés de 2,1 %. C'est donc dire que la proportion relative d'infirmières a augmenté comparativement aux deux autres groupes: elle est passée de 45,4 % en 1980 à 48 % en 1984.

2.3.1 La définition de l'acte infirmier

La profession d'infirmière a connu des changements importants au cours des années 70. L'un de ces changements, lourd de conséquences, vient de la redéfinition de l'acte infirmier, en 1973, laquelle ne s'appuie plus sur le

rôle de l'infirmière comme personne, mais plutôt sur les tâches reliées aux soins infirmiers et à la prescription médicale. Au même moment, le lieu de formation passe de l'hôpital au cégep ou à l'université. La formation des infirmières s'aligne alors sur les concepts de santé et de nursing plutôt que sur la pathologie et le modèle médical.

Même si la profession cherche à appliquer un modèle de soins infirmiers, il n'en demeure pas moins que c'est encore autour de l'acte médical que gravite principalement la pratique infirmière; et comme l'acte médical est centré sur la maladie, l'infirmière doit souvent prodiguer ses soins dans une optique médicale. La complexité croissante des actes en raison du développement des technologies, l'augmentation des tâches, les horaires variés et chargés concourent aussi à diminuer ses contacts avec le malade. Les infirmières ont cru, pendant un certain temps, rehausser leur statut en exécutant des tâches techniques difficiles ou administratives. Cependant, aujourd'hui, plusieurs pensent que le manque de liens entre les activités techniques et les soins personnels ont contribué à dévaloriser et à déshumaniser le rôle de l'infirmière. Cette prise de conscience a incité la profession à revaloriser son rôle en cherchant à développer un modèle qui tienne compte à la fois des besoins physiques, psychologiques et sociaux du malade.

2.3.2 Les conditions d'exercice

Au cours des dernières années, le travail à temps partiel a pris de l'ampleur au sein des effectifs infirmiers. Le nombre de postes ETP a augmenté de 6 % entre 1980 et 1984 mais le nombre de postes temps complet régulier (TCR) a diminué de 7,3 % passant de 19 646 à 18 204. Les postes à temps partiel régulier (TPR) ont augmenté de 5,1 % et les postes à temps partiel occasionnel (TPO), de 2,6 %. Ainsi, on se retrouve en 1984 avec 38,8 % d'infirmières occupant des postes TCR, 25,1 % des postes TPR et 36 % des postes TPO comparativement à 1980 où la répartition était de 46,5 % TCR, 20 % TPR et 33,4 % TPO.

Le phénomène du travail à temps partiel s'est donc manifestement accru durant ces quatre années et proviendrait d'un ensemble de facteurs. À titre d'exemple, signalons que certaines infirmières choisissent délibérément le temps partiel pour des raisons personnelles ou familiales, tandis que d'autres optent pour ce statut d'emploi parce que la profession n'est plus aussi valorisante, que la charge est trop lourde et que les promotions se font rares. En outre, la rémunération serait inadéquate compte tenu de la charge de travail et des responsabilités.

Par ailleurs, le fait qu'il existe peu de postes à temps plein disponibles oblige un nombre important d'infirmières à accepter des postes à temps partiel. C'est en particulier le cas des jeunes infirmières en début de carrière dont 54 %, chez les moins de 25 ans, occupent des emplois à temps partiel. Les administrateurs disent être obligés de garder une grande proportion de postes à temps partiel afin d'aménager des horaires qui composent avec des contraintes comme assurer aux employés à temps complet une fin de semaine de congé sur deux et des horaires stables par quart de jour, de soir ou de nuit.

Le manque de souplesse dans les affectations de travail rendrait difficile le fait de combler des postes à certaines périodes de l'année et dans certaines spécialités. Les infirmières connaissant les conditions de travail offertes accepteraient plus difficilement de laisser leur nom sur la liste de rappel pour du travail à temps partiel.

À la croissance démesurée du temps partiel s'ajoute la désaffection envers la profession. Les infirmières imputent aux conditions de travail en général le faible attrait qu'exerce la profession. Elles mettent en cause l'inscription sur une liste de rappel pour acquérir l'ancienneté nécessaire à un poste régulier, la rémunération, l'absence de promotion autre qu'administrative, l'alourdissement des clientèles, la mobilité du personnel d'un département à l'autre et l'absence d'encadrement. Ainsi, un nombre grandissant d'infirmières cherchent à réorienter leur carrière. Une enquête de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec auprès du personnel d'un hôpital de Montréal montre que 55 % des infirmières songent à modifier leur situation et que 36 % d'entre elles ont déjà entrepris des démarches en ce sens. De plus, en l'espace de cinq ans, soit de 1980 à 1985, les inscriptions en techniques infirmières dans les cégeps de la province ont diminué de 40 %. Il faut aussi se rappeler que les femmes ont maintenant un vaste choix de carrière et qu'elles se dirigent moins facilement vers les occupations traditionnellement réservées aux femmes.

Cette situation laisse entrevoir une pénurie d'infirmières. Les établissements ont déjà de la difficulté à combler les postes vacants. Par contre, on assiste à la hausse du temps partiel, à la réorientation de carrière et à la baisse de la diplômation. En 1985, le nombre de diplômes représentait 60 % de ce qu'il était en 1980. Or, la Direction générale des relations du travail du Ministère et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec estiment qu'entre 38 000 et 40 000 infirmières travaillent dans le réseau et qu'il y a moins de 30 000 postes ETP disponibles et 18 204 postes TCR.

Cela laisserait supposer, selon une estimation très prudente, que 15 % des postes seraient détenus par plus d'une infirmière.

Si ces chiffres sont exacts, il n'y aurait donc pas de pénurie. Cependant, il existe dans certains secteurs et dans certaines régions des goulots d'étranglement qui font que certains établissements parviennent difficilement à recruter du personnel qualifié et à combler des postes vacants dans des unités spécialisées. On observe une hausse considérable du nombre de postes laissés vacants pendant plus d'un mois. En outre, les centres hospitaliers comptent plus de postes vacants que les autres établissements. La rareté de la main-d'oeuvre frappe les régions de façon inégale, mais il ne semble pas y avoir de problèmes exclusifs à une région donnée. Le recrutement est encore plus difficile en centre hospitalier, lorsque la candidate doit être bilingue et que les postes à combler sont de nuit ou de rotation. Les besoins de remplacement pour absences de toutes sortes (vacances, congés, maladies...) s'accroissent constamment; le personnel à temps complet s'absente pendant environ 30 % du temps de travail[223]. Même si le taux de vacance dans les postes spécialisés est plus faible, les administrateurs signalent que la liste de rappel est insuffisante lorsqu'il s'agit de combler ces postes qui exigent des qualifications élevées. On croit aussi que les infirmières n'auraient pas la formation nécessaire pour occuper des postes spécialisés.

En résumé, le nombre d'infirmières serait actuellement suffisant pour combler les besoins. Par contre, une pénurie peut toujours se produire au cours des prochaines années si la détérioration des conditions de pratique, telle que dénoncée par les infirmières, se poursuit, si de plus en plus d'infirmières réorientent leur carrière et si le nombre de diplômées est de moins en moins grand.

2.3.3 La pratique de l'infirmière auxiliaire

Les phénomènes observés chez les infirmières se retrouvent aussi chez les infirmières auxiliaires à des degrés variés. Le temps partiel s'y développe aussi et le temps complet régulier diminue à peu près dans les mêmes proportions (7,1 %). Cependant, contrairement aux infirmières, les postes équivalents temps plein (ETP) ont diminué de 2,2 % entre 1980 et 1984. Leur nombre est passé de 11 834 à 11 587.

Les infirmières auxiliaires sont en général insatisfaites de leur pratique professionnelle. Autrefois, leur rôle était essentiel auprès des malades alors que maintenant elles se sentent entraînées dans un processus de déqualification causé en partie, selon elles, par les changements technologiques

mais surtout par le mécanisme de délégation d'actes. Des seize actes autorisés par règlement, les infirmières auxiliaires n'en exécuteraient que cinq ou six selon les décisions des administrations hospitalières. Cette réduction de leur champ de pratique contribue à leur disparition graduelle du réseau. On remarque aussi une utilisation différente des auxiliaires d'un établissement à l'autre à tel point qu'on ne sait plus ce qui constitue le rôle professionnel de l'infirmière auxiliaire. Plusieurs deviennent préposées aux malades; d'ailleurs le rôle des infirmières auxiliaires, en pratique, ne se distinguerait de celui des préposées que par les actes infirmiers délégués.

Les infirmières auxiliaires forment l'une des rares corporations à ne pas avoir d'influence sur la formation scolaire de ses membres, puisque ce sont les membres d'une autre corporation, soit les infirmières, qui dispensent l'enseignement au niveau secondaire. Les auxiliaires affirment donc que ce sont les infirmières qui décident des connaissances à transmettre en matière de nursing.

Les infirmières auxiliaires sont insatisfaites de la manière dont les établissements utilisent leurs services. Différents facteurs peuvent expliquer qu'on fasse peu appel à leurs services: le rapprochement de leur échelle salariale de celle des infirmières rend leur embauche moins intéressante pour l'établissement. De plus, leur formation est moins poussée que celle des infirmières; elles sont donc moins polyvalentes dans des situations d'intensification et de complexification des soins. Le calcul coûts-bénéfices les défavorise; c'est pourquoi, au cours des dernières années, elles ont été de moins en moins employées dans le réseau. On s'est même rendu compte que les coûts pouvaient baisser en utilisant plus d'infirmières et moins d'auxiliaires. Dans une optique de rentabilité, la polyvalence et la plus grande autonomie de l'infirmière nous autorisent à croire qu'il serait normal de voir une diminution de l'emploi pour les infirmières auxiliaires. Cela ne remet nullement en question la qualité de la contribution et le dévouement de l'infirmière auxiliaire, mais celle-ci est désavantagée par son rôle d'intermédiaire entre les infirmières et les préposés. Aussi, l'existence du statut professionnel de l'infirmière auxiliaire peut être en cause.

2.4 La pratique sociale

Le développement de la pratique sociale est récent. Elle a pour objet les enfants en besoin de protection, les personnes en perte d'autonomie, les sans-abri, les chefs de famille monoparentales, les adolescents mésadaptés socio-affectifs, les femmes violentées, les personnes ayant des problèmes

de santé physique ou mentale, et les personnes ou les groupes aux prises avec des problèmes d'adaptation.

La pratique sociale est exercée par des intervenants ayant des formations diverses en relations humaines. On y retrouve, entre autres, des travailleurs sociaux, des techniciens en assistance sociale, des psychologues, des psycho-éducateurs, des éducateurs et des criminologues. La majorité de ces praticiens oeuvrent dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de la justice et de l'éducation. Quelques-uns d'entre eux pratiquent au sein d'organismes communautaires. Exception faite des psychologues, une minorité de praticiens exerce en cabinet ou dans l'entreprise privée.

2.4.1 La formation des intervenants sociaux

Les intervenants sociaux des CSS et des CLSC ont surtout une formation en travail social. Dans les CSS, 83 % des intervenants ont une formation en travail social, 6 % en criminologie, 5 % en psychologie et 0,5 % en psycho-éducation; 57,6 % d'entre eux sont réunis sous le titre d'emploi d'agent de relations humaines (ARH). Cette appellation regroupe différents intervenants détenant un baccalauréat dans l'une ou l'autre des formations universitaires de la pratique sociale. Dans les CLSC, 70 % des intervenants ont une formation en travail social, 10 % en psychologie et 0,5 % en psycho-éducation; 35,5 % d'entre eux sont regroupés sous le titre d'ARH. En CAR, c'est la formation en éducation spécialisée qui prédomine. L'examen des titres d'emploi révèle que 89,7 % des praticiens qui travaillent en CAR le font sous l'appellation d'éducateur, 4,4 % sous celle de psycho-éducateur et 3,1 % sous celle de psychologue. Il faut se rappeler cependant que le titre d'emploi d'éducateur ne correspond pas à une formation particulière: 63,7 % des praticiens qui occupent un emploi d'éducateur ont un diplôme d'études collégiales (DEC), 53,8 % d'entre eux ont un DEC en éducation spécialisée et les autres détiennent un baccalauréat en psycho-éducation . Les agents de relations humaines y sont peu nombreux et composent 1,5 % des effectifs.

La pratique sociale est actuellement exercée par des intervenants dont la formation académique se situe à deux niveaux différents: une formation de niveau collégial pour les techniciens en assistance sociale et en éducation spécialisée et une formation universitaire pour les travailleurs sociaux, les psychologues, les psycho-éducateurs et les criminologues.

Au cours des dernières années, les CSS ont eu tendance à embaucher des intervenants de formation universitaire; en 1986, 87 % de ceux-ci

étaient formés en service social. Les CLSC se distinguent des CSS puisqu'ils recrutent des personnes ayant différentes formations; 51 % des ARH embauchés en 1986 avaient une formation en service social, 18,4 % en psychologie, 8,2 % en sociologie. Enfin, dans les CAR, l'examen du recrutement en 1986 montre que 80 % des personnes embauchées pendant l'année étaient des éducateurs dont 51 % étaient formés en éducation spécialisée et 10,5 % en psycho-éducation.

En 1970, le rapport entre les praticiens de formation universitaire et les praticiens de formation collégiale était de 2 pour 3. Actuellement, cette proportion est de 8 pour 3 dans les CSS et de 6 pour 3 dans les CLSC. L'examen des tendances d'embauche permet de croire que cette proportion demeurera relativement constante dans les années à venir. Du côté des CAR, la situation est tout à fait différente; les techniciens y sont majoritaires. En effet, la proportion d'universitaires et de techniciens s'établit actuellement à 1 pour 10.

L'examen du niveau de formation des praticiens sociaux selon les régions permet de constater que, dans les CSS, les praticiens de niveau universitaire se retrouvent principalement dans les régions urbaines. La même tendance s'observe dans les CAR. Pour les CLSC, il ne semble pas y avoir de différences significatives dans le niveau de formation des intervenants, peu importe les régions où ils travaillent.

Différentes approches sociales, certaines polyvalentes, d'autres spécialisées, se sont développées pour répondre aux problèmes sociaux. La pratique sociale s'intéresse aux personnes, aux groupes et aux collectivités. Les champs d'intervention vont de la prévention primaire au curatif. Dans les CLSC et dans les services sociaux hospitaliers et scolaires, les praticiens ont développé une approche basée sur la multidisciplinarité.

2.4.2 L'évolution des effectifs

Il n'est pas facile de tracer l'évolution des effectifs dans le domaine social, puisque les données disponibles sont difficilement comparables. De plus, les fréquentes restructurations au niveau des services ainsi que la multiplication des titres d'emploi complexifient grandement cette tâche. Les données présentées ici sont approximatives; elles permettent cependant d'avoir une idée générale de l'évolution des effectifs.

En 1970, le nombre de praticiens sociaux était de 3 672. Ces intervenants étaient répartis à l'intérieur d'agences polyvalentes ou spécialisées, de départements de service social médical et scolaire, de services de

probation et de cliniques d'aide à l'enfance. Ces praticiens se regroupaient alors sous trois appellations différentes: les travailleurs sociaux, les conseillers sociaux et les aides sociaux. Suite au rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, les conseillers sociaux et les aides sociaux ont été regroupés pour former la catégorie des techniciens en assistance sociale. Dix ans plus tard, soit en 1980, le nombre de praticiens sociaux était, selon les données de la Direction générale des relations de travail du MSSS, de 3 491 dans les CSS et de 548 dans les CLSC. En 1984, ils étaient 3 621 dans les CSS. De 1970 à 1984, on constate une augmentation de 16 % du nombre de praticiens sociaux en CSS et CLSC, soit environ 1,2 % par année. Du côté des CAR, le nombre de praticiens sociaux passe de 4 748 en 1980 à 5 085 en 1984, soit une augmentation de 7 % en quatre ans.

Certains secteurs d'activités ne connurent, depuis la réforme du début des années 70, à peu près aucun ajout d'effectifs. Ce sont, d'une part, les services sociaux hospitaliers et, d'autre part, les services sociaux en milieu scolaire. Les premiers ont pu bénéficier de quelques postes au moment du développement des cliniques de planification des naissances en 1977 et récemment à l'occasion d'un effort particulier du MSSS pour régler le problème de l'engorgement des urgences dans les hôpitaux. De plus, un petit nombre de grands hôpitaux en milieu urbain ont dégagé des budgets et obtenu, par contrat avec les CSS de leur territoire, des services sociaux additionnels.

La même situation prévaut en milieu scolaire, depuis 1975, même si plusieurs écoles ne bénéficient pas de services sociaux. La période de compression budgétaire des années 80 a eu comme conséquence une réduction des effectifs. Depuis le transfert d'une partie des ressources des CSS aux CLSC, il est difficile d'identifier les ressources humaines du secteur social consacrées à l'intervention en milieu scolaire, car certains CLSC ont intégré ces ressources à leur programme jeunesse-famille.

2.4.3 Les conditions de la pratique sociale

La très grande majorité des intervenants formés en travail social, en psycho-éducation et en éducation spécialisée, travaillent dans un établissement du réseau. Jusqu'à récemment, seule une minorité pratiquait dans les organismes communautaires et dans l'entreprise privée. Mais, compte tenu de la saturation du secteur public, de plus en plus de nouveaux gradués s'orientent vers le secteur communautaire.

Plusieurs éléments caractérisent la pratique sociale dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Tout d'abord, les intervenants sont des salariés qui, de façon générale, ne sont liés à aucune corporation professionnelle. Ces praticiens relèvent d'un gestionnaire sur le plan administratif et professionnel.

Dans le domaine social, ce sont les établissements qui définissent les clientèles à desservir et les services à offrir. Ceux-ci décident de l'équilibre à maintenir entre leur mission, les demandes de services, les ressources et les moyens à utiliser. Aux orientations des établissements, s'ajoutent les priorités gouvernementales et l'application des différentes lois, telle que la *Loi sur la protection de la jeunesse*, qui réduisent la marge de manoeuvre des praticiens sociaux.

La complexité des problèmes, le développement des connaissances, la nature des milieux de travail et les conditions de pratique exigent un encadrement professionnel. Or, celui-ci fait défaut. L'accent est plutôt mis sur une gestion administrative axée sur la productivité, l'application des politiques et des procédures. L'ampleur des tâches administratives des chefs d'équipe ne leur laisse que très peu de temps pour l'encadrement professionnel. Il faut néanmoins souligner que dans certains milieux, les intervenants sociaux se sont eux-mêmes dotés d'une forme d'encadrement entre pairs; dans d'autres milieux, la création de postes de coordonnateurs cliniques vise à assurer cette fonction.

Bien que des lois prévoient certaines obligations au niveau de la pratique sociale et que les établissements se soient donnés de nombreuses politiques et procédures, il n'existe encore aucune norme reconnue et acceptée au niveau provincial en ce qui concerne la définition de la charge de travail et les conditions requises pour l'exercice de cette pratique.

Par ailleurs, les mécanismes d'évaluation de la pratique sociale sont, à toute fin pratique, absents. D'une part, les intervenants membres d'une corporation professionnelle, comme les travailleurs sociaux et les psychologues, n'y voient pas d'avantage, étant donné que l'appartenance à une corporation n'est pas obligatoire pour pratiquer. D'autre part, les criminologues, les psycho-éducateurs ainsi que les autres intervenants de formation collégiale ou universitaire ne sont tout simplement pas regroupés en corporation professionnelle. Le rôle potentiel des corporations se trouve ainsi grandement diminuée.

Enfin, on devait, suite à la réforme, se préoccuper particulièrement de la qualité des services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des équipes devaient se créer et être axées sur la programmation et l'évaluation des services. Des efforts ont été fait en ce sens mais ne se sont pas maintenus.

Cependant, dans certains cas, des conditions particulières ont permis le développement et la reconnaissance de la pratique sociale. Ces conditions sont le contrôle de la charge de travail, l'autonomie professionnelle, la possibilité d'expérimenter de nouvelles approches par différents moyens, l'encadrement soutenu au plan professionnel, et surtout, la volonté des établissements de développer des programmes particuliers: à titre d'exemple, mentionnons le soutien aux groupes d'entraide, le développement des ressources intermédiaires, la mise sur pied de programmes spéciaux comme celui portant sur l'inceste. Ces initiatives sont le plus souvent le fait des intervenants qui, grâce à leur compétence et à leur jugement professionnel, ont réussi à s'imposer dans leur milieu et à influencer le développement de la pratique.

3. Les médecines douces

3.1 Le monde des médecines douces

Le monde de la santé a vu se développer, au cours des dernières années, des pratiques, appelées médecines douces ou thérapies douces, qui axent leurs interventions sur l'individu comme entité responsable de sa santé. Leurs moyens thérapeutiques relèvent principalement des forces énergétiques et psychiques de l'être humain.

On estime qu'il y aurait plus de quarante de ces thérapies au Québec. La rapidité avec laquelle elles se multiplient ne permet pas de les répertorier de façon exhaustive. On peut cependant les regrouper sous trois principales approches. La première est l'approche du type physique qui s'intéresse aux éléments structuraux du corps humain. C'est aussi celle qui englobe le plus de thérapies et de praticiens. La deuxième approche, l'approche biochimique, considère l'ensemble du métabolisme de l'organisme humain tandis que la dernière approche du type psychosomatique recherche l'équilibre du corps et de l'esprit.

Les médecines douces seraient pratiquées par environ 7 000 personnes, dont 4 800 appartiennent à des associations. Parmi ces 7 000 praticiens, 15 % seraient des professionnels reconnus, notamment des médecins, des infirmières et des pharmaciens, qui offrent des services complémentaires à

des services plus traditionnels; 85 % seraient des praticiens non reconnus, spécialisés dans une ou plusieurs thérapies douces et exerçant en dehors du système officiel. La pratique de certains peut être considérée comme illégale parce qu'ils posent des actes qui peuvent être interprétés comme un diagnostic médical alors qu'ils n'auraient pas la formation requise.

Compte tenu de l'ambiguïté créée par la situation dans laquelle évoluent ces praticiens, il est difficile de définir cette main-d'oeuvre avec exactitude. Les femmes seraient majoritaires dans la plupart des domaines. Les praticiens reconnus ont une formation universitaire ou collégiale. D'autres producteurs, groupés en association, vont former eux-mêmes leurs membres. Pour les autres, on ne sait pas. On ne connaît pas non plus les conditions d'exercice de la majorité de ces praticiens, le volume et la qualité des services offerts et les rétributions demandées. Leur incidence sur les services du réseau est méconnue.

3.2 La reconnaissance des médecines douces

Un sondage effectué à la demande de la Commission nous apprend que 28,5 % de la population consulte les praticiens des médecines douces. De son côté, l'Office des professions ne semble pas, dans l'immédiat, disposé à accorder le statut professionnel aux praticiens des médecines douces qui en ont fait la demande. Jusqu'à maintenant, seuls les chiropraticiens ont été reconnus comme corporation professionnelle (1973). Les acupuncteurs, eux, ont été soumis au contrôle de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et peuvent exercer leur activité en toute légalité moyennant certaines conditions. L'Office a récemment soumis à l'attention du ministre responsable de l'application des lois professionnelles ses recommandations concernant le statut des sages-femmes. Devant voir à ce que la protection du public soit assurée, l'Office considère un certain nombre de critères avant de suggérer la reconnaissance professionnelle d'un groupe. Les groupes demandeurs doivent être suffisamment structurés pour satisfaire à ces exigences.

Néanmoins, dans les cas où les groupes qui demandent une reconnaissance professionnelle répondent aux critères, l'Office suggère qu'on modifie dans les lois des corporations existantes et dans le *Code des professions* les articles qui rendent illégalles les médecines douces. En fait, ces pratiques ne jouiraient pas de la reconnaissance professionnelle, mais ne seraient plus susceptibles de poursuites par les corporations existantes. Du 1er avril 1986 au 31 mars 1987, la Corporation professionnelle des médecins a intenté 83 poursuites contre des praticiens de médecines douces. Cette situation prévaudrait tant que les groupes n'auraient pas

démontré leur raison d'être et leurs capacités en ce qui concerne la protection du public. À cette fin, l'Office désire que ces pratiques puissent évoluer librement dans le contexte québécois afin d'être en mesure de mieux évaluer les besoins et les types appropriés de contrôle. L'Office pense aussi que le Code pourrait prévoir une nouvelle structure de contrôle dans les cas où une activité comporte des risques pour la protection du public. Cette structure verrait à fixer des normes de délivrance des permis de pratique et des normes d'exercice de la profession. Les recommandations de l'Office à l'endroit des sages-femmes résultent de cette position.

Conclusion

De son analyse de l'évolution des pratiques professionnelles et de la réglementation professionnelle au Québec, la Commission retient un certain nombre d'éléments majeurs. Ainsi, les critères actuels d'incorporation sont peu opérationnels: ils ne permettent pas de tracer la frontière entre une activité de travail et une activité dite professionnelle. Par ailleurs, l'évolution des connaissances et des milieux de pratique exige que soit revue la notion de champ exclusif. Dans la même optique, on constate que le mécanisme de délégation d'actes n'a pas eu les effets escomptés et que, finalement, la collaboration interprofessionnelle s'est peu développée. La qualité de l'inspection professionnelle, quant à elle, varie grandement d'une corporation à l'autre. Les procédures de recours offertes au public apparaissent insatisfaisantes. De plus, on ne peut pas ignorer le phénomène d'émergence des médecines douces et leur quête de légitimité.

La Commission se préoccupe également de l'évolution des effectifs professionnels. Bien que des efforts multiples aient été déployés pour mieux planifier le développement de cette main-d'oeuvre et en particulier améliorer la répartition géographique des effectifs médicaux, les progrès restent encore minces. Des mécanismes plus efficaces devront être mis en oeuvre.

Chapitre 5

Les organismes communautaires

Introduction

Depuis quelques années, les appels à la responsabilisation des individus et de la communauté se sont multipliés dans le domaine social et dans celui de la santé. On aurait, semble-t-il, redécouvert les mérites et le potentiel des réseaux naturels et des organismes issus de la communauté et ce, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan de la participation à la vie démocratique. On reconnaît ainsi de plus en plus le rôle primordial de l'entraide et du soutien social qu'offrent ces réseaux, ainsi que l'importance des rapports personnalisés, de la quête d'autonomie et de la prise en charge de leurs problèmes par les individus et les collectivités. Les organismes communautaires ont fait la preuve de leur dynamisme et de leur capacité d'innovation en ce qui concerne les pratiques et les approches thérapeutiques.

Les organismes communautaires ont démontré leur aptitude à mettre en lumière des problèmes mal connus ou ignorés, comme par exemple la violence conjugale. Ils ont aussi manifesté leur volonté de participer activement à la définition des besoins et à l'élaboration des programmes, des politiques et des orientations gouvernementales. Les exemples abondent en ce sens: la participation des associations de personnes handicapées à l'élaboration de la politique *À part... égale*, la contribution récente des organismes communautaires aux consultations menées sur la politique d'éducation des adultes, sur la réforme des lois du travail et sur la politique familiale, leur participation à une multitude de comités, de commissions et de tables de concertation, et évidemment, leur très large participation à la consultation menée par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (dépôt de plus de 300 mémoires et participation à 150 séances de travail).

Bref, les organismes communautaires contribuent pour une large part à l'amélioration de la qualité de vie des individus et des collectivités de même qu'à la vitalité des processus démocratiques. Plusieurs de leurs membres, rappelons-le, font partie des conseils d'administration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, les représentants de ces organismes estiment qu'on est loin de reconnaître véritablement leur apport et d'encourager leur développement, loin aussi d'avoir établi entre le réseau public et le secteur communautaire un partenariat équitable et respectueux des différences.

Bien que la vulnérabilité financière et le sous-financement demeurent au coeur des problèmes des organismes, les relations avec le réseau public soulèvent également de multiples controverses. Certaines orientations gouvernementales comme la désinstitutionnalisation et la non-institutionnalisation, ou encore la priorité accordée à certaines clientèles cibles dans le domaine social, auraient eu pour effet de contraindre plusieurs de ces organismes, par le biais du financement et par un effet de vases communicants, à des fonctions dites complémentaires à celles du réseau. En fait, ces organismes disent plutôt faire les frais d'une complémentarité piégée, à sens unique. Ils se sentent le plus souvent utilisés aux fins du réseau public et, de surcroît, à un moindre coût; certains estiment même être devenus le déversoir des clientèles que le réseau ne veut plus prendre en charge. En somme, on peut dire qu'à ce jour, les relations entre le réseau public et le secteur communautaire n'ont pas trouvé un équilibre harmonieux qui satisfasse toutes les parties en cause.

La Commission reconnaît quatre grands enjeux dans ce domaine: la reconnaissance du rôle et de la contribution des organismes communautaires, le respect de leur autonomie, un financement adéquat et la mise en oeuvre d'une collaboration établie sur des bases équitables.

Pour reconnaître le rôle et la contribution des organismes communautaires, il faut d'abord savoir ce que sont et ce que font ces organismes dans le domaine social et dans celui de la santé. À cet effet, nous ferons d'abord un bref retour sur l'évolution récente des formes d'action volontaire au Québec. Cette évolution résulte de l'action combinée des transformations sociales, économiques et politiques au Québec, de l'évolution des besoins et des attentes de la population, et enfin, de la dynamique interne des organismes communautaires comme nous l'avons vu au chapitre I de la Partie I du présent rapport.

1. Aux réseaux traditionnels d'entraide se juxtaposent de nouvelles solidarités communautaires

Les multiples changements qu'a connus la société québécoise depuis une vingtaine d'années ont eu de fortes répercussions sur les relations entre les individus, sur les structures sociales traditionnelles, sur la vie communautaire et sur les rapports entre les collectivités et l'État. Bien que toujours présents, les réseaux d'entraide tissés autour de la famille, du voisinage, de la paroisse et de l'Église ont été fortement ébranlés. De nouvelles solidarités ont vu le jour, d'abord bâties sur des cultures, des choix de vie ou des problèmes communs, et reflétant un plus grand pluralisme dans leurs formes d'expression et dans leurs valeurs. Rappelons brièvement les grandes lignes de cette évolution.

La Révolution tranquille a suscité l'organisation de comités de citoyens désirant participer au développement social du Québec. La plupart de ces comités se sont progressivement dégagés de l'influence de l'Église jusqu'alors prédominante et ont eu tendance à radicaliser leur discours et leurs actions. Au début des années 70, l'État québécois est en plein développement. Devant les retards accumulés par le Québec et la persistance d'importantes inégalités tant au plan social que sanitaire (dégradation de la situation des régions éloignées, taux de mortalité infantile, etc.), l'État entreprend de corriger la situation. Dans le domaine des affaires sociales, une importante réforme établit un réseau de services universels et accessibles à tous. Ce faisant, l'État prend carrément la relève des groupes jusqu'alors responsables de la dispensation de ces services.

Inspiré par des objectifs d'égalité, l'État va généraliser un modèle uniforme de production de services. Cette conjoncture aura énormément de conséquences sur les organismes communautaires qui, pour une bonne part, n'en sont qu'à leurs balbutiements. Comme il a été décrit précédemment, on verra alors des organismes disparaître ou se fondre dans le réseau montant des CLSC; d'autres réorienteront leur action ou renégocieront leurs rapports avec l'État, comme les garderies populaires qui, tout en demeurant autonomes face au réseau public, obtiendront la mise en place d'un programme de financement pour les parents. Dans l'ensemble, les organismes communautaires sont alors confrontés à de profondes remises en question. Pour certains va s'amorcer une période de réorientation et de réorganisation.

Vers la fin des années 70, plusieurs facteurs concourent au redéploiement de l'action volontaire. La crise économique, conjuguée à la transfor-

mation du tissu social, fait émerger de nouveaux besoins d'aide dans la communauté, besoins auxquels l'État n'est pas forcément en mesure de répondre: qu'on pense à l'isolement social, à la pauvreté, au chômage, à l'itinérance. Par surcroît, ce dernier se voit placé dans la nécessité de contrôler la croissance des coûts du réseau public; il va donc repenser son action en fonction de certaines priorités et de certaines clientèles cibles. C'est dans cette conjoncture, fortement teintée d'impératifs économiques et de compressions budgétaires, que s'amorce un nouveau partage des responsabilités entre l'État et la communauté.

Le mouvement de désinstitutionnalisation déjà engagé s'en ressentira. D'une part, on aura tôt fait de constater que la communauté, au sens un peu mythique et traditionnel du terme, s'est elle-même profondément transformée: elle n'est pas forcément disposée, d'emblée, à assumer les responsabilités qu'on lui délègue; indifférence et intolérance y sont parfois plus répandues que solidarité et bienveillance, observe-t-on; la communauté n'a pas non plus nécessairement les ressources et les compétences requises pour s'acquitter de certaines missions. D'autre part, peu de ressources nouvelles seront allouées à la communauté pour lui permettre d'assumer de nouvelles responsabilités.

On voit toutefois les dépenses du MSSS consacrées au soutien des organismes communautaires passer progressivement de 1,2 millions de dollars distribués à une trentaine d'organismes en 1977-1978, à 26 millions de dollars alloués à quelques 250 organismes en 1986-1987. Bien que ces chiffres révèlent un taux d'augmentation assez fulgurant, il ne faut pas oublier que ces montants constituent toujours, en 1987, à peu près 0,3 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé et de réadaptation sociale. De plus, les demandes de financement adressées par le secteur communautaire au MSSS pour l'année 1986-1987 dépassaient de beaucoup les montants alloués: 1 000 organismes auraient soumis des demandes totalisant plus de 72 millions de dollars!

Les nouvelles orientations gouvernementales, l'élaboration de politiques et de programmes visant des clientèles cibles, l'ensemble des activités et des programmes élaborés à l'occasion de l'Année de la femme, de l'Année des personnes handicapées, de l'Année des jeunes, de l'Année des sans-abri, les programmes provinciaux et fédéraux de création d'emploi, un plus large accès au financement et l'orientation même de ce financement sont autant de facteurs qui ont encouragé la constitution de nouveaux groupes, la multiplication et la diversification des activités des organismes communautaires.

Tout indique qu'à la faveur des transformations sociales profondes qui se sont opérées au Québec, de nouveaux types de solidarité ont émergé, non plus fondés sur les réseaux traditionnels d'entraide, mais centrés d'abord sur des intérêts et des valeurs communes et orientés vers des clientèles de plus en plus circonscrites. Certains diront que le découpage de la communauté en différentes populations cibles, faisant l'objet de programmes de services spécifiques, a amené celles-ci à se constituer en groupes d'intérêts qui, en retour, vont chercher à avoir prise sur la définition de leurs besoins et sur l'élaboration des politiques qui les concernent.

On aurait tort, cependant, de croire que les interventions gouvernementales ont forgé de toutes pièces ce nouveau dynamisme de la communauté. Les organismes communautaires se sont d'abord multipliés sous la pression des besoins à satisfaire: pénurie de services dans certaines régions et dans certains domaines (violence conjugale, avortement, agressions sexuelles), inadéquation des services offerts, difficultés du réseau à rejoindre certaines clientèles (jeunes, itinérants...). Le foisonnement des organismes correspond également à de nouveaux besoins, à de nouvelles sensibilités auxquelles le réseau public donne encore peu d'échos: préservation de l'environnement, qualité de vie, responsabilisation des individus. Il reflète aussi sans aucun doute la volonté de « faire les choses ailleurs et autrement »: agir en dehors des cadres rigides, de la bureaucratie et des contraintes du réseau étatique, trouver une nouvelle marge de manoeuvre, innover et expérimenter sur le plan de l'auto-organisation comme sur le plan de la thérapie, en trouver satisfaction et motivation, travailler à l'échelle humaine, là où les rapports humains sont au premier plan.

Les initiatives de la communauté traduisent donc d'une part une réaction aux insuffisances du réseau ou à sa manière de faire les choses, et d'autre part les capacités et la volonté d'auto-organisation de la communauté elle-même. Le nouvel essor des ressources communautaires confirme l'aspiration à un certain pluralisme, l'émergence de nouvelles valeurs et l'intention très nette de divers secteurs de la population de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être collectif. Nous verrons maintenant, plus précisément, qui sont ces organismes, dans quels domaines ils oeuvrent et quelle est l'étendue de leur action.

2. Qui sont ces organismes communautaires?

Les organismes communautaires sont très diversifiés dans leurs formes et leurs manifestations. Ils expriment de multiples courants et dans ce sens, ils sont bien le reflet de notre société. On y trouve aussi bien des

organismes traditionnels issus des structures diocésaines ou paroissiales (la société St-Vincent-de-Paul, la Maison du Père), que des organismes porteurs d'aspirations et de valeurs nouvelles (le mouvement homosexuel, le mouvement écologique); certains travaillent en très étroite collaboration avec le réseau public (les auxiliaires bénévoles dans les hôpitaux, par exemple), alors que d'autres se définissent d'abord par leur caractère alternatif (nouvelles approches en santé mentale, centres de santé des femmes); des groupes ont pour principale raison d'être la promotion et la défense des intérêts de leurs membres et souvent de la collectivité qu'ils représentent (l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités (AQDR), la Fédération des femmes du Québec (FFQ), l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS)), alors que d'autres se sont donnés la mission d'offrir des services bien précis (popotes roulantes, maisons d'hébergement). Par ailleurs, un éventail d'organismes, tels les clubs sociaux, les fondations et diverses sociétés, se spécialisent plutôt dans la levée de fonds.

En fait, la gamme des activités et des clientèles rejointes est extrêmement étendue. Plusieurs observateurs ont toutefois tenté de cerner les principales caractéristiques des organismes communautaires et leurs différents types d'intervention.

Ces organismes sont d'abord issus de la communauté, ce qui les distingue des ressources dites intermédiaires mises sur pied par le réseau, comme les familles d'accueil. Ces dernières, bien que situées dans le milieu, sont des appendices du réseau public. À l'opposé, les organismes communautaires sont en continuité avec le milieu: ils sont le résultat d'une initiative du milieu; les membres ont habituellement des caractéristiques socio-économiques semblables à celles du milieu; dans plusieurs cas, ils proviennent et résident dans le milieu ou partagent une même culture.

Cette proximité ou cette identité se traduit également, pour les organismes qui offrent directement des services, dans les rapports entre intervenants et usagers. En fait, cette distinction est souvent faible, voire même absente, les usagers étant fréquemment considérés comme des membres à part entière, des « co-producteurs », finalement. Les organismes communautaires sont donc particulièrement aptes à répondre aux problèmes des usagers dans les termes où ces derniers les posent et au moment où ils apparaissent, et à s'adapter à l'évolution de ces besoins. Cela suppose une grande polyvalence, une qualité d'écoute et beaucoup de disponibilité chez les intervenants, ceux-ci devant établir une relation personnelle, directe et

le plus possible égalitaire avec les usagers. Cette relation s'établit d'autant plus aisément que intervenants et usagers parlent le même langage.

Les approches adoptées par ces organismes ont souvent des caractéristiques communes: intervention sur un problème précis, multiplicité et variété des philosophies d'intervention, caractère immédiat et concret de l'intervention, importance accordée au fait d'avoir connu ou résolu un problème soi-même et valorisation de la relation interpersonnelle. Les personnes qui s'engagent dans des relations d'aide affirment être motivées par des valeurs telles que l'amour, le service, le don, le dévouement. Ce dévouement ne semble plus vécu comme avant: on parle de plaisir du don et non plus de sacrifice.

Tout en centrant leur action sur la résolution de problèmes concrets, ces organismes se préoccupent aussi des causes de ces problèmes et, souvent, tentent de modifier les comportements qui les engendrent. La prévention, l'éducation et la vision globale de la personne, qui s'oppose à une vision compartimentée par type de problème, sont des orientations très généralement partagées par les ressources communautaires.

Enfin, on accorde énormément d'importance à l'autonomie des organismes et au caractère volontaire qui préside à l'engagement social des individus oeuvrant le plus souvent à titre bénévole au sein des groupes: la liberté d'action et d'expression est perçue comme une condition de survie des organismes communautaires. Pour les raisons ci-haut mentionnées (proximité avec le milieu, participation active des usagers, valorisation des relations interpersonnelles), on privilégie habituellement la constitution de groupes de dimension restreinte.

Il est vrai que chez les groupes de base, on semble accorder une faible importance aux structures formelles et à la délégation de pouvoirs du type conseil d'administration; on valorise plutôt la démocratie directe du type assemblées de membres et le fonctionnement sur la base des affinités. Il faut toutefois noter que certaines associations, et particulièrement les regroupements d'associations, sont loin de fonctionner en amateurs et de façon anarchique: certaines représentent des dizaines de groupes et souvent plusieurs milliers de membres, gèrent des sommes importantes, planifient à l'avance leurs activités, commanditent des recherches, organisent des colloques, des conférences et des congrès et participent à de multiples consultations de même qu'à diverses instances de concertation.

Dans l'ensemble, même si des fronts communs se constituent à l'occasion entre certains types d'organismes communautaires, comme ce fut le cas sur la question des allocations familiales, des pensions de vieillesse ou lorsque des groupes se mobilisent dans des régions ou des localités autour d'un problème particulier, ces regroupements sont habituellement ponctuels et visent la résolution de problèmes précis. Il faut reconnaître dans ce phénomène la grande diversité des organismes et le respect jaloux de la marge de manoeuvre et de la liberté de chacun. Par ailleurs, dans les champs d'intervention qui les concernent, la plupart des organismes adhèrent à des regroupements régionaux ou nationaux (Regroupement des maisons d'hébergement, Comité provincial des malades, Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées, Confédération des organismes familiaux, etc.). La création plutôt récente de ces regroupements indique que le rôle de représentation (*advocacy*) s'est particulièrement développé chez ces groupes depuis 10 ou 15 ans. En se regroupant, ces organismes acquièrent une plus grande visibilité et se dotent aussi bien sûr d'une force de négociation accrue vis-à-vis de leurs bailleurs de fonds et de leurs partenaires éventuels.

Nous avons tenté de distinguer les principaux types d'intervention des organismes communautaires. Bien que ces types ne soient pas mutuellement exclusifs, ils correspondent, grosso modo, à des vocations ou à des missions particulières que ces groupes se sont données.

Parlons d'abord des groupes d'entraide. Ceux-ci sont composés de personnes aux prises avec un problème commun et désireuses de s'apporter une aide mutuelle en vue de le surmonter: citons les AA, Al Anon, Alateen, Parents anonymes, les associations d'hommes violents. Il peut s'agir également des proches des personnes touchées, comme les parents et amis des malades mentaux, les parents d'enfants handicapés, qui sentent le besoin de se secourir mutuellement. L'entraide peut aussi prendre les traits plus formels du coopératisme et de l'auto-organisation: coopératives de logement, coopératives alimentaires. On parle donc ici essentiellement de personnes qui prennent en main leur propre problème, quel qu'il soit, ou qui se regroupent en raison d'intérêts communs. Ce mouvement s'est énormément développé en Amérique du Nord au cours des deux dernières décennies.

D'autres organismes se consacrent plutôt à l'assistance et au développement communautaires. C'est dans ce créneau que l'on trouve les groupes traditionnellement axés sur le bénévolat (centres d'action bénévole, associations d'auxiliaires bénévoles) et qui dispensent des services du type

popotes roulantes, comptoirs vestimentaires, transport des personnes âgées ou handicapées, soutien aux malades, services aux itinérants, loisirs, camps de vacances.

On doit également souligner, dans un autre domaine, la contribution des multiples fondations et sociétés qui ont pour principale vocation d'organiser des campagnes de financement dans chacun de leurs secteurs respectifs; les fonds recueillis servent habituellement à financer l'achat d'équipements ou à subventionner la recherche. Ces organismes travaillent aussi à sensibiliser la population à différents problèmes: mentionnons la paralysie cérébrale, le cancer, les maladies du coeur, la fibrose kystique. Parmi eux, certains offrent des services à leurs membres: c'est le cas des diabétiques et des hypoglycémiques par exemple.

D'autres organismes se qualifient eux-mêmes de ressources « alternatives », ce qui signifie qu'ils offrent des services « ailleurs et autrement » (par rapport au réseau public) et qu'ils disposent habituellement d'une infrastructure relativement lourde (immobilisations, équipement). Un nombre important d'organismes se reconnaissent par cette désignation: ressources alternatives en santé mentale, maisons de jeunes, centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. Pour plusieurs, la revendication d'un statut particulier de ressources alternatives s'inscrit dans une stratégie de négociation avec l'État: on cherche ainsi à s'assurer des enveloppes budgétaires protégées. Cela ne contredit pas le fait que le mouvement alternatif repose sur des assises réelles: nouvelles valeurs, nouveaux rapports sociaux, perspective d'innovation, de changement et d'engagement social. À ce titre, ce courant idéologique n'est pas l'apanage des ressources dites alternatives: il s'est aussi largement propagé dans les groupes d'entraide, dans les groupes bénévoles et au sein même du réseau public.

Un des phénomènes marquants des dernières années est également la création, la multiplication et la consolidation des organismes qui jouent principalement un rôle de porte-parole et de défenseurs des intérêts de leurs membres, ou plus largement des intérêts des secteurs de la population qu'ils estiment représenter. On en retrouve dans tous les domaines et pour tous les types de clientèles: communautés culturelles, femmes, personnes âgées, personnes handicapées, mais aussi regroupements de citoyens, de consommateurs. Sensibilisation de l'opinion publique, promotion et défense des droits, information et recherche, pression auprès des décideurs, représentation et participation à divers forums ou instances de concertation: ces organismes jouent un rôle de représentation extrêmement important et contribuent ainsi à vitaliser nos processus démocratiques.

Il est nécessaire de noter que les organismes de pression et les organismes de services ne constituent pas deux mondes séparés. Bien que la distinction soit utile pour cerner les fonctions principales de ces groupes, ces fonctions ne sont pas mutuellement exclusives. Au contraire, dans les faits, plusieurs organismes de pression se sont progressivement mis à dispenser des services directs à leurs membres lorsqu'ils constataient l'inexistence ou l'inadéquation des services publics. Par ailleurs, nul ne pourra nier le rôle d'éducation, de promotion et de sensibilisation de la population joué par certains organismes voués à la dispensation de services: pensons à la violence faite aux femmes, à la cause des garderies. En réalité, l'accent mis sur l'un ou l'autre de ces rôles varie en fonction de plusieurs facteurs: problème de survie des ressources communautaires (maisons d'hébergement), disponibilité et orientation des sources de financement (programmes de création d'emplois), gravité des problèmes vécus dans la communauté (intégration sociale ou suicide des jeunes), disponibilité ou nature des services offerts (avortement), politiques gouvernementales (compressions budgétaires, désinstitutionnalisation, priorisation de clientèles).

En définitive, le monde de la vie associative ne se cantonne pas dans des définitions simples et des catégories rigides: il s'agit d'une réalité extrêmement mouvante, sensible aux courants de pensée, aux transformations sociales et à la conjoncture politique et financière. Vulnérables en raison même de leur dispersion, de leurs faibles moyens financiers et de la nature de l'engagement de leurs membres (action volontaire, bénévolat), ces organismes n'en déploient pas moins un dynamisme et une richesse collective dont la société ne peut se passer. Dans le domaine de la santé et du bien-être, la contribution des organismes communautaires est essentielle.

3. La contribution des organismes communautaires dans le domaine de la santé et du bien-être

Tout en partageant un certain nombre de traits communs, les organismes communautaires se distinguent principalement par la grande diversité et l'extrême polyvalence de leurs interventions dans le domaine social et dans celui de la santé. De plus, s'il est un terrain où les dimensions sociales et sanitaires se rejoignent spontanément dans le traitement d'un problème, c'est bien celui des ressources communautaires: services, appui moral et soutien social vont habituellement de pair. On traite bien sûr des problèmes, mais, avant tout, on interagit avec une personne, en ayant le souci de comprendre sa situation globale et avec la volonté d'aider cette personne à reconnaître elle-même les causes de ses problèmes.

Évidemment, les ressources communautaires ont également leurs limites, limites souvent inhérentes à leur nature même (bénévolat, dispersion, capacité relative des collectivités à s'organiser) et à la fragilité de leurs moyens. Le sous-financement, de même que l'instabilité et la multiplicité des sources de financement, rendent difficile la planification, le développement des services et le recrutement de gens compétents; il encourage au contraire le roulement des personnes engagées et la dispersion des énergies. Les organismes doivent par ailleurs faire preuve d'une certaine sélectivité à l'égard de leur clientèle. En effet, les cas les plus problématiques et les plus lourds ne correspondent pas à la capacité et à la volonté de prise en charge de ces organismes et risquent la plupart du temps d'en perturber le fonctionnement. De plus, certaines clientèles, en particulier les plus démunies, demeurent toujours difficiles à rejoindre et à mobiliser. Les organismes communautaires sont aussi répartis inégalement dans les régions et les territoires du Québec: dans certains territoires, elles apparaissent comme les seules ressources vraiment disponibles ou accessibles à une clientèle donnée; dans d'autres, elles font dramatiquement défaut. Cette réalité traduit la nature même de ces organismes: à la fois reflet du dynamisme, de la qualité du tissu social ou de sa dégradation, et dépendance face au soutien que la collectivité et l'État veulent bien lui offrir.

Ces mises en garde étant faites, voyons plus concrètement quelle est la nature de la contribution des ressources communautaires à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population. La Commission n'a pas l'ambition de dresser ici un inventaire exhaustif des services offerts par ces organismes, mais elle désire illustrer l'ampleur et l'importance de ces activités et rendre ainsi justice aux dizaines de milliers de personnes qui oeuvrent dans l'ombre et se dépensent pour le bien-être de la communauté entière. Nous parlerons d'abord des groupes d'entraide et des organismes bénévoles, ensuite des ressources qui s'adressent plus spécifiquement aux personnes handicapées, aux personnes atteintes de troubles mentaux, aux personnes âgées, aux femmes, aux jeunes, aux familles, aux communautés culturelles et aux itinérants, pour finalement traiter du rôle joué par les organismes de pression. Les groupes nommément cités le sont à titre d'exemple.

3.1 Les groupes d'entraide et les organismes bénévoles

Les groupes d'entraide contribuent au rétablissement, au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être; ils sont aussi de puissants instruments de prévention. Ils regroupent généralement des personnes partageant un problème commun: problème physique ou mental (associations de personnes obèses, sourdes, diabétiques, ex-psychiatrisés, victimes

de paralysie cérébrale), habitude nocive (Alcooliques anonymes), comportement dangereux (hommes violents), ou encore, événement traumatisant ou transition difficile (Déprimés anonymes, les Relevailles). Plusieurs se regroupent pour mieux surmonter l'isolement et l'insécurité financière ou affective ou pour combler leurs loisirs (clubs de l'Âge d'or). Les proches d'une personne souffrant d'un handicap sérieux s'unissent souvent pour se porter secours mutuellement (associations de parents et amis de malades ou de déficients mentaux). Enfin, les personnes qui vivent une situation de marginalité (chômeurs, assistés) cherchent à s'entraider et à éviter que leurs problèmes n'entraînent d'autres types de complications sur le plan pathologique ou social.

En rendant possible le partage des expériences et des informations, les groupes d'entraide permettent aux personnes visées d'acquérir un sentiment d'appartenance, de renforcer l'estime de soi et la confiance en soi, de diminuer l'isolement, de prendre conscience de leurs propres capacités thérapeutiques et de leurs droits, et de construire de nouvelles solidarités. Autre apport non négligeable: les groupes d'entraide auraient pour effet de diminuer les recours aux services publics, par exemple en prévenant une hospitalisation ou un placement, en facilitant la réadaptation et la réinsertion sociale de certaines catégories de personnes (alcooliques, toxicomanes, ex-détenus), en réduisant les risques de rechute et de ré-institutionnalisation des ex-patients psychiatriques ou encore en secourant les personnes en proie à la détresse affective. Dans ce dernier cas, mentionnons que Tel-Aide aurait répondu, en 1986, à plus de 53 000 appels de personnes en difficulté; le seul Centre de prévention du suicide de Québec recevrait annuellement 14 600 appels. Différents organismes de parrainage obtiendraient eux aussi des résultats probants, notamment sur le plan de la réduction des risques de récidive de la part des jeunes délinquants et de l'intégration sociale de personnes handicapées.

Mais il n'y a pas que les groupes d'entraide qui tentent de prévenir une détérioration de l'état de santé et de bien-être des personnes ou rompent le cycle de la dépendance de celles-ci à l'endroit du réseau public. Différents organismes communautaires à caractère plus spécifiquement bénévole de même que certaines associations n'ayant pas pour vocation première d'offrir des services du type socio-sanitaire, offrent aussi des services comme le transport adapté pour les personnes handicapées et l'accompagnement des personnes âgées.

Il est impossible de dresser un inventaire complet des services rendus et des activités organisées par les groupes d'entraide et les organismes

bénévoles. À peu près toutes les catégories de la population bénéficient de l'apport des organismes communautaires. Notons en particulier que les groupes d'entraide oeuvrent dans à peu près tous les secteurs que nous allons rapidement décrire.

3.2 Les services destinés aux personnes handicapées

La Confédération des organismes de personnes handicapées compte trente-cinq associations panquébécoises. Ces associations sont composées elles-mêmes de quelques centaines de groupes disséminés à travers le Québec et qui offrent une grande diversité de services à leurs membres.

Tous ces organismes, chacun à leur manière et avec leurs ressources propres, font la promotion des droits et défendent les intérêts des personnes handicapées. Certaines ont plus particulièrement la mission de favoriser l'autonomie des personnes handicapées et de faciliter leur intégration au milieu naturel et leur insertion dans le marché du travail. Ils travaillent à dispenser de l'information sur les ressources existantes et à orienter les personnes qui s'adressent à leurs services.

D'autres se donnent d'abord un rôle d'éducation, d'information et de sensibilisation auprès du public et de leurs membres, par le biais de conférences et de publications diverses. D'autres encore ont un service d'appel, font des visites amicales, aident à remplir des formulaires, offrent du soutien dans le cas de démarches auprès des organismes publics, parapublics et gouvernementaux, ou organisent des activités sociales et récréatives.

3.3 Les services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux

Dans le domaine de la santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux aurait accordé, en 1985-1986, un soutien financier de cinq millions de dollars aux nombreux organismes qui oeuvrent auprès de personnes souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux. Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale compte à lui seul 26 organismes. À titre indicatif, celui-ci estime que les besoins financiers de ses groupes membres se chiffreront à 7 575 000 de dollars pour l'année 1988-1989.

Ces organismes s'occupent de la réinsertion au travail des personnes souffrant de troubles mentaux et de leur intégration à la société, principalement par l'entraide et la prise en charge personnelle. Ils interviennent en matière de prévention mais aussi pendant et après des épisodes d'hospitali-

sation. Ces organismes se proposent même de développer, dans un proche avenir, les moyens d'intervenir en situation de crise.

Les ressources alternatives en santé mentale visent également à sensibiliser la population aux difficultés que vivent les personnes confrontées à des problèmes de santé mentale. Elles apportent notamment à ces personnes soutien social, entraide, contact humain, écoute. Elles valorisent, ce faisant, le respect de la dignité humaine et la prise en charge de leurs problèmes par les personnes elles-mêmes.

3.4 Les services destinés aux personnes âgées

Les activités des associations et organismes consacrés aux personnes âgées illustrent le large éventail de services ainsi rendus disponibles: divertissements sociaux, loisirs, voyages, transport et accompagnement, gardiennage, soutien moral et consultation, aide financière dans le cas des plus démunis, aide matérielle (entretien et travaux courants à la maison), entretien et hygiène personnelle, repas.

Les organismes communautaires regroupant des personnes âgées ou cherchant à combler certains besoins chez cette population ont pris beaucoup d'expansion. Mentionnons par exemple, les clubs de l'Âge d'or, qui sont actuellement au nombre de 1 080 au Québec et qui comptent plus de 200 000 membres. D'autres organismes tels que l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités et pré-retraités (AQDR) ont été très actifs à défendre et promouvoir les intérêts des personnes âgées, par exemple dans le dossier des pensions de vieillesse. Dans un autre domaine, uniquement à Montréal et à Laval, 70 groupes de popotes roulantes offrent plus de 140 000 repas chauds par année.

3.5 Les services destinés aux femmes

Une des manifestations les plus frappantes de la vitalité du mouvement féministe au Québec tient dans la multiplicité et la diversité des ressources communautaires mises sur pied par les femmes et ce, particulièrement dans le domaine socio-sanitaire. Outre qu'il a considérablement élargi la gamme de services auxquels les femmes avaient traditionnellement accès, ce mouvement de prise en charge a été et est toujours porteur de nombreuses remises en question en ce qui concerne la quantité et la qualité des services offerts aux femmes dans le réseau public. Pensons aux débats entourant la libéralisation de l'avortement, l'humanisation des services d'obstétrique et de gynécologie, l'accessibilité de ces services en région éloignée, la place accordée à la prévention par rapport aux soins curatifs, la dénonciation des

approches traditionnelles en santé mentale et des attitudes sexistes de certains professionnels, les problèmes d'éthique soulevés entre autres dans le domaine des nouvelles technologies de reproduction, et ainsi de suite. Le mouvement d'auto-santé des femmes a contribué à faire émerger sur la place publique des réalités largement insoupçonnées (violence conjugale) ou méconnues (attitudes sexistes, dépendance des femmes, isolement social et pauvreté). Dans la foulée de ce mouvement, une nouvelle sensibilité a vu le jour et on a pu assister à une évolution réelle des attitudes et des mentalités. Sans pouvoir rendre compte de l'ensemble du mouvement, soulignons néanmoins le travail effectué dans certains domaines.

Les maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence, au nombre de 62 en 1987, offrent des services d'accueil, d'hébergement, d'orientation et d'accompagnement psychosocial et exercent généralement un suivi auprès des personnes qui sont ou ont déjà été hébergées. La plupart d'entre elles disposent d'un service externe de consultation et participent à différentes tables de concertation existant sur la violence.

Les 14 centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel offrent une aide directe aux victimes d'agression sexuelle (viol, inceste), que ce soit sous la forme de services téléphoniques d'urgence, de suivi individuel, de suivi de groupe, d'information ou d'accompagnement. Ils contribuent par ailleurs à l'éducation et à la sensibilisation de la population en diffusant de l'information, en intervenant dans les écoles, en animant des forums et en combattant la pornographie.

Les 85 centres de femmes qu'on dénombrait en 1986 ont, quant à eux, un champ d'intervention très diversifié. Dans le domaine socio-sanitaire plus précisément, les centres organisent des activités de sensibilisation, d'information et de formation sur des sujets comme la consommation de médicaments, la sexualité, la violence, la pornographie, l'alcoolisme, la dépression. Ils mobilisent leur milieu sur des questions d'actualité (ex.: avortement), entreprennent des études sur certains problèmes de santé présents dans leur localité. Sur le plan individuel, les centres offrent des services d'accueil, d'information et d'orientation, de même que soutien et accompagnement lors de certaines démarches auprès par exemple d'avocats, de médecins, de l'aide sociale.

Les centres de santé des femmes sont davantage orientés vers la prestation de services cliniques: planification des naissances et avortement,

suivi prénatal et post-natal, accueil et orientation en gynécologie. Les activités éducatives y sont néanmoins importantes, de même que tout le volet promotion de l'auto-santé et des approches alternatives.

Par ailleurs, d'autres types de ressources communautaires viennent en aide aux femmes et aux familles des milieux défavorisés, ainsi qu'aux familles monoparentales, donc aux femmes qui, majoritairement, les dirigent. En fait, les groupes communautaires et les organismes de bienfaisance représentent une part importante des ressources destinées à ces dernières. Les femmes peuvent s'y rencontrer, rompre leur isolement et obtenir des informations sur les ressources offertes dans leur milieu. Elles ont aussi accès à des services d'orientation, d'aide matérielle (échange de vêtements, repas gratuits ou à un coût minime) ou de garde de dépannage. Toutefois, ces organismes éprouvent de la difficulté à rejoindre les plus pauvres et les plus isolées d'entre elles.

3.6 Les services destinés aux jeunes

Divers groupes communautaires ont été mis sur pied depuis dix ans devant l'ampleur des besoins et la gravité des problèmes dont souffrent bon nombre de jeunes: chômage et pauvreté, isolement social, détérioration de la santé mentale et hausse inquiétante du taux de suicide, alcoolisme et polytoxicomanie, itinérance.

Les maisons de jeunes, au nombre de 118 en 1987, visent à prévenir la mésadaptation sociale et à favoriser l'autonomie et l'épanouissement des jeunes de 13 à 18 ans. Elles offrent un lieu de regroupement aux jeunes qui peuvent ainsi apprendre à mieux se connaître, à développer des liens sociaux et à s'engager sur le plan individuel et collectif. Les activités de ces maisons sont multiples: rencontres d'information, animation, activités de loisirs, activités sportives et culturelles, activités d'autofinancement, expériences de gestion et d'organisation.

D'autres organismes offrent des services d'hébergement ou oeuvrent dans des domaines aussi diversifiés que la prévention de la délinquance chez les jeunes, le soutien à la recherche d'un emploi, l'organisation de repas communautaires. Des organismes de parrainage du type « les Grands Frères » ou « les Grands-parents bénévoles » cherchent à combler les besoins affectifs de jeunes issus principalement de familles monoparentales ou de foyers désunis.

3.7 Les services destinés aux familles

Les organismes familiaux ont particulièrement fait valoir devant la Commission leurs critiques à l'égard du réseau public. Celui-ci tiendrait peu compte des besoins des familles dans ses modes d'intervention, ses pratiques et ses programmes. Le réseau public serait particulièrement absent en matière de violence conjugale ou familiale, et inefficace dans ses interventions auprès des couples en difficulté, des familles en voie de rupture et auprès des familles aux prises avec une détérioration de la relation parent-enfant. En outre, on déplore le peu d'appui (aide financière, services de répit ou de gardiennage) offert aux familles désireuses de soutenir leurs membres âgés ou handicapés, aux familles ayant subi la perte d'un de leurs membres (suicide, deuil) ainsi qu'aux familles monoparentales.

Pour répondre à ces besoins, pour diminuer le sentiment d'isolement et pour promouvoir l'entraide et la solidarité entre les familles et au sein même des familles, les organismes familiaux offrent des lieux de rencontre et d'échange, donnent de l'information et une formation aux parents et offrent des services d'aide, d'accompagnement et d'encadrement.

En plus des organismes familiaux liés plus ou moins directement aux structures diocésaines, différentes associations sont nées en vue de permettre à des parents violents, incestueux ou chargés d'un enfant handicapé ou mésadapté, ou encore à des familles monoparentales, adoptives ou en voie d'éclatement, de se donner mutuellement de l'aide, de prévenir et d'apprendre à désamorcer les situations de stress et de crise présentes dans les relations familiales, ou d'adopter un certain mode de comportement à l'égard de leurs enfants. Citons à titre d'exemples les organismes Parents anonymes qui comptent 840 bénévoles et Parents-Secours dont le logo rouge serait affiché dans 125 000 maisons, les groupes de soutien à l'allaitement maternel, les Relevailles, et enfin, le Dispensaire diététique de Montréal qui rejoint principalement des femmes et des familles de milieux défavorisés. Tout récemment, des services se sont même créés pour venir en aide aux hommes aux prises avec des comportements violents.

3.8 Les services destinés aux communautés culturelles

Les services publics sont peu connus ou mal connus des communautés culturelles et, en particulier, des nouveaux arrivants; de plus, on observe dans ce secteur relativement peu d'efforts d'adaptation aux besoins particuliers de ces communautés, à leurs valeurs et à leurs habitudes de vie. Cette

situation est vécue avec plus d'acuité dans le domaine social et psychosocial. L'obstacle de la langue, spécialement chez les nouveaux arrivants ou chez les personnes âgées ou isolées, vient agrandir le fossé culturel entre praticiens et clients évoqué précédemment.

Dans ce contexte, les organismes communautaires orientés vers les communautés culturelles jouent un rôle essentiel. Ils offrent des services de dépannage, d'information, d'orientation, d'accompagnement, de traduction et d'interprètes. De plus, ils constituent autant de lieux de regroupement favorisant l'intégration sociale, culturelle et économique des communautés culturelles.

3.9 Les services destinés aux itinérants

Les organismes et les services destinés aux personnes itinérantes sont rares, pour ne pas dire inexistants, dans le réseau public. Les personnes en situation d'urgence psychiatrique peuvent certes avoir accès au réseau malgré les obstacles que présente le principe de la territorialité en santé mentale; mais pour l'essentiel, ce sont des organismes communautaires qui interviennent auprès des itinérants. Bien qu'ils disposent de moyens limités, largement insuffisants lorsqu'il s'agit de cas lourds (clientèle psychiatrique, alcooliques), ces organismes constituent souvent les seules ressources disponibles.

Ainsi, quelques rares organismes offrent des services aux femmes itinérantes qui obtiennent ainsi du soutien affectif, de l'information, des lieux de rencontre, et même le gîte et le couvert. Quelques maisons d'hébergement pour femmes en difficulté font du dépannage d'une nuit, sur demande de la police. Les femmes nécessitant un hébergement à moyen et à long terme sont confiées au YWCA. Les ressources sont toutefois nettement insuffisantes en regard des besoins comme nous l'avons vu au chapitre 3 de la Partie I de ce rapport.

La situation des jeunes itinérants n'est guère plus reluisante. L'absence de ressources dans le réseau public se combine ici au caractère plus ou moins adapté aux jeunes des ressources communautaires ou des organismes de bienfaisance qui interviennent auprès de l'ensemble des itinérants (ex.: Armée du salut, Maison du Père, Accueil Bonneau). Toutefois, de nouvelles ressources d'hébergement – encore rares – pour les jeunes itinérants ont été mises sur pied afin de répondre aux besoins primaires de ces derniers: gîte, nourriture, encadrement, soutien, écoute. Ces services ne comprennent cependant que des séjours de courte durée (21 jours) dont les retombées sont forcément limitées sur le plan du suivi et de l'accompa-

gnement. Notons que la Ville de Montréal a récemment mis sur pied un comptoir de référence, ouvert 24 heures sur 24, pouvant orienter les personnes itinérantes vers les services disponibles.

3.10 Contribution des organismes de pression et de promotion

Nous avons vu que la plupart des groupes de pression se sont eux-mêmes engagés à développer des services pour leurs membres; par ailleurs, les regroupements d'organismes communautaires plus directement axés sur l'offre de services jouent également un rôle important d'éducation et de promotion. Ces deux réalités ne sont pas nettement dissociables et les organismes communautaires eux-mêmes insistent pour qu'on reconnaisse leur nécessaire complémentarité.

Mentionnons ici toutefois le rôle particulier que jouent certains organismes de pression. Des associations du type comités de citoyens, regroupements de consommateurs, associations coopératives d'économie familiale, etc., contribuent fréquemment à mettre en évidence différents problèmes d'accessibilité ou d'inadéquation des services publics. Ils mobilisent l'opinion publique en vue d'obtenir certains services comme l'a fait l'AFEAS sur la Côte-Nord pour obtenir des services en gynécologie; ils se regroupent pour réclamer l'établissement de CLSC dans leur région; ils dénoncent les décisions susceptibles d'entraîner soit une détérioration des services offerts (compressions budgétaires), soit la disparition de certains d'entre eux (fermetures de départements ou d'unités de traitement dans les hôpitaux). Ils entreprennent des campagnes de sensibilisation quant aux effets négatifs que pourraient entraîner la privatisation ou encore l'imposition d'un ticket modérateur.

D'autres regroupements permettent aux bénéficiaires des services publics de briser leur isolement et de lutter, au-delà du cloisonnement institutionnel, pour l'obtention de services conformes à leurs besoins et pour l'amélioration de leur qualité de vie. À cet égard, le rôle du Comité provincial des malades est notoire.

Plusieurs commencent à intervenir de façon significative dans le champ de la recherche. Le rôle des fondations est bien connu à ce chapitre, mais citons le cas tout récent de la Fédération de l'Âge d'or du Québec (FADOQ) qui financera, dans le cadre d'un plan quinquennal, un projet de recherche de 500 000 dollars sur la maladie d'Alzheimer.

L'État et la collectivité entière ont tout intérêt à reconnaître la contribution de l'ensemble des organismes communautaires à l'amélioration de

notre qualité de vie. Des conditions s'avèrent cependant nécessaires au développement et à la consolidation de ces organismes.

Conclusion

En dépit des capacités d'intervention limitées des organismes communautaires, il faut reconnaître que ceux-ci apportent des réponses à des besoins non comblés par le réseau public. Ils offrent, de plus, la possibilité d'aborder et de traiter les problèmes sous un angle différent: importance de l'écoute, du soutien, flexibilité et polyvalence des intervenants, approche globale et personnalisée, rapports de réciprocité et participation des « usagers-membres ». Par l'étendue et la valeur de leur engagement, les organismes communautaires apparaissent comme une des composantes majeures du système de services dans le domaine social et sanitaire; c'est ainsi qu'ils favorisent la constitution de nouvelles solidarités, l'amélioration de la vie démocratique et la consolidation du tissu social lui-même.

La Commission est d'avis que, si l'on veut encourager ce mouvement, des changements substantiels s'imposent. La reconnaissance explicite de la contribution des organismes communautaires devra se concrétiser par des modalités et un niveau de financement adéquats, par le respect de la nature, du fonctionnement et de l'autonomie de ces organismes et par l'établissement d'une collaboration profitable entre le réseau public et les ressources communautaires.

Cette dernière condition n'est pas sans soulever des difficultés réelles. Comment parvenir à conjuguer des efforts qui s'arriment à des objectifs communs en matière de santé et de bien-être? Comment établir une réelle collaboration qui s'élabore dans le respect de la différence? Il semble à la Commission que tant le réseau public que les organismes communautaires gagneraient à améliorer leurs relations et à multiplier leurs échanges. Le premier y trouverait un nouveau dynamisme, un incitatif au changement et à l'innovation, un contact plus immédiat avec la population et ses porte-parole, une connaissance parfois plus sensible des problèmes et la possibilité de mieux accomplir sa mission. Le second serait ainsi associé à la définition des besoins, des orientations et des priorités; il aurait davantage la possibilité d'influencer les décisions, d'accroître l'efficacité de ses interventions en s'appuyant sur des actions concertées, et de participer à la réalisation d'objectifs communs.

Chapitre 6

Les coûts et le financement

Introduction

Quelques perspectives

L'histoire de l'intervention de l'État dans les services sociaux et les services de santé, en particulier en matière de financement, est composée de tentatives successives faites depuis des décennies pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la population et décider en conséquence de l'allocation des ressources.

Dans le domaine de la santé, il était peu à peu devenu évident que les mécanismes habituels du marché ne pouvaient conduire à des situations acceptables tant pour la personne que pour la société. Sur le plan individuel, l'incertitude causée par l'occurrence de la maladie et ses coûts potentiels a incité la population à rechercher une façon de partager les risques plus équitablement, d'où la création de l'assurance privée, puis publique. En outre, le déséquilibre d'information entre le médecin et son patient justifiait le souci de dégager le plus possible la pratique médicale des pressions d'ordre économique afin qu'elles ne passent jamais avant l'intérêt du patient. Ce déséquilibre requérait aussi la protection des patients par des mécanismes de surveillance de la pratique professionnelle. Enfin, on prenait de plus en plus conscience des effets externes liés à la maladie, c'est-à-dire des conséquences non seulement sur le malade mais aussi sur l'ensemble de la collectivité. Évidentes dans le cas de la vaccination contre les maladies infectieuses, ces « externalités » se sont peu à peu élargies et ont entraîné un peu partout dans le monde la création de régimes publics d'assurance collective permettant un accès universel aux services de santé. L'accessibilité de chacun à ces services de santé, sans égard à la capacité de payer, devenait une valeur fondamentale.

Au Canada, dans le cadre d'une évolution graduelle amorcée au début des années 30, sont nés des régimes d'assurance privée permettant un certain partage des risques sans toutefois protéger adéquatement l'ensem-

ble de la population. Progressivement, à l'instar de la Saskatchewan, toutes les provinces implantaient vers la fin des années 50 un régime public d'assurance-hospitalisation. Enfin en 1964, la Commission Hall recommandait l'instauration d'un régime d'assurance-maladie au Canada, dont les critères seraient l'admissibilité publique aux services, la couverture globale, l'universalité et la transférabilité d'une province à l'autre[224]. Un tel régime a été créé au Québec en 1970, à la suite des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu.

L'histoire des services sociaux est un peu différente. Dans la plupart des pays, les subventions publiques en ce domaine répondaient davantage à un souci d'aider des personnes dans le besoin, qu'à celui de protéger la population contre des risques éventuels sur le plan psychologique ou social. Les services visaient d'abord les indigents et les pauvres, les enfants abandonnés ou maltraités et les personnes déficientes. En général, les systèmes de services sociaux ne fonctionnent pas selon le principe d'assurance, leur distribution à la population étant soumise la plupart du temps à des tests de besoins et de moyens. Telle est d'ailleurs la philosophie du Régime d'assistance publique du Canada, créé en 1966, en vertu duquel le gouvernement fédéral partage avec les provinces les coûts de certains programmes d'assistance sociale ou de certains services de bien-être social. Le Québec a cependant fait un pas de plus: la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, votée en 1971, confère aux services sociaux le même caractère d'accessibilité universelle qu'aux services de santé, sans toutefois préciser les critères de ce qui est « socialement requis ».

Si le consensus s'est fait rapidement sur la nécessité, pour l'État, d'intervenir dans le processus d'allocation des ressources, notamment par un financement public élevé, les réponses des différents pays ont été extrêmement variées. Il ne semble donc pas exister de solution miracle et chaque réponse apparaît plutôt comme une manifestation spécifique du compromis entre la reconnaissance du droit à la santé et au bien-être, et le coût social de ce droit. Plusieurs observateurs s'accordent à reconnaître que la fiscalisation des recettes et les choix fait par l'Assemblée nationale sur le niveau du budget accordé aux services de santé et aux services sociaux, caractéristiques de la situation québécoise actuelle, permettent à ce compromis de se réaliser dans des conditions socialement acceptables. Dans un secteur qui n'est pas régi par les lois du marché, cette formule permet à la population de s'exprimer sur l'équilibre à respecter entre ses besoins en matière de santé et de bien-être et la contribution financière nécessaire à cette satisfaction, ce qui assure ainsi une certaine transparence du système[225].

Cette solution requiert d'inévitables choix de la part du gouvernement entre ses différentes missions et à l'intérieur même de sa mission sociale. Elle suppose également l'énoncé explicite de choix difficiles, ce processus de priorisation se heurtant en effet à de nombreux problèmes, dont l'insuffisance des outils méthodologiques, de nature épidémiologique, sociale ou technique, permettant de fixer des objectifs et d'évaluer dans quelle mesure ils ont été atteints. Le gouvernement fait face également à des problèmes d'ordre éthique, puisqu'il privilégie inévitablement certaines catégories de population ou de patients. Il doit enfin affronter des enjeux économiques et politiques de taille, lorsqu'il va par exemple à l'encontre des attentes de fournisseurs d'équipements ou de produits, ou qu'il affecte le niveau de l'emploi dans une région.

Dans un tel contexte, le secteur des services sociaux risque fort de faire figure de parent pauvre: les enjeux éthiques, politiques et économiques y sont moins bruyants et moins puissants que dans le domaine de la santé, même si l'on s'indigne régulièrement du sort réservé par exemple aux enfants maltraités, aux femmes battues ou aux personnes sans abri.

La dynamique d'un financement public

Le financement du système recouvre deux activités conceptuellement distinctes: il s'agit d'une part d'aller chercher les sommes nécessaires à son fonctionnement et d'autre part, de financer l'ensemble de ses activités et d'en rémunérer les facteurs de production. Sur les marchés privés de biens et de services, ces deux activités interviennent simultanément. Par contre, dans la plupart des domaines financés en majeure partie par l'État, les revenus sont collectés au moyen d'un ensemble de politiques fiscales et parafiscales. Ils sont ensuite redistribués par un processus budgétaire, conformément aux règles et aux ententes relatives à la rémunération des producteurs. Dans ce contexte où les règles usuelles du marché ne jouent pratiquement plus, les gouvernements tentent de maîtriser l'évolution de leurs dépenses en créant des instruments de contrôle des coûts.

Dans le domaine de la santé, au Québec comme ailleurs au Canada, le monopole public de l'assurance-santé aurait facilité le contrôle des coûts. Mais les mesures telles que le budget global, le rationnement des ressources ou le contrôle des rémunérations, principaux fers de lance de la politique québécoise de contrôle des coûts de la santé au cours des 15 dernières années, offrent aujourd'hui moins de garanties quant à la maîtrise de ceux-ci pour l'avenir.

Les réponses de l'État, par exemple l'instauration du régime public universel d'assurance-maladie, motivées par le désir de répartir les ressources d'une manière plus conforme aux voeux de la société, ont sans aucun doute amélioré l'accessibilité des services. Mais elles ont également accentué les pressions provenant autant de la demande que de l'offre, tout particulièrement dans les services de santé. Le développement fantastique des connaissances et des possibilités d'intervention y décuple les attentes et les espoirs, d'autant plus que ces services ne coûtent rien aux personnes au moment de la consommation, ni à ceux qui les prescrivent. Or, la capacité de financement d'une société est loin de se développer au même rythme que ces pressions et elle doit honorer, en outre, d'autres engagements.

La démarche proposée

Ayant brossé à grands traits l'histoire du financement public dans le secteur des services de santé et des services sociaux et rappelé les principaux défis que doivent y relever aujourd'hui les pouvoirs publics, nous développerons plus particulièrement dans ce chapitre les thèmes suivants[226]:

- l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé et son interprétation;
- l'évolution des sources de financement de ces services;
- l'évolution des modalités d'allocation et de paiement des ressources dans le système.

1. Les coûts du système

1.1 Définition et mises en garde

La définition des coûts à laquelle nous nous référons est une définition large, englobant idéalement tous les types de services, ce qui inclut non seulement les services couverts en totalité ou en partie par le secteur public, mais aussi les services offerts à titre gratuit par la famille, les groupes d'entraide et les organismes communautaires ainsi que les services offerts moyennant paiement par différents professionnels appartenant ou non à des corporations reconnues. Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas une évaluation aussi complète. Par exemple, les seules données évolutives disponibles pour les services sociaux sont celles relatives aux dépenses publiques provinciales.

Les données relatives à l'évolution globale des dépenses de santé abondent aujourd'hui dans les publications scientifiques ou de vulgarisation. On y compare, entre pays ou entre provinces, les taux de croissance

des dépenses globales en dollars courants, ou per capita, ou encore en pourcentage de la richesse collective. Si ces données sont un bon indice du niveau de financement des services de santé d'un pays et de la maîtrise relative de ces dépenses, elles ne donnent toutefois aucune indication sur le niveau adéquat de financement dans un secteur donné. Elles ne permettent nullement de juger si la part de la richesse collective consacrée à la santé est trop élevée ou trop faible, si la composition des services est adéquate, si leur production est efficiente, ou s'ils sont dispensés aux bonnes personnes. En fait, si l'on ne tient pas compte de l'évolution des prix des services de santé, ces données ne renseignent aucunement sur la quantité réelle de services dispensés. Pour ces raisons, la portée de ces comparaisons dans le temps et dans l'espace est considérablement limitée.

Ces remarques préliminaires doivent inciter à la prudence quiconque veut dresser et interpréter le bilan de l'évolution des dépenses sociales et de santé dans une province ou un pays. C'est le cas pour l'expérience du Québec où il faut nuancer toute interprétation par une analyse réfléchie des principales composantes de la dynamique des coûts. Cette démarche est essentielle si l'on veut porter un jugement sur toute expérience en ce domaine et sur ses perspectives d'avenir.

Enfin, au long des sections qui suivent, le lecteur notera sûrement que les périodes utilisées aux fins de comparaison ne sont pas toujours identiques d'une section à l'autre; les données disponibles obligent en effet à ce genre d'imperfections. Il n'en demeure pas moins que dans l'ensemble, ces données permettent de tirer des observations et des conclusions utiles et éclairantes.

1.2 Les dépenses totales de santé

1.2.1 Ce qu'elles comprennent

Le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social publie annuellement des données relatives à l'évolution des dépenses totales de santé, pour le Canada et les dix provinces. On y trouve: les dépenses personnelles de santé, soit celles directement associées au diagnostic et au traitement des problèmes de santé, tels les services médicaux, les services institutionnels, les services dentaires, les médicaments prescrits ou non, les services optométriques et les prothèses. À cela s'ajoutent les dépenses de santé publique, c'est-à-dire les dépenses relatives à la construction d'hôpitaux ou à l'achat d'équipements, à la recherche et à l'administration. Ces dépenses comprennent à la fois celles dont le financement est d'origine publique et celles qui sont assumées par l'usager soit directement, soit indirectement

par l'intermédiaire d'assurances privées. Il s'agit donc de dépenses de santé au sens large, incluant une grande partie des services sociaux, en particulier l'hébergement et la réadaptation en institution.

1.2.2 L'évolution des dépenses au Québec: 1960-1985

Au Québec, les dépenses totales de santé s'élevaient en 1985 à 9,8 milliards de dollars courants. Ce montant équivaut à 9,1 % de la richesse collective (produit intérieur brut) et correspond à une dépense de 1 500 dollars per capita, qui se décompose de la façon suivante:

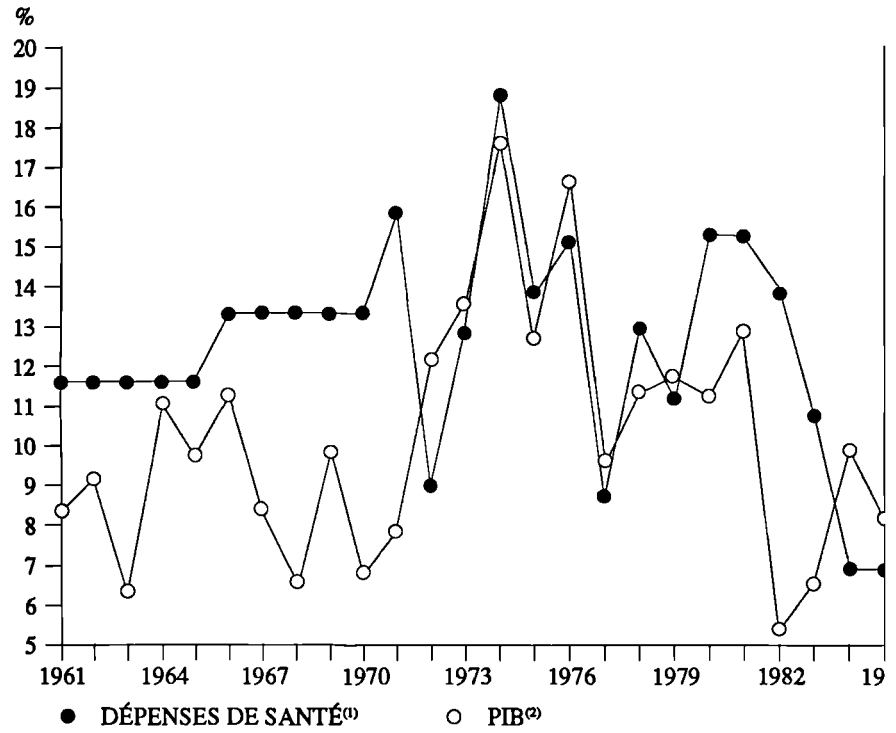
– DÉPENSES PERSONNELLES DE SANTÉ:		1 314 $
services institutionnels:	874 $	
services professionnels:	278 $	
médicaments, prothèses:	162 $	
– AUTRES DÉPENSES DE SANTÉ:		185 $
		1 499 $

Si l'on considère les 25 dernières années, on peut essayer de caractériser l'évolution des dépenses de santé en comparant leur rythme de croissance à celui du produit intérieur brut (PIB). On peut mettre en évidence quatre périodes (voir le graphique 2).

De 1960 à 1971: c'est une période de croissance rapide des coûts qui a accompagné la mise en place des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Au cours de cette période, les dépenses de santé se sont accrues à un rythme annuel moyen de 12,7 %, rythme nettement supérieur à celui du PIB qui était de 8,6 % en moyenne par an.

De 1971 à 1979: c'est une période au cours de laquelle les pouvoirs publics semblent avoir réussi à maîtriser l'augmentation des coûts du système, qui s'accroissent sensiblement au même rythme que le PIB (12,7 % versus 13,0 %). Le ralentissement de la croissance des dépenses de santé est particulièrement important en 1977-1978, au moment de la révision des accords fiscaux fédéraux-provinciaux. À partir de 1977, en effet, la contribution fédérale est établie non plus en fonction de l'évolution des coûts réels mais selon un rythme fixé à l'avance et qui est fonction de la croissance économique canadienne indépendamment des coûts. Ceci a pu inciter les provinces à contrôler plus rigoureusement leurs dépenses de santé. La fin des années 70 marque également celle d'une époque où la croissance économique assurait une certaine facilité de financement des dépenses publiques.

Graphique 2
Évolution des dépenses de santé et du PIB de 1961 à 1985 en taux de croissance annuel moyen



(1) Pour les années 1960 à 1965 et 1965 à 1970, nous ne disposons que de la variation annuelle moyen pour chaque période de 5 ans.

(2) Les données utilisées pour l'évolution du PIB proviennent des séries corrigées pour Statistique Can en 1987 et disponibles dans CANSIM.

Source: Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada*, 1975-1985. Donn non publiées.

De 1979 à 1983: le rythme annuel d'accroissement des dépenses d santé est à nouveau sensiblement supérieur à celui de la richesse collectiv (13,7 % au lieu de 9,0 %). Sans qu'il soit possible d'expliquer ce phén mène avec certitude, on peut facilement invoquer l'effet de la récessio

économique de 1982, combiné aux délais d'ajustement inévitables des dépenses dans des secteurs comme celui de la santé. La crise économique et financière qui a atteint le Québec au début des années 80 a conduit le gouvernement à un sérieux réexamen de la situation.

De 1983 à 1985: on constate qu'après avoir ralenti considérablement, le rythme de croissance des dépenses de santé devient même sensiblement inférieur à celui du PIB (6,9 % versus 9 %). La part du revenu collectif consacrée à la santé est ainsi stabilisée à son niveau de 1982. Dans le contexte récessionniste du début des années 80, le gouvernement a réagi à la dégradation de sa situation financière par d'importantes restrictions budgétaires. Malgré les conventions collectives alors en vigueur, les employés de l'État ont été touchés par des coupures salariales.

De 1971 à 1985, les dépenses totales de santé se sont accrues à un rythme annuel moyen de 12,2 %, soit 0,9 % de plus que celui du PIB qui a été de 11,3 %. Quant à la part de ces dépenses dans le PIB, elle est passée de 8,2 % à 9,1 % durant la même période.

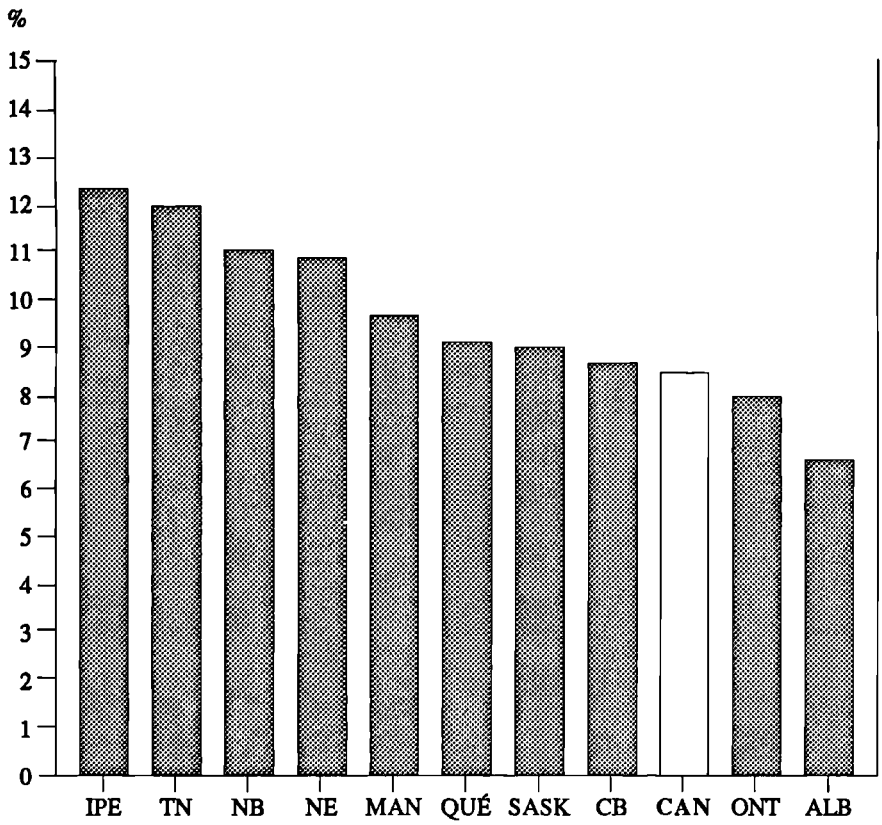
1.2.3 Le Québec et les autres provinces

Comment le Québec se compare-t-il aux autres provinces canadiennes? Le graphique 3 montre qu'en 1984 la part de la richesse collective consacrée au secteur de la santé varie considérablement d'une province à l'autre, passant de 6,6 % en Alberta, à 12,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard et que la moyenne canadienne est inférieure à celle du Québec, soit 8,4 %.

En règle générale, plus une province est pauvre, plus la proportion du PIB qu'elle consacre à la santé est élevée. Cela est dû en grande partie aux politiques de péréquation qui permettent aux provinces les plus pauvres d'avoir un niveau de dépenses per capita qu'elles ne pourraient probablement pas atteindre sans politique de redistribution. Il n'est donc pas facile d'établir des comparaisons entre les provinces sur la simple base du rapport entre les dépenses totales de santé et leur PIB respectif.

On remarque toutefois certaines similitudes entre le Québec et deux provinces de l'Ouest, la Saskatchewan et plus particulièrement le Manitoba, dans l'organisation de leur système de santé. Le Québec et le Manitoba sont deux provinces de richesse comparable (en ce qui a trait au PIB per capita); elles consacrent une proportion assez proche de leur richesse collective à la santé (respectivement 9,1 et 9,6 %) mettant l'accent sur les services en institutions et la responsabilité financière de l'État, respectivement 79 % et 78 % du financement total.

Graphique 3
Les dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1984
Comparaisons interprovinciales



Source: *Les dépenses nationales de santé au Canada*, 1975–1985. Santé et Bien-être social Canada. Données non publiées.

Les données relatives au PIB proviennent des séries corrigées en 1987 par Statistique Canada et disponibles dans CANSIM.

Le Québec semble avoir particulièrement bien réussi à maîtriser ses dépenses de santé, puisque c'est dans cette province que le rythme de croissance des dépenses s'est le mieux ajusté à celui de la richesse collective. Ainsi, entre 1975 et 1985, période pour laquelle les données

disponibles permettent la comparaison, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé était au Québec de 11,6 % contre 10,2 % pour son PIB. Pour cette même période, les chiffres sont respectivement de 12,3 % et 10,5 % en Ontario, et de 12,5 % et 10,7 % pour l'ensemble du Canada.

La part des dépenses totales dans le PIB n'est cependant pas le seul critère pertinent pour comparer les provinces entre elles. Un autre critère fréquemment utilisé est celui des dépenses per capita. Or, on constate qu'en 1985 ces dépenses ont été au Québec légèrement inférieures à celles de l'Ontario et à la moyenne canadienne; l'Alberta se situe en tête, suivie de près par la Colombie-Britannique (graphique 4). Au cours des 25 dernières années, on a pu observer un resserrement significatif des différences entre les provinces, surtout à partir du début des années 70. La position relative du Québec a évolué de façon particulière: elle s'est légèrement améliorée au moment de la mise en place de ses régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, puisqu'entre 1970 et 1975, le Québec se retrouvait au cinquième rang des provinces (tableau 15). Mais en 1985, il retournait à son niveau du début des années 60, soit au sixième rang. C'est en fait au Québec que, entre 1975 et 1985, la croissance des dépenses totales de santé per capita est la plus faible de toutes les provinces, exception faite de l'Île-du-Prince-Édouard.

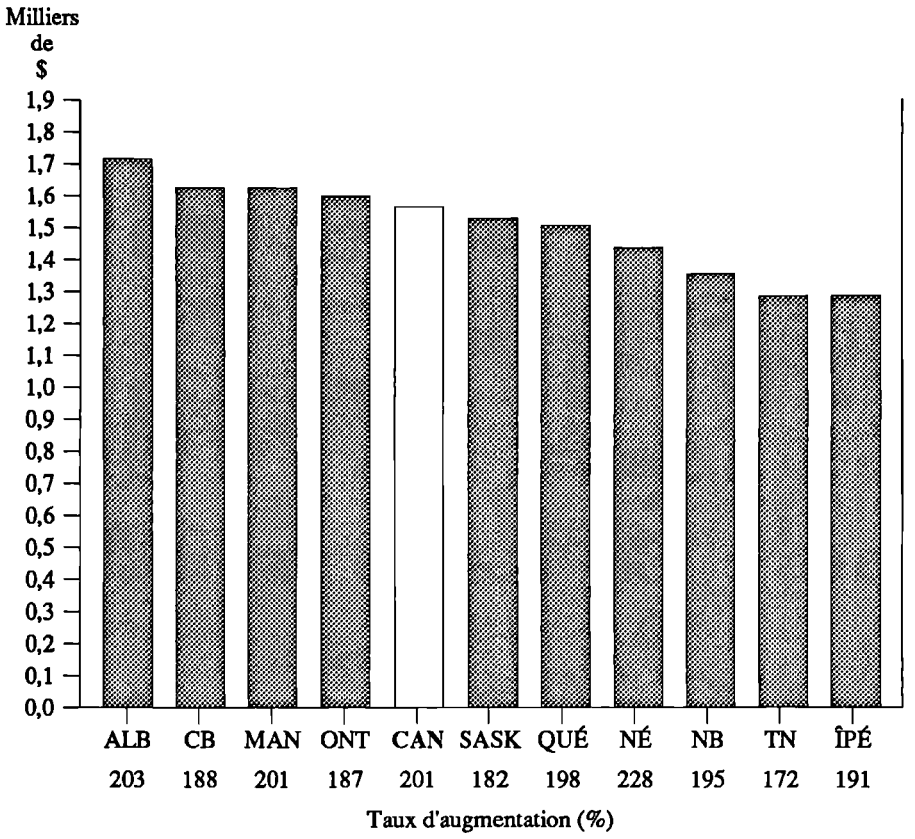
Tableau 15
Évolution des dépenses de santé per capita
Indices de la position relative des différentes provinces
(Base 100: dépenses canadiennes per capita)

	Qué.	Alb.	C.-B.	Man.	Ont.	Sask.	N.-E.	N.-B.	T.-N.	I.-P.-E.	Canada
1960	85,2	105,5	114,4	104,8	112,3	107,2	83,6	88,5	57,4	80,7	100
1965	93,9	106,4	99,5	100,7	110,1	97,2	89,4	82,2	63,6	74,9	100
1970	96,8	103,7	98,8	102,3	109,9	86,4	84,9	78,1	63,5	80,4	100
1975	98,6	105,4	104,4	99,7	103,7	93,8	89,1	76,6	80,7	87,2	100
1980	98,6	106,3	115,9	102,4	98,5	94,1	84,0	84,1	84,5	99,5	100
1985(a)	95,6	109,8	103,4	103,0	102,2	97,2	91,3	86,4	81,8	81,6	100

(a) Données provisoires

Source: Barer, M. et Evans, R.G., *Riding North on a South-Bound Horse: Expenditures, Prices, Utilization and Incomes in the Canadian Health Care System, Health Policy Conference on the Canadian Health Care System*, Banff, août 1984;
et
Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé du Canada*, 1975-1985; données non publiées.

Graphique 4
Évolution des dépenses de santé per capita
Canada et Provinces (1985)
Taux d'augmentation entre 1975 et 1985



Source: Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada*, 1975-1985. Données non publiées.

Si l'on s'intéresse maintenant aux différentes composantes des dépenses, les 874 dollars per capita consacrés par le Québec en 1985 aux dépenses institutionnelles (services hospitaliers de court et long terme, services d'hébergement, services d'ambulance) le plaçaient au troisième rang de toutes les provinces, après l'Alberta et le Manitoba (tableau 16).

Tableau 16
Principales composantes des dépenses dans les différentes provinces, 1985
En $ per capita

Provinces	Dépenses Totales	Dépenses personnelles de santé					Autres dépenses
		Services institutionnels	Services professionnels		Médicaments et appareils	Total	
			Médecins	Total			
Québec	1 500	874	204	278	162	1 314	185
Ontario	1 602	804	288	417	216	1 436	166
Manitoba	1 616	877	193	293	195	1 365	251
Saskatchewan	1 523	851	182	273	192	1 317	206
Alberta	1 721	880	250	355	183	1 417	304
Colombie-Britannique	1 621	788	306	469	203	1 460	161
Terre-Neuve	1 282	762	141	177	174	1 113	169
Nouvelle-Écosse	1 431	781	203	280	235	1 297	134
Île-du-Prince-Édouard	1 279	705	153	217	217	1 138	141
Nouveau-Brunswick	1 354	783	170	223	187	1 193	161
Canada	1 568	831	246	353	194	1 378	190

Note: Le total n'est pas toujours égal à la somme des parties, à cause des arrondis.

Source: Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé du Canada*, 1975-1985. Données non publiées.

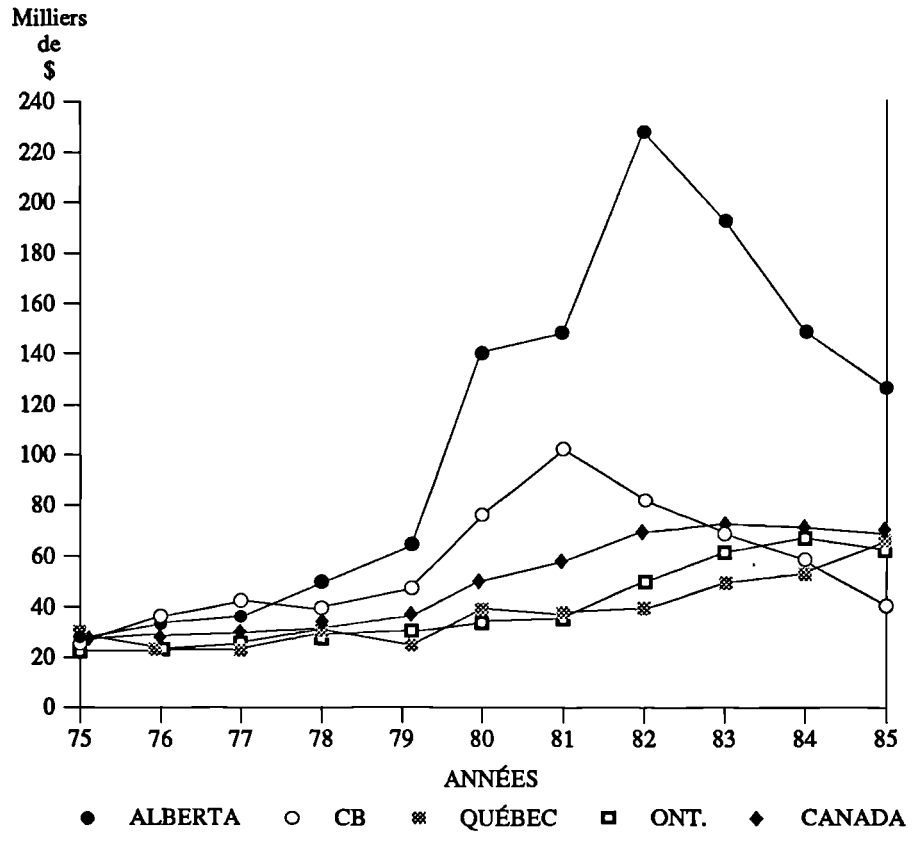
C'est à l'Île-du-Prince-Édouard que les dépenses institutionnelles per capita sont les plus faibles. À l'inverse, la Colombie-Britannique est bonne première pour ce qui est des dépenses de services professionnels, avec 469 dollars dont 306 dollars pour les seuls services médicaux, la moyenne nationale étant de 353 dollars. Le Québec n'occupe que le sixième rang pour ce type de dépenses. Notons également que c'est au Québec que les dépenses de médicaments et d'appareils per capita sont les plus faibles de toutes les provinces: 162 dollars contre une moyenne nationale de 194 dollars, et un maximum de 235 dollars en Nouvelle-Écosse.

En somme, même s'il atteint le troisième rang pour les dépenses institutionnelles per capita, le Québec n'est qu'au dixième rang pour les dépenses de médicaments et d'appareils, et au sixième rang pour les dépenses de services professionnels ainsi que pour l'ensemble des dépenses per capita.

Nous terminerons ces comparaisons interprovinciales par les dépenses en capital. En 1985, leur montant (construction, réparation, équipement

médical) dans le secteur québécois de la santé s'élevait à 432,5 millions de dollars, soit environ 66 dollars per capita. Le pourcentage des dépenses totales de santé ainsi affecté est passé de 5,3 % en 1975, à 4,4 % dix ans plus tard. Les dépenses en capital per capita ont été inférieures au Québec à la moyenne canadienne, tout au long de la période 1975-1985, et inférieures à celles de l'Ontario à partir de 1981. Depuis 1985, elles ont rattrapé la moyenne canadienne (graphique 5).

Graphique 5
Évolution des dépenses en capital per capita de 1975 à 1985 dans différentes provinces canadiennes



Source: Santé et Bien-être social Canada, Division de l'information sur la santé.

La composition des dépenses en capital peut affecter les coûts d'exploitation. Au Canada, les données disponibles pour la période 1960-1985 montrent que les dépenses en capital consacrées aux nouvelles constructions déclinent régulièrement jusqu'en 1977 et se stabilisent par la suite aux alentours de 55 %. D'autre part, la proportion des dépenses consacrées à l'entretien et aux réparations est restée constante (de 9 à 11 %) tout au long de la période. Enfin, la proportion des dépenses consacrées à l'achat d'équipement s'est accrue jusqu'en 1977, et est restée stable par la suite (aux alentours de 35 %)[227].

Étant donné l'importance de la construction hospitalière au cours des années 50 et 60 et le cycle moyen de vie de ces installations (25-30 ans), ces dépenses devraient connaître normalement une croissance importante au cours des prochaines années. Ceci est particulièrement vrai au Québec, où l'on a maintes fois souligné les problèmes de vétusté et de sécurité et la faiblesse des investissements affectés au maintien des installations.

1.2.4 Comparaisons internationales

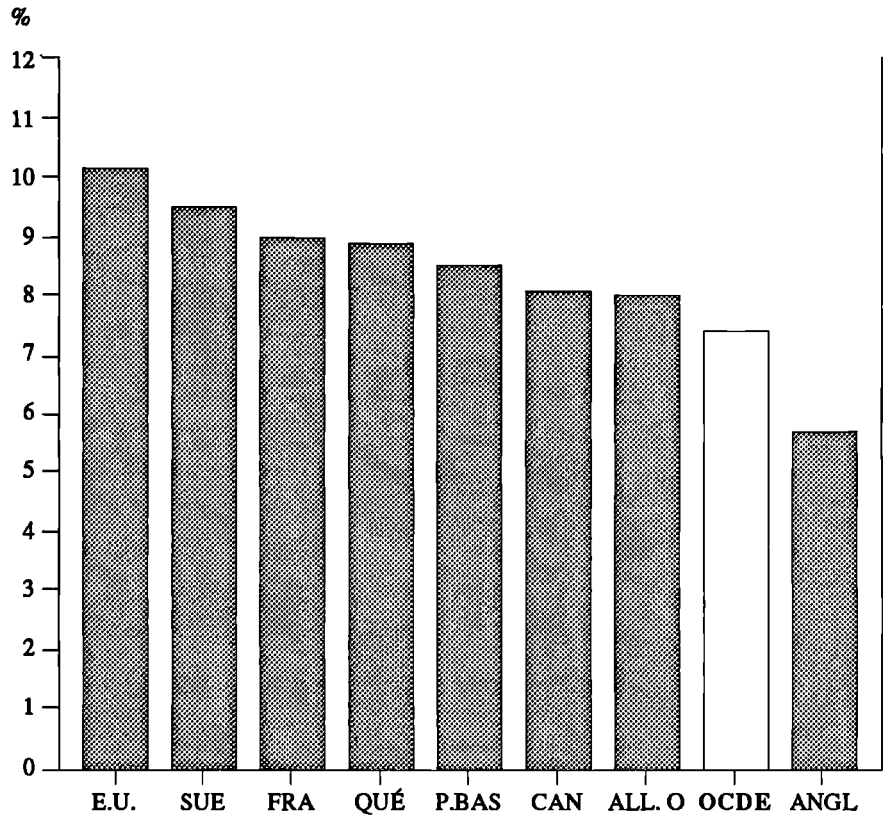
Au niveau international, une comparaison en dollars US des dépenses de santé par habitant, en 1984, montre que le Québec vient au quatrième rang (1 209), derrière les États-Unis (1 637), la Suède (1 445) et le Canada (1 275). Ce qui frappe, à l'étude des données récemment publiées par l'OCDE, c'est le grand écart entre les niveaux de dépenses per capita (de 1 à 6 entre le Portugal et les États-Unis), ainsi qu'entre les pourcentages du PIB consacrés aux dépenses de santé (4,6 % en Grèce et 10,7 % aux États-Unis, en 1984).

Même dans les pays industrialisés dont la situation est comparable (Allemagne de l'Ouest, Angleterre, Canada, États-Unis, France, Suède), les écarts restent très importants. Ainsi en 1984, seuls les États-Unis consacraient plus de 10 % de leur PIB à la santé, alors qu'en Angleterre ce pourcentage n'était que de 5,9 %. Le Québec se situe donc, au début des années 80, parmi les pays qui consacrent un fort pourcentage de leur richesse collective aux services de santé (graphique 6).

1.2.5 Conclusion

La fin des années 70 constitue une période charnière dans l'évolution des dépenses de santé du Québec et de la plupart des provinces canadiennes qui, à ce moment-là, ont réussi à absorber les coûts de mise en place d'un système universel et gratuit d'assurance-maladie, grâce à un financement public important et à une conjoncture économique assez favorable.

Graphique 6
Les dépenses totales de santé en % du PIB au Québec et dans différents pays de l'OCDE en 1984
Moyenne des années 1980–1984



Source: OCDE, *La santé: Financement et prestations.* Analyse comparée des pays de l'OCDE. Études de politique sociale n° 4. Paris, 1987.

À partir de 1977, les données changent quelque peu. D'abord en 1977, le gouvernement fédéral modifie sa formule de financement: les provinces n'obtiennent plus le remboursement de la moitié de leurs dépenses de soins médicaux et hospitaliers, mais doivent s'ajuster à une contribution fédérale qui évolue au rythme du PIB canadien, et aux contraintes que

représente l'évolution de leur propre capacité de financement. Ensuite, elles subiront avec plus ou moins d'intensité le deuxième choc pétrolier et la récession du début des années 80.

Pour toutes ces raisons, l'expérience québécoise se démarque alors plus nettement de celle des autres provinces. En moyenne, de 1977 à 1985, les dépenses québécoises de santé s'accroissent moins vite que partout ailleurs au Canada, que ce soit au total ou per capita. C'est particulièrement frappant à partir de 1980: les restrictions budgétaires ont modifié de façon sensible le rythme d'accroissement des dépenses, comparativement à celui des autres provinces, y compris l'Ontario. Ces contraintes ont ralenti la croissance des dépenses publiques de santé, sans affecter les dépenses privées qui, au contraire, se sont accrues plus rapidement qu'ailleurs, comme nous le verrons plus loin. Ce revirement s'explique en grande partie par la vulnérabilité particulière du PIB québécois à la récession économique. Aucune autre province n'a vu sa croissance économique ralentir autant que celle du Québec en 1982 et 1983. En fait, dans certaines provinces de l'Ouest, et particulièrement en Alberta, la hausse du prix du pétrole a eu des conséquences favorables sur la croissance économique et a permis des investissements publics massifs dans le secteur de la santé: on peut d'ailleurs constater une forte hausse des dépenses d'immobilisation dans cette province.

L'importance des dépenses de santé au regard du produit intérieur brut est généralement supérieure à la moyenne canadienne et ceci, sur toute la période étudiée, bien que l'écart ait eu récemment tendance à s'amenuiser. Cette situation est le résultat d'un choix fait jusqu'ici par la population du Québec, mais elle est également la conséquence du fait que le système de résolution des problèmes est souvent plus coûteux qu'ailleurs, étant donné le recours plus fréquent aux services en institution.

La part des dépenses de santé dans le PIB est un indicateur souvent utilisé dans les comparaisons internationales. Il présente l'avantage d'être indépendant des valeurs d'échange de chacune des monnaies et de leurs nombreuses fluctuations. Il est cependant sensible non seulement à l'évolution des dépenses de santé, qui sont au numérateur, mais également à l'évolution du PIB, qui est au dénominateur. Ce rappel incite à une certaine prudence dans la comparaison des « efforts » consacrés par différents pays au secteur de la santé, surtout dans une conjoncture difficile et étant donné les répercussions inégales selon les pays. Les tendances moyennes sont souvent plus significatives, si tant est que les services offerts sont vraiment comparables. Le Québec se situe en effet parmi les

pays de l'OCDE qui consacrent un pourcentage important de leur PIB aux dépenses de santé. Mais l'ensemble des services inclus dans les comparaisons pour le Québec est probablement plus vaste, puisqu'il comprend, à la différence des autres pays de l'OCDE, outre les services de santé habituellement assurés, l'ensemble des services sociaux d'hébergement et de réadaptation en institution.

Les données disponibles ne permettant pas une étude comparative similaire pour les dépenses de services sociaux, nous passons maintenant directement à l'examen des dépenses publiques de santé et de services sociaux.

1.3 Les dépenses publiques de services de santé et de services sociaux

1.3.1 La mission sociale

Les dépenses du gouvernement du Québec se répartissent en quatre missions: la mission économique, regroupant les domaines des ressources naturelles, des industries primaires et secondaires, des services, des ressources humaines et des transports; la mission éducative et culturelle, avec les domaines de l'éducation, de la culture et du loisir; la mission gouvernementale et administrative, les domaines en étant les institutions politiques, la gestion administrative centrale, les relations intergouvernementales et la protection de la personne et de la propriété; et enfin la mission sociale qui comprend la sécurité du revenu, la santé et l'adaptation sociale et l'habitation.

Depuis 1975, le gouvernement québécois consacre environ 40 % de ses dépenses à la mission sociale, contre 12 % pour la mission économique, 30 % pour la mission éducative et culturelle, et 18 % pour la mission gouvernementale et administrative. Ces parts sont restées relativement stables au cours des ans, bien que l'on constate une légère diminution des dépenses pour la mission éducative et culturelle depuis le début des années 80.

Les dépenses des différents domaines de la mission sociale se sont accrues à des rythmes différents de 1977-1978 à 1987-1988. Par exemple, les dépenses de santé et d'adaptation sociale ont augmenté au même rythme que l'ensemble des dépenses publiques (9,9 % par an), mais moins rapidement que celles de la sécurité du revenu (11,2 % par an) (tableau 17). Leur part relative dans la mission sociale a donc légèrement diminué, passant de 77 % à 74 % en dix ans. L'importance accrue des dépenses de sécurité du revenu s'explique par l'effet de la récession du début des années 80 sur le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale.

Tableau 17
Évolution des dépenses de santé et d'adaptation sociale de 1977-1978 à 1987-1988

Nature des dépenses / Années	1977-1978[1]		1987-1988[2]		Taux de croissance annuels moyens
	millions $	%	millions $	%	%
Prévention et amélioration de la santé	161,2	4,6	463,8	5,2	11,1
Recouvrement de la santé	2 465,4	70,4	6 232,6	69,5	9,7
Réadaptation sociale	794,7	22,7	1 951,0	21,7	9,4
Administration et services	80,4	2,3	324,3	3,6	15,0
Total santé et adaptation sociale	3 501,7	100,0	8 971,8	100,0	9,9
Sécurité du revenu	974,7		2 810,9		11,2
Habitation	66,9		365,0		18,5
Total mission sociale	4 543,3		12 147,7		10,3
Total dépenses publiques	**11 785,4**		**30 325,0**		**9,9**

Notes: 1. Dépenses budgétaires. La structure budgétaire est identique pour les deux années.
2. Crédits.

Source: Crédits publics du Québec 1987-1988 et Service des études opérationnelles du MSSS.

1.3.2 Les dépenses de santé et d'adaptation sociale

Pour l'année financière 1987-1988, les crédits affectés à ce domaine s'élevent à 8 972 millions de dollars. C'est le domaine qui s'approche le plus du champ d'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux. On y retrouve 4 grands secteurs.

Le premier, celui de la prévention et de l'amélioration de la santé, représente 5,2 % de ces crédits et recouvre les dépenses liées aux centres locaux de services communautaires, au soutien des organismes bénévoles et à la protection du milieu.

Le second, et le plus important, est celui du recouvrement de la santé, avec 69,5 % des crédits du domaine. Il comprend les services des centres hospitaliers de courte durée, incluant les centres hospitaliers psychiatriques, ainsi que l'assurance-maladie.

Le troisième, celui de la réadaptation, accapare 21,7 % des crédits dévolus à la santé et à l'adaptation sociale. Il comprend les services des centres de services sociaux, des centres d'accueil d'hébergement, des centres hospitaliers de soins de longue durée, des centres d'accueil de réadaptation, de l'Office des personnes handicapées du Québec et les montants consacrés aux relations avec les citoyens.

Enfin, le dernier secteur, touchant l'administration et les services, représente 3,6 % des crédits du domaine. Il englobe la coordination de la recherche, la coordination régionale et nationale (dont les crédits d'Urgence-Santé à Montréal), la direction et la gestion des programmes sociaux et de santé et l'Office des services de garde à l'enfance.

Entre 1977-1978 et 1987-1988, les dépenses de réadaptation sociale sont passées de 22,7 % à 21,7 % du total des dépenses de santé et d'adaptation sociale. On ne peut expliquer cette évolution par le transfert de certains services des CSS aux CLSC, puisque la structure budgétaire est identique pour ces deux années financières. L'importance des dépenses de recouvrement de la santé accusent également une diminution légère au sein du domaine de la santé et de l'adaptation sociale: 69,5 % au lieu de 70,4 %. Les dépenses budgétaires liées aux services en centres hospitaliers se sont en effet accrues un peu moins rapidement que la moyenne. Cette différence est cependant peu significative.

Les données disponibles ne permettent malheureusement pas de distinguer clairement les dépenses publiques du domaine de la santé de celles du domaine des services sociaux proprement dit. Il faudrait pour cela détailler les dépenses des établissements et organismes par type d'activité, selon des critères précis, ce qui est relativement facile pour les centres hospitaliers de soins de courte durée, la RAMQ, les CSS ou les CAR, mais l'est beaucoup moins pour les autres organismes. Tous les services de nature communautaire, ou ceux qui s'adressent aux personnes ayant besoin d'une prise en charge prolongée (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées, malades psychiatriques) sont difficilement attribuables à un secteur plutôt qu'à un autre.

On a pourtant cherché à préciser ce que recouvrent les dépenses de services sociaux au Québec pour l'année 1987-1988. Ainsi, les dépenses publiques se chiffreraient à 2,4 milliards de dollars, ce qui est sensiblement supérieur au montant des dépenses de réadaptation sociale (1,95 milliard de dollars). Les résultats détaillés de cette estimation sont présentés à la section 2.2.2

1.3.3 Les composantes de l'évolution des dépenses

Les deux sections précédentes ont présenté les faits saillants de l'évolution des dépenses totales de santé, ainsi que des crédits publics de santé et d'adaptation sociale. Si ces données permettent dans l'ensemble de conclure au succès relatif du Québec dans la maîtrise de ces dépenses, le caractère trop global des indices utilisés limite la portée des comparaisons dans le temps et dans l'espace. L'analyse des principales composantes de l'évolution des dépenses sociales et de santé devrait permettre de nuancer le jugement porté sur l'expérience québécoise et d'en mieux saisir les perspectives.

Dans tout secteur de production, les coûts totaux sont égaux à la quantité des biens ou de services produits, multipliée par leur coût moyen de production. Il en est ainsi des dépenses publiques dont l'évolution est également décomposable en un effet de quantité et un effet de prix.

L'effet de quantité correspond à une variation de la quantité des services produits. Il est le résultat de facteurs tels que l'évolution démographique et les changements dans la gamme et l'étendue des services offerts, ainsi que de variations dans le niveau de consommation de ces services par la population. L'effet de prix reflète pour sa part les fluctuations du prix des facteurs de production. Il évolue en fonction de l'inflation qui prévaut dans l'ensemble de l'économie mais aussi, et plus directement, en fonction de changements des coûts de production propres à chaque secteur d'activité. À la limite, la hausse des dépenses pourra être uniquement le résultat d'un effet de prix, ou d'un effet de quantité.

Pour la période comprise entre 1977-1978 et 1985-1986, la décomposition des dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale en effet de prix et en effet de quantité nous permet de constater les faits suivants (tableau 18):

- Près de 90 % de la hausse des dépenses correspondent uniquement à un effet de prix. Alors que les dépenses nominales se sont accrues de 10,6 % par an en moyenne, les dépenses réelles se sont accrues de 1,3 %. En tenant compte de l'évolution démographique, l'accroissement réel per capita a été que de 0,6 % par an en moyenne.
- Le taux d'accroissement des dépenses réelles per capita, qui renseigne sur la quantité réelle de services dispensés per capita, varie selon les secteurs. Il est relativement élevé pour les services de l'Office des personnes handicapées du Québec, créé en 1978, ainsi que pour ceux correspondant au soutien des organismes bénévoles, avec des moyen-

Tableau 18

Les principales composantes de l'évolution des dépenses budgétaires de santé et d'adaptation sociale de 1977-1978 à 1985-1986, selon le secteur
En taux de croissance annuels moyens

Composantes Secteurs	Dépenses nominales (a)	IPC (b)	Dépenses corrigées de l'inflation (c)	Prix relatif (d)	Dépenses réelles (e)	Facteurs démographiques (f)	Dépenses réelles per capita (g)
Prévention et amélioration							
Services en CLSC	11,9	8,26	3,4	0,9	2,5	0,7	1,8
Soutien des organismes bénévoles	19,9	8,26	10,7	0,9	9,7	0,7	8,9
Total du secteur	12,3	8,26	3,7	0,9	2,8	0,7	2,1
Recouvrement de la santé							
Services en centres hospitaliers psychiatriques et de soins de courte durée	9,9	8,26	1,5	1,0	0,5	0,7	−0,2
RAMQ	10,9	8,26	2,4	−1,2	3,6	0,7	2,9
Total du secteur	10,2	8,26	1,8	0,9	0,9	0,7	0,2
Réadaptation sociale							
Services des centres de services sociaux	9,6	8,26	1,2	0,9	0,3	0,7	−0,4
Services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée	10,6	8,26	2,1	0,9	1,2	0,7	0,5
Services des centres de réadaptation	10,6	8,26	2,2	0,9	1,3	0,7	0,6
Office des personnes handicapées du Québec	34,0	8,26	23,8	0,9	22,7	0,7	21,8
Total du secteur	10,7	8,26	2,3	0,9	1,4	0,7	0,7
Total des dépenses de santé et d'adaptation sociale	**10,6**	**8,26**	**2,2**	**0,9**	**1,3**	**0,7**	**0,6**

Notes: (a) Il s'agit du taux de croissance des dépenses budgétaires de santé et d'adaptation sociale, selon la structure budgétaire par programme de 1986-1987. Ces dépenses incluent notamment les déficits consolidés des établissements, l'année où ils ont été observés.
(b) Taux de croissance de l'indice général des prix à la consommation pour le Québec.
(c) Taux de croissance des dépenses nominales corrigé de l'indice général des prix à la consommation.
(d) Taux de croissance du rapport entre l'indice des prix des programmes de services de santé et de services sociaux, et l'indice général des prix à la consommation.
(e) Taux de croissance des dépenses nominales, corrigé de l'indice des prix des programmes de santé et de services sociaux.
(f) Taux de croissance de la population.
(g) Taux de croissance des dépenses réelles corrigé de celui de la population.

Source: Calculs de la Commission d'après les données de la Direction de l'évaluation. MSSS.

nes annuelles respectives de 21,8 % et 8,9 %. Il est supérieur à la moyenne pour les services en CLSC et les programmes administrés par la RAMQ, avec respectivement 1,8 % et 2,9 %. Il est égal à la moyenne pour les autres secteurs, à l'exception des services dispensés par les centres hospitaliers de soins de courte durée ou par les CSS. Pour ces deux types de services, les dépenses réelles per capita ont diminué au rythme respectif de 0,2 % et 0,4 % par an en moyenne.

La baisse des dépenses réelles per capita dans les CSS ne peut être attribuée au transfert de certains services de nature communautaire vers les CLSC, intervenu depuis 1984. La structure budgétaire des années pour lesquelles les données sont présentées ici est constante.

Ainsi, l'accroissement des dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale entre 1977-1978 et 1985-1986 s'explique essentiellement par des effets de prix. La quantité de services dispensés ne s'est en effet accrue annuellement que de 1,3 % en moyenne, ce qui correspond à une croissance per capita de 0,6 % par an.

1.3.4 Deux études de cas: services médicaux et services hospitaliers

La dynamique des coûts de certains types de services est mieux documentée que d'autres, et a même permis des comparaisons interprovinciales. C'est le cas notamment des services médicaux et des services hospitaliers. Les données disponibles couvrent malheureusement des périodes très variables.

Nous étudierons d'abord l'évolution des dépenses de services médicaux per capita selon les changements intervenus dans les services rendus per capita (effet de quantité) et les tarifs des actes (effet de prix). On constate, à l'analyse, que l'accroissement relativement semblable des dépenses par habitant dans les différentes provinces procède pourtant de causes fort différentes (tableau 19). L'effet de prix explique environ 62 % de l'accroissement des dépenses canadiennes per capita, entre 1971 et 1983. Ce pourcentage est de 67 % pour la Colombie-Britannique contre seulement 38 % pour le Québec.

Au Québec, la faiblesse relative de l'effet de prix a été en partie compensée par la force relative de l'effet de quantité. L'évolution de la quantité de services utilisés explique en effet 60 % de l'augmentation des dépenses per capita, contre 34 % seulement en Ontario et au Canada, entre 1971 et 1983.

Tableau 19
Répartition de la hausse des dépenses de services médicaux per capita, entre 1970 et 1983, selon ses différentes composantes. Comparaisons Québec, Ontario, Colombie-Britannique, Canada En taux de croissance annuels moyens

Composantes	Québec	Ontario	Colombie-Britannique	Canada
Dépenses per capita	9,41 (100)	10,61 (100)	13,03 (100)	10,80 (100)
– Évolution des tarifs (effet de prix)	3,60 (38)	6,89 (65)	8,74 (67)	6,71 (62)
– Évolution de la quantité de services utilisés per capita (effet de quantité)	5,65 (60)	3,60 (34)	3,02 (23)	3,65 (34)
dont: Évolution des effectifs de médecins per capita	2,25 (24)	2,03 (19)	1,93 (15)	2,13 (20)
Évolution de la quantité de services dispensés par médecin	3,26 (35)	1,56 (15)	1,09 (8)	1,50 (14)

Les chiffres entre parenthèses indiquent la part relative (en %) de chacune des composantes dans le taux de croissance des dépenses per capita.

Source: Calculs de la Commission d'après Barer et Evans (1984).

M. Barer et R.G. Evans, « *Riding North on a South-Bound Horse: Expenditures, Prices. Utilization and Incomes* » dans *The Canadian Health Care System*, Health Policy Conference on the Canadian Health Care System, Banff, août 1984.

Les différences constatées entre les provinces dans l'évolution de la quantité de services per capita correspondent, pour une large part, à des différences dans l'évolution de la quantité de services dispensés par médecin. Cette composante de l'effet de quantité explique en effet 35 % de l'évolution des dépenses per capita au Québec, contre 14 % au Canada et 8 % seulement en Colombie-Britannique.

Ainsi, les taux très faibles d'accroissement du tarif des actes ont été compensés au Québec par une augmentation importante du nombre d'actes posés. L'évolution du nombre de médecins par habitant pour l'ensemble

du Canada expliquerait environ 20 % de l'accroissement moyen des dépenses de services médicaux per capita entre 1970 et 1983. Ce pourcentage est de 24 % au Québec.

Du côté des services hospitaliers, l'augmentation des dépenses est presque exclusivement due à l'accroissement du coût moyen par admission. En effet, l'utilisation de services hospitaliers per capita, qui s'était accrue jusqu'en 1973, a diminué depuis lors dans toutes les provinces, suivant en cela la baisse de la capacité hospitalière par rapport au nombre d'habitants. Au Québec, pour l'ensemble du secteur hospitalier, le taux d'admission a diminué en moyenne de 1,23 % par an de 1975 à 1984 (tableaux 20 et 21).

Il semble qu'au cours des vingt dernières années, l'évolution de la pyramide des âges, soit le vieillissement de la population canadienne, n'ait eu qu'un effet minime sur les taux d'hospitalisation, car la majorité des patients hospitalisés provenaient de tranches d'âge plus jeunes. L'augmentation du nombre de patients âgés a en fait compensé la baisse des taux d'hospitalisation des jeunes femmes, liée à la forte dénatalité au pays[228]. D'après les données évolutives récentes disponibles pour le Québec, le taux d'hospitalisation de court terme, mesuré en journées d'hospitalisation, est resté stable de 1980-1981 à 1984-1985, mais la baisse importante des

Tableau 20
Facteurs ayant contribué à la croissance des dépenses de fonctionnement pour les patients hospitalisés, Canada, 1961-1980

		(en %)
Facteurs économiques généraux		8,0
• Croissance de la population	1,5	
• Inflation	6,0	
• Autres facteurs	0,5	
Facteurs propres aux hôpitaux		6,5
• Admissions per capita	0,2	
• Prix relatifs du secteur hospitalier	3,3	
• Intensité de services par patient		
– quantité de services par patient	0,9	
– quantité de ressources par service	2,3	
• Autres facteurs	−0,2	
Croissance totale		**14,5**

Source: L. Auer, *Canadian Hospital Costs and Productivity*, A Study prepared for the Economic Council of Canada, 1987.

Tableau 21
Facteurs ayant contribué à la croissance des dépenses de fonctionnement dans l'ensemble du secteur hospitalier, Québec, 1975-1984

		(en %)
Facteurs économiques généraux	8,95	
• Croissance de la population	0,70	
• Inflation	8,25	
Facteurs spécifiques aux hôpitaux		3,15
• Admissions per capita	−1,23	
• Prix relatifs du secteur hospitalier	0,98	
• Intensité de services	3,40	
Autres facteurs		0,31
Croissance totale		**12,41**

Source: F. Camirand et L. Caron, *La dynamique des dépenses sociales au Québec de 1960 à 1984*, Service de l'évaluation – recouvrement de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

taux d'hospitalisation des jeunes et des femmes en âge d'accoucher a été compensée par un accroissement de plus de 20 % de ce même taux chez les personnes de 65 ans et plus[229]. Il est cependant loin d'être sûr qu'il s'agit uniquement de soins de courte durée pour ces personnes.

Enfin, bien que les périodes de référence diffèrent sensiblement, il peut être intéressant de comparer l'évolution de certains paramètres entre le Canada et le Québec.

Au Canada, l'augmentation du coût moyen par admission, qui est de 12,6 % par an, pour la période 1961 à 1980, résulte d'une inflation générale des prix de 6 %, d'une croissance relative des salaires et des prix plus élevée de 3,3 % dans le secteur hospitalier et d'un accroissement de la quantité de services par patient admis (l'intensité en services) de 3,2 % par an (tableau 20).

Au Québec, le coût moyen par admission pour l'ensemble du secteur hospitalier, qui s'est accru de 12,5 % en moyenne entre 1975 et 1984, résulterait d'une inflation générale des prix de 8,25 %, d'une croissance relative des salaires et des prix plus élevée de 0,98 % dans le secteur hospitalier et d'un accroissement de l'intensité en services (par patient admis) de 3,40 % (tableau 21).

1.4 Les faits saillants

Les données de la section précédente révèlent la nature des mesures de contrôle des coûts adoptées par le gouvernement québécois depuis près de 20 ans. Elles permettent surtout d'en cerner certains effets dont nous rappellerons brièvement les éléments principaux.

Tout d'abord, il n'y a pas eu de remise en question officielle de l'accessibilité universelle aux services ni de la gratuité des services médicalement requis. La couverture des programmes de santé a généralement augmenté ou est restée stable, à l'exception toutefois des programmes dentaires pour les enfants. Dans le domaine des services sociaux, des mesures législatives sont venues préciser et renforcer, dans les années 70, la nature des services accessibles et dispensés par l'État pour certaines catégories de clientèles: *Loi de la protection de la jeunesse* (1977), *Loi sur les personnes handicapées* (1978).

Le contrôle des coûts des services médicaux, a surtout porté sur les revenus des médecins et s'est concrétisé par des augmentations de tarifs nettement plus faibles que dans les autres provinces canadiennes ou par un contrôle direct du volume de l'activité médicale. Les contrôles ont peu porté sur les effectifs médicaux. Mais les craintes de pénurie d'avant 1970 ont peu à peu cédé la place à une prise de conscience de la pression expansionniste exercée sur l'ensemble du système par un nombre toujours plus grand de médecins par habitant et de la difficulté de faire porter tout le poids du contrôle sur les rémunérations. Dès 1976, des mesures de contingentement des postes de résidents étaient imposées aux facultés de médecine québécoises, et la réduction du nombre total d'admissions entrait en vigueur en 1983.

Dans le secteur des services hospitaliers de court et de long terme, les mesures de contrôle ont plutôt porté sur la croissance de la capacité hospitalière. Les pressions budgétaires ont imposé une réduction tant du nombre de lits que des ressources humaines employées. De plus, en 1982, des contrôles sévères ont aussi porté sur la rémunération des employés. Pour un établissement financé en principe par budget global et sans aucun pouvoir sur les niveaux de rémunération, la seule marge de manoeuvre envisageable était de réduire le nombre de lits, de places et de postes.

Ces politiques contrastantes dans les secteurs médicaux et hospitaliers ont eu comme conséquence implicite une baisse du nombre de lits par médecin et donc, inévitablement, une baisse de la part relative, dans l'activité médicale, des services aux malades hospitalisés. Cette tendance

représente une limite indirecte au pouvoir d'achat du médecin. Il n'est donc pas étonnant que certains médecins et en particulier les chirurgiens perçoivent le secteur hospitalier comme sous-financé. Cette baisse de la capacité hospitalière (nombre de lits) n'a été que très partiellement compensée par l'augmentation de l'intensité journalière de services.

Dans le secteur des services sociaux, les pressions budgétaires ont surtout touché les centres de services sociaux, particulièrement en 1981. Quels qu'en soient les motifs, elles ont entraîné une diminution des ressources humaines, au moment même où l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* produisait une invasion massive d'une nouvelle clientèle nombreuse et vulnérable, et requérait l'intégration de nouveaux modes de pratique de la part des intervenants.

On peut affirmer que le Québec a relativement bien réussi, au cours de ces années, à maintenir les acquis et même à accroître dans une certaine mesure la gamme des services rendus. Cependant, les politiques appliquées ont aussi eu des conséquences moins positives qui tiennent, d'une part, à la difficulté croissante de contrôler et de gérer un système qui tend à croître et, d'autre part, aux effets que l'ensemble de ces mesures ont pu avoir sur la santé et le bien-être de la population.

Il semble qu'après la mise en place d'un régime public universel et gratuit d'assurance-santé, les différents gouvernements se sont davantage préoccupés de contrôler l'évolution globale des dépenses que de « gérer » le système dans un souci d'efficience et d'efficacité. À titre d'exemple, les Canadiens dépensent plus de 30 milliards de dollars chaque année pour améliorer leur état de santé mais ne font aucun effort systématique pour mesurer les résultats de cet investissement[230]. Pendant ce temps, de nombreux facteurs de croissance agissent sur le système, et en particulier sur le système de santé.

Pour ce qui est de la demande par exemple, on cite l'effet du vieillissement démographique sur l'accroissement des coûts des services sociaux et des services de santé. Il est vrai que le nombre de personnes âgées a augmenté rapidement au Québec, en nombre absolu comme en importance relative, sous l'effet conjugué de la baisse de la natalité et de l'amélioration spectaculaire de l'espérance de vie. Dans un contexte de rationnement des ressources, cette évolution a exercé une pression importante sur le système, en particulier dans le secteur des soins prolongés et de l'hébergement. Cependant, outre le fait que les coûts ne touchent généralement qu'une faible partie de la population âgée, de nombreuses études

montrent que les modalités organisationnelles d'un système, et en particulier la couverture et l'accessibilité des services, ou la pratique médicale, ont pu aggraver la pression exercée par cette demande[231]. Le Québec en est un exemple frappant. Le mode de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est beaucoup plus coûteux au Québec que dans beaucoup d'autres provinces ou pays. Selon une étude réalisée au Manitoba, l'augmentation plus ou moins importante du taux d'hospitalisation des personnes âgées, causée par une modification de la pratique médicale, affecte plus fortement les coûts que ne le ferait le seul accroissement du nombre de personnes âgées[232].

Pour ce qui est de l'offre, on a souligné les répercussions de la croissance du nombre de médecins par habitant, tant sur les coûts des services médicaux dont elle constitue un facteur essentiel d'augmentation, que sur l'ensemble du système et en particulier sur le secteur hospitalier. Ce phénomène s'explique en grande partie par le critère de couverture des services de santé (100 % de ce qui est médicalement requis), le statut des médecins dans le système et le mode de rémunération.

Enfin, le progrès technologique ne fait qu'accentuer l'ensemble de ces pressions. Par le passé, les nouvelles technologies médicales, telles que les antibiotiques ou la vaccination anti-polyo, ont permis d'améliorer la productivité des soins de santé en réduisant la prévalence des maladies infectieuses, la durée des séjours hospitaliers et les coûts par patient. On peut dire qu'il s'agissait de technologies décisives, reposant sur une réelle compréhension des processus pathologiques en cause. Cependant, certains traitements nouveaux et souvent coûteux ne représentent pas des avantages aussi évidents. À titre d'exemple, citons les transplantations d'organes, les pontages coronariens ou les prothèses de la hanche. Les coûts engendrés par ces technologies ont crû en fonction directe de leur degré de réussite, c'est-à-dire de leur capacité à prolonger la vie ou à en améliorer la qualité[233]; ils sont d'autant plus élevés que les technologies nécessitent beaucoup de soins intensifs (salles de réanimation post-opératoires, unités coronariennes, unités de soins intensifs pour nouveaux-nés). Ces nouveaux services nécessitent en outre plus d'espace, de matériel, d'examens, de tests en laboratoires et de soins infirmiers.

Les soins de santé constituent peut-être l'unique secteur de l'économie où les innovations technologiques entraînent souvent une augmentation du coût moyen d'un traitement ou d'un service. Quelques exceptions toutefois: c'est le cas des innovations technologiques décisives, telles que la vaccination ou les antibiotiques, ou de celles qui sont amenées par

l'informatisation, par exemple les examens de laboratoire. En fait, une innovation technique dans le domaine de la santé peut réellement provoquer des gains de productivité mais qui, le plus souvent, ne se répercutent pas sur les prix. Cela peut se produire de plusieurs façons. Premièrement, l'entreprise qui met au point la technique nouvelle peut bénéficier d'une position de monopole. De plus, d'autres acteurs vont tirer leur rémunération des gains de productivité, par exemple les ingénieurs et les techniciens biomédicaux. Quant aux producteurs de soins, les médecins entre autres, ils peuvent agir pour maintenir leur niveau de rémunération, malgré la baisse du coût unitaire d'un acte donné. En outre, les tarifs des actes sont souvent en retard d'une ou de plusieurs techniques et maintiennent éventuellement des prix trop élevés.

Au Canada en général et au Québec en particulier, la structure des tarifs des actes médicaux influe sur l'effet de la technologie. Elle permet aux provinces canadiennes de limiter l'accès des praticiens à de nouvelles technologies en pratique privée. Les effets de l'acquisition de nouvelles technologies sont concentrés dans le secteur hospitalier et constituent une incitation supplémentaire à l'expansion de ce dernier.

Face à la nature et à la force de ces pressions, les mesures de contrôle des coûts adoptées au Québec depuis 15 ans étonnent à la fois par leur efficacité toute relative et leur cohérence limitée. Leur perennité semble également compromise. La difficulté croissante de contrôler l'expansion du système met en doute l'efficacité d'une politique de maîtrise des dépenses dont le seul critère de réussite serait le taux de croissance des dépenses globales. Cette politique s'est traduite en fait par une contrainte financière, imposée du haut vers le bas et engendrant une gestion par confrontation. La gravité de ces confrontations s'est accrue lorsque la capacité de financement de l'État, affectée par le ralentissement de la croissance économique, est venue contrecarrer les attentes de l'ensemble des acteurs du système (clients et producteurs). Les symptômes de ces difficultés sont nombreux: déficits, engorgement des urgences souvent attribué à une gestion inefficace des lits, insatisfaction croissante des médecins dont les revenus s'accroissent moins rapidement que ceux de leurs homologues des autres provinces, dégradation des conditions et des climats de travail.

Dans la perspective d'un aggravation toujours possible des contraintes financières, d'une croissance continue, bien que ralentie, du nombre de médecins per capita, d'un développement technologique rapide et d'une population vieillissante, il faudra trouver un moyen de favoriser une action concertée de tous les intervenants.

Qui peut dire si les bénéfices obtenus par la maîtrise des dépenses du système sont supérieurs, équivalents ou inférieurs aux coûts qui en ont résulté pour certaines catégories de personnes? La réponse est difficile à formuler. On ne connaît pas grand chose de la relation entre le niveau de financement dans un secteur donné, la nature et la quantité de services dispensés, et l'état de santé et de bien-être de la population concernée. Il est donc difficile d'évaluer la performance du système à cet égard, surtout en l'absence d'objectifs relativement précis de santé et de bien-être, et de moyens pour évaluer dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints. On peut se référer à des objectifs intermédiaires qui ont trait par exemple, au degré de satisfaction des besoins ou à la qualité des soins dispensés.

On invoque souvent l'idée de rationnement. Cette notion est ambiguë, car le rationnement est inévitable lorsque les besoins sont illimités mais que les ressources ne le sont pas. Dans un système de marché, le rationnement se fait par les prix. Dans un secteur financé par l'État, le rationnement s'opère par la quantité de ressources disponibles et les listes d'attente. Il semble que notre système ait le mode de rationnement le plus équitable que l'on puisse envisager. Toutefois, peut-on affirmer que l'équilibre nécessaire entre les contraintes exercées sur les ressources et les objectifs poursuivis se soient maintenues de façon satisfaisante au cours des 15 dernières années?

Il ne semble pas, en tout cas, qu'il ait été gravement compromis pour les services de santé. Au contraire, l'universalité du régime a permis aux familles et aux personnes à faibles revenus d'accéder plus facilement aux soins. Des programmes supplémentaires (médicaments, soins dentaires, prothèses) ont été créés pour certaines catégories de la population. Le nombre de médecins, de polycliniques privées et de CLSC a augmenté et les services de première ligne sont largement accessibles partout au Québec.

Le secteur des services sociaux présente des indices plus alarmants: l'attente prolongée des enfants qui ont besoin de protection, des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un hébergement adéquat ou des services à domicile suffisants, des femmes battues en quête d'un refuge et des patients désinstitutionnalisés qui ont besoin d'être pris en charge dans leur milieu de vie. Autant d'indices qui tendent à démontrer que l'accessibilité raisonnable aux services a été plus facilement préservée dans le secteur de la santé que dans le secteur social.

Si l'on assimile la qualité des soins à leur caractère global et continu, il ne semble pas non plus que les performances du système aient été

particulièrement notables à cet égard. Les pressions budgétaires sont venues le plus souvent renforcer les effets pervers d'un financement sectoriel en opposant les différentes organisations productrices de services plutôt qu'en encourageant leur complémentarité.

Enfin on peut également évaluer l'incidence de la gestion du système sur la population par la capacité de ce dernier à répondre à l'évolution de la réalité sociale et sanitaire et à ses besoins les plus pressants. Cette réalité a été longuement décrite dans les premiers chapitres du présent rapport. En dépit d'efforts réels pour mettre le système à la disposition des populations les plus vulnérables, les pratiques budgétaires dans le secteur des services de santé et des services sociaux prouvent qu'on est encore loin d'une gestion par objectifs et d'un processus d'allocation des ressources qui y corresponde. Ce sont les modalités de financement du système qui sont en cause. Nous les examinerons plus en détail dans la troisième section de ce chapitre.

2. Les sources de financement

2.1 L'origine des fonds consacrés aux services de santé

2.1.1 La situation au Québec

Le gouvernement est une source importante de financement des dépenses de santé. En 1985, ces dépenses publiques couvraient 79 % des dépenses totales de santé des Québécois. Donc, les particuliers assumaient les 21 % restants, soit directement lors de l'utilisation du service, soit indirectement par le biais d'une assurance complémentaire privée (tableau 22).

La part du financement public varie de façon considérable selon les services. Les programmes publics couvrent par exemple 90 % du coût des services institutionnels et 96 % des coûts des services médicaux. Selon la loi en effet, les services médicaux et les soins hospitaliers sont pour la plupart universels et gratuits: les consommateurs ne doivent rien débourser au moment de leur utilisation. Pour d'autres services, par contre, les programmes publics offrent une couverture plus limitée. Les programmes de services dentaires, par exemple, sont limités à certains services pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale, ce qui explique la faible part (31,5 %) de financement public pour ces services. Même constatation pour d'autres types de services et pour les programmes de médicaments qui sont réservés aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

La part du financement privé des dépenses en capital atteint 44 % du total. Une partie importante de ce financement privé correspond cependant

Tableau 22
Part du financement public des dépenses de santé selon le type de dépenses, Québec, 1985

Type de dépenses	En millions de $	Financement public, en % du total
– Dépenses personnelles de santé	8 482,0	79,6
• services institutionnels[a]	5 581,8	89,4
• services professionnels	1 830,4	79,3
médecins	1 343,6	96,0
dentistes	388,0	31,5
autres[b]	98,8	40,4
• médicaments et appareils[c]	1 069,8	26,1
– Autres dépenses de santé[d]	1 218,9	74,0
• dépenses en capital	432,5	56,0
– Dépenses totales de santé	**9 700,9**	**78,9**

Notes: a) hospitaliers, hébergement, soins à domicile, ambulances;
b) incluant chiropraticiens, optométristes, pôdiatres, ostéopathes, infirmières privées et physiothérapeutes;
c) médicaments prescrits ou non, lunettes, aides auditives, autres appareils et prothèses;
d) incluant dépenses en capital, administration, recherche, santé publique.

Source: Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada*, 1975-1985. Données non publiées.

aux emprunts à court terme effectués par les établissements auprès des institutions privées afin de financer des projets d'immobilisation. Il s'agit en réalité d'un financement public indirect puisque ces emprunts sont ensuite consolidés par le gouvernement, convertis en emprunts à long terme via l'émission d'obligations, puis remboursés par celui-ci. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette mécanique ultérieurement.

L'ampleur de l'effort privé de financement dans le domaine de la santé est cependant sous-estimé dans ce tableau. En effet, on n'y trouve pas les services offerts à titre gratuit par la famille, le voisinage, ou la communauté. À titre indicatif de l'ampleur de ces ressources, on estimait à 50 000 le nombre de bénévoles dans le secteur de la santé en 1979-1980[234]. En réalité, cette évaluation du financement privé n'inclut qu'une partie des services offerts moyennant paiement par des professionnels en pratique privée dont les services ne sont pas couverts par l'assurance-maladie et qui appartiennent ou non à des corporations reconnues (en particulier tout le secteur des médecines douces).

2.1.2 Un financement public variant dans le temps et dans l'espace

Au Québec, la part du financement public des dépenses de santé est passée de 25 % en 1960 à un maximum de 83 % en 1977, à la suite de la mise en place des régimes publics d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Depuis 1977, les dépenses publiques de santé se sont accrues à un rythme légèrement inférieur à celui des dépenses totales, sauf pendant l'année 1982. Le pourcentage des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales est ainsi passé de 83 % en 1977 à 79 % en 1985.

Le degré de prise en charge publique des dépenses de santé varie sensiblement d'une province à l'autre. En 1985, il était plus élevé au Québec qu'en Ontario (69,5 % du total) et supérieur à la moyenne canadienne (75,6 % du total). Cependant le système ontarien reçoit un financement privé nettement plus important que les autres provinces canadiennes. C'est en Alberta et en Saskatchewan que la part du financement privé est la plus faible: l'importance du financement public a d'ailleurs augmenté dans ces deux provinces entre 1977 et 1985, passant de 78 % à 85 % des dépenses totales en Alberta, et de 74 % à 81 % en Saskatchewan (tableau 23). Le Québec est l'une des seules provinces où les dépenses privées de santé se sont accrues plus rapidement que les dépenses publiques au cours de cette période. Sa situation actuelle est comparable à celle du Manitoba et des provinces maritimes.

Sur le plan international, la moyenne québécoise est très proche de celle des pays de l'OCDE, qui est de 78 %, la Suède, l'Irlande, l'Angleterre,

Tableau 23
Évolution de la prise en charge publique des dépenses de santé, 1977-1985
Comparaison entre le Québec et certaines provinces canadiennes, en % des dépenses totales de santé

	Alberta	Québec	Ontario	Canada	Manitoba	Saskatchewan
1977	78,3	83,2	73,3	76,8	78,9	74,3
1980	77,5	80,3	68,9	74,4	77,1	77,7
1981	79,1	79,7	70,4	75,4	76,6	78,7
1982	77,9	80,6	70,0	75,7	78,3	80,3
1983	82,7	80,3	69,5	75,9	78,9	80,8
1984	82,8	79,9	69,6	75,6	78,7	80,2
1985	84,6	78,9	69,5	75,6	78,0	80,8

Source: A.-P. Contandriopoulos, A. Lemay et G. Tessier, *Les coûts et le financement du système de santé et de services sociaux*, chapitre II, 1987, et Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, MSSS.

et la Nouvelle Zélande ayant des taux supérieurs ou égaux à 90 % et les États-Unis, des taux inférieurs à 50 %.

2.1.3 Les sources privées dans le système public de santé

Une partie de l'effort privé de financement vient alimenter directement le fonctionnement du réseau public de santé. Il s'agit, d'une part, de la contribution financière exigée de l'usager lors de l'utilisation de certains services publics et d'autre part, du financement des immobilisations par le biais de fondations.

Donc, dans le premier cas, le Québec a conçu des politiques de contribution pour certains services connexes à la consommation de soins médicaux et hospitaliers. La contribution financière demandée aux adultes hébergés dans des institutions publiques ou aux parents des personnes placées en familles d'accueil en est un exemple. Il en va de même des tarifs exigés pour les chambres privées ou semi-privées dans les hôpitaux.

La politique de contribution pour les adultes hébergés existe depuis 1975: elle s'adresse aux personnes hébergées dans les unités de soins prolongés des centres hospitaliers ou en centre d'accueil. La contribution, plafonnée, est établie en fonction de leurs revenus et de leurs biens, et ne porte que sur les coûts d'hébergement.

Les sommes récupérées à ce titre se sont accrues à un rythme considérable depuis 1975, soit 19,5 % annuellement. Ceci s'explique par l'effet combiné de la hausse du revenu des personnes hébergées, du nombre croissant d'usagers soumis à la contribution et de l'augmentation du prix des chambres. Ces tendances devraient se maintenir. En 1985, ces contributions s'élevaient à 246,5 millions de dollars et devrait atteindre 300 millions de dollars pour l'année 1987-1988[235].

Quant aux revenus des chambres privées et semi-privées, perçus par les établissements hospitaliers, ils ont été assujettis à différentes approches budgétaires au cours des années. De 1976 à 1981, ils sont conservés par les établissements et constituent la principale source de financement pour les projets d'immobilisation inférieurs à 1 million de dollars. De 1981 à 1985, une grande partie de ces revenus a été déduite des budgets de fonctionnement. Cette approche coïncidait avec une majoration de 50 % des tarifs des chambres et se substituait aux compressions budgétaires récurrentes qui, autrement, auraient été appliquées. Les revenus ainsi perçus n'ont cependant pas évolué proportionnellement aux tarifs. Ce phénomène reflète probablement une certaine influence des prix sur la

demande de chambres privées. Il traduit peut-être davantage le fait que les hôpitaux étaient désormais moins disposés à percevoir des revenus dont une bonne partie ne pouvait plus, de toute façon, servir à financer leurs besoins en immobilisations. Au total, les sommes perçues passeront de 26,4 millions de dollars en 1976-1977 à 76,2 millions en 1985-1986. En dollars constants, ces revenus seront restés pratiquement stables. Depuis 1985-1986, les budgets des établissements sont réduits d'un montant équivalent aux revenus provenant de suppléments de chambres et les dépenses d'immobilisation sont toutes financées par emprunts.

Les revenus privés mentionnés précédemment diffèrent des revenus tirés des activités commerciales des établissements (cantine et casse-croûte, location d'immeubles, de téléviseurs, magasin de variétés, stationnement, salon de coiffure), ces derniers étant entièrement laissés aux établissements et pouvant alimenter leur marge de manoeuvre, sous réserve cependant de certaines contraintes quant à leur utilisation.

Enfin, en ce qui concerne le financement des immobilisations, les statistiques officielles révèlent que pour toute la période de 1975 à 1985, les fonds privés ont financé en moyenne 41 % des dépenses en capital dans le secteur de la santé, ce qui serait légèrement supérieur à la moyenne canadienne qui est de 37 %. En général, les fonds privés ne financent que les coûts d'investissement en capital. Les coûts d'exploitation qui découlent de ces investissements sont financés par les subventions gouvernementales accordées aux établissements pour les dépenses de fonctionnement.

Encore une fois, il faut interpréter ces pourcentages avec une certaine prudence. Seule une partie de ces fonds privés correspond à des dons philantropiques, versés aux établissements par l'entremise de leurs fondations qui sont des corporations sans but lucratif, souvent mises en place pour encourager la recherche. L'autre partie est constituée d'emprunts auprès d'institutions financières, dont le capital et les intérêts sont remboursés à l'aide de subventions gouvernementales. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'un financement privé. Les données disponibles ne permettent malheureusement pas de distinguer ces deux formes de financement l'une de l'autre.

2.2 L'origine des fonds consacrés aux services sociaux

2.2.1 Un financement total difficile à quantifier

De façon générale, le financement des services sociaux est mixte, c'est-à-dire de source publique et de source privée. Le dossier du financement des services sociaux pose un problème particulier puisqu'il est excessivement

difficile d'évaluer la part réelle des sources privées de financement et des services offerts à titre gratuit par les femmes, les familles, les bénévoles et les organismes communautaires. Par exemple, selon un sondage de Statistique Canada, le nombre de bénévoles dans le secteur des services sociaux au Québec était de 148 000 en 1979-1980, contre 50 000 dans le secteur de la santé, tel que mentionné auparavant[236]. On estime qu'une personne bénévole consacre en moyenne trois heures par semaine au bénévolat ou environ 140 heures par année. Les bénévoles donneraient ainsi, dans le domaine social, plus de 20 millions d'heures dans une année, soit l'équivalent de 12 000 personnes par année sur une base de 35 heures par semaine.

Ce financement indirect étant difficile à quantifier, il nous est impossible d'établir avec précision l'équivalent monétaire du soutien privé aux services sociaux qui tiendrait compte de toutes ses formes. On ne connaît donc pas l'importance de l'effort global consenti par l'ensemble de la société pour le financement des services sociaux. On peut cependant avoir une idée de l'importance du financement direct des services sociaux. Par financement direct, il faut entendre les crédits votés ou consacrés à une fin particulière et le financement privé affecté précisément à cette fin.

2.2.2 Les sources privées et publiques de financement direct des services sociaux

Le tableau 24 présente l'ensemble des dépenses de services sociaux et l'origine de leur financement. Certaines des données du tableau sont approximatives, parce que la structure des crédits ne distingue pas nécessairement les crédits affectés aux seuls services sociaux et que plusieurs catégories d'établissements ont des fonctions multiples. Dans ce dernier cas, le financement des services de santé et des services sociaux n'est pas toujours clairement différencié.

Ainsi ce tableau montre qu'en 1987-1988, le financement direct total consenti par la population du Québec aux services sociaux s'établit à 2,8 milliards de dollars, soit environ 427 dollars per capita. Les crédits consacrés par le gouvernement du Québec (financement public) à ces services se chiffrent à 2,4 milliards de dollars, soit 86 % du total alors que le financement privé correspond à 392,6 millions de dollars ou 14 %.

Les services d'hébergement et de réadaptation en centres d'accueil, dont les dépenses dépassent 2 milliards de dollars par année, représentent la principale composante des dépenses de services sociaux, soit 72 %. Les autres dépenses, celles des services sociaux dans la communauté, ne représentent que 21,9 %, soit 615 millions de dollars. Les services de

Tableau 24
Financement direct public et privé des services sociaux au Québec, selon le type de dépenses[1] (1987-1988)

Type de dépense	Crédits du gouvernement québécois		Financement privé		Total
CSS	291 081,5	79,6	74 409,9	20,4	365 491,4
CLSC[2]	(e) 189 221,0	98,7	2 521,0	1,3	(e) 191 742,0
CAR[3]	(e) 757 195,9	97,6	18 500,0	2,4	(e) 775 695,9
CAH[4]	(e) 982 688,6	79,0	(e) 261 072,6	21,0	(e) 1 243 761,2
SOB[5]	(e) 22 155,3	38,1	36 061,3	61,9	(e) 58 216,6
OSGE	89 491,0	8,1	–	–	89 491,0
OPHQ	47 547,7	100,0	–	–	47 547,7
MSSS (Services sociaux)	26 251,1	100,0	–	–	26 251,1
CRSSS (Services sociaux)	12 313,4	100,0	–	–	12 313,4
Total	(e) **2 417 945,5**	**85,0**	(e) **392 564,8**	**14,0**	(e) **2 810 510,3**

(e) Estimation.

Notes: 1. Le financement indirect est exclu de ce tableau.
2. On a évalué les crédits des services sociaux en CLSC en attribuant 43 % des crédits des CLSC aux services sociaux et 57 % à la santé. Ces proportions représentent la répartition du personnel affecté respectivement aux services sociaux et à la santé. La même proportion a été appliquée au financement privé.
3. Aux crédits CAR (625,4 millions de dollars) nous avons ajouté 131,7 millions de dollars, à partir d'une analyse effectuée par le service de données financières et opérationnelles du MSSS. Cette analyse a relevé dans les états financiers des établissements à fonctions multiples les dépenses réelles attribuables à la fonction CAR. Les crédits étant attribués par catégorie d'établissement, il faut effectuer cette correction pour estimer plus justement les crédits réellement affectés à cette fonction. L'évaluation des revenus provenant de la contribution des bénéficiaires a été obtenue de la même façon.
4. Aux crédits CAH (476,5 millions de dollars) nous avons ajouté: 395,2 millions de dollars pour la fonction CAH en CHSCD et en CH psychiatriques et 110,9 millions de dollars pour la fonction CAH en CHSLD. Ceci pour tenir compte de la même réalité que celle décrite à la note 3. L'évaluation des revenus de la contribution des bénéficiaires a été obtenue de la même façon.
5. Selon une évaluation du MSSS, le soutien du tissu social (services sociaux) accapare au moins de 70 % de l'ensemble des crédits du programme SOB. Nous avons appliqué cette proportion à l'enveloppe globale pour estimer les crédits SOB aux services sociaux. Le financement privé correspond aux demandes de subvention soumises par les organismes bénévoles moins les subventions accordées.

Source: *Livre des crédits du gouvernement du Québec*, 1987-1988.
Informations fournies par la Direction des ententes fédérales provinciales, la Direction du programme de soutien aux organismes bénévoles, le Service des études financières et opérationnelles du MSSS; l'Office des services de garde à l'enfance (OSGE) et l'Office des personnes handicapées du Québec ont également fourni des données.

garde et les services aux personnes handicapées n'absorbent pour leur part que 3,2 % et 1,7 % du financement direct total.

La proportion du financement privé diffère beaucoup d'un programme à l'autre: 20,4 % pour les services dispensés par les centres de services sociaux, 21 % pour les services des centres d'accueil d'hébergement, et 61,9 % pour ceux dispensés par les organismes bénévoles. Rappelons que ces chiffres sont loin de rendre compte de la réalité et de l'ampleur du soutien privé aux services sociaux sous toutes ses formes. Les dépenses privées indirectes sont sûrement très substantielles dans le cas des services de garde, des services à domicile, ou des services aux personnes handicapées. À titre d'illustration, on estimait à 1,5 milliard de dollars en 1984, le coût total des services de garde au Québec[237].

2.2.3 Le financement des services dans la communauté et des services du type institutionnel

Une analyse plus détaillée du tableau 24 permet les observations suivantes. Le financement public des services sociaux hors institution, c'est-à-dire directement dans la communauté, et qui correspondent globalement aux services sociaux des CSS, CLSC et organismes bénévoles, s'établit en 1987-1988 à un peu plus de 500 millions de dollars ou environ 21 % des dépenses publiques de services sociaux. Le financement privé réduit la facture de l'État d'environ 113 millions de dollars, soit 23 % des dépenses publiques pour ces services.

En ce qui concerne les services sociaux du type institutionnel, globalement ceux des centres d'accueil de réadaptation (CAR) et des centres d'accueil d'hébergement (CAH), les dépenses publiques s'établissent à 1,7 milliard de dollars, soit 72 % des dépenses publiques de services sociaux. Ces services sont plus coûteux en raison de l'importance de la main-d'oeuvre professionnelle requise et des coûts d'infrastructure. Le financement privé des services de ce type correspond à 16 % des dépenses publiques ou environ 280 millions de dollars.

L'écart entre le financement public des services sociaux du type institutionnel et celui des services du type non institutionnel, les services de garde étant exclus, s'établit à 1,2 milliard de dollars. On peut se demander si un tel écart n'est pas trop grand. Si l'investissement dans les services préventifs et le soutien communautaire est trop faible, on peut s'attendre à ce que les dépenses en milieu institutionnel croissent à un rythme plus accéléré, ce qui, sur le plan financier et sur le plan social, risque d'être très coûteux. Les données du tableau 18 relatives aux

différentes composantes des dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale, montrent que les dépenses réelles ont augmenté en moyenne de 0,6 % par année dans les CAR alors qu'elles ont diminué de 0,4 % dans les CSS au cours des dix dernières années. Dans le contexte d'une politique officielle du Ministère qui favorise la désinstitutionnalisation, il est surprenant de constater que l'investissement dans les ressources non institutionnelles n'augmente pas plus rapidement.

2.3 Les caractéristiques des sources publiques

2.3.1 Une approche fiscale

En 1985, l'ensemble du financement public des dépenses québécoises de services de santé et de services sociaux provient des gouvernements fédéral et provincial. Les municipalités ne financent pas ce secteur au Québec; dans les autres provinces, leur rôle est plus important et même en légère progression.

Le financement s'opère à même les revenus fiscaux des deux paliers de gouvernement. Le financement fédéral s'effectue par le biais de transferts qui viennent alimenter les revenus généraux du Québec. La fraction de ces revenus affectée au secteur des services de la santé et des services sociaux résulte d'un choix entre les différentes missions gouvernementales. Ainsi, fiscalisation des recettes et décision centrale caractérisent les modalités de financement du secteur des services de la santé et des services sociaux au Québec. L'évolution des dépenses dans ce secteur, comme dans l'ensemble des secteurs de l'activité gouvernementale, est donc forcément affectée par les préoccupations financières des deux paliers de gouvernement. Néanmoins, l'équilibre financier n'est pas la seule dimension en cause; il faut également tenir compte des besoins à satisfaire et de la façon de les satisfaire. Rien ne garantit cependant que le processus de décision tient bien compte de ces trois dimensions.

Cette logique de financement n'a pas toujours été suivie intégralement au Québec. Jusqu'en 1978, les dépenses d'assurance-maladie ont fait l'objet d'un financement direct qui provenait essentiellement des contributions des employeurs, des primes versées par les particuliers et d'une contribution fédérale précise. L'ensemble de ces sommes était versé directement au Fonds de l'assurance-maladie et ne pouvait servir qu'à cette fin. Depuis, toutes les sources de financement transitent par le Fonds consolidé de la Province. Le Fonds des services de santé qui a remplacé le Fonds de l'assurance-maladie en 1981 ne sert plus maintenant que de compte-relai.

À l'opposé de cette logique de financement, qui caractérise également la Grande-Bretagne, la Suède ou l'Italie, se situent les États-Unis où prédomine une formule d'assurance privée avec ses conséquences: ajustement des recettes aux dépenses, sélection défavorable aux personnes qui n'ont pas les moyens de payer des primes d'assurance élevées ni « la chance » d'être couvertes par un programme public.

Entre ces deux extrêmes se situent une multiplicité de formules selon lesquelles le financement public, majoritaire, prend la forme d'un régime d'assurance sociale, financé par les cotisations que versent la main-d'oeuvre active et les employeurs, et par les recettes fiscales qui ne constituent qu'une source de financement d'appoint.

Tel est par exemple le cas du régime français d'assurance-maladie, financé par des caisses de sécurité sociale. Cette formule de financement n'est pas sans soulever un certain nombre de problèmes. D'abord, les recettes plafonnent, alors que les dépenses s'accroissent plus vite que le PIB et ceci, parce que les mécanismes traditionnels de redistribution entre la main-d'oeuvre active et les inactifs seraient de moins en moins efficaces, en raison du chômage et du vieillissement de la population. Le déficit de la sécurité sociale est constamment à l'ordre du jour. D'autre part, un tel système se révèle particulièrement opaque, et accentue l'emprise des voies administratives sur les décisions les plus importantes en matière de santé. L'opinion publique n'est pas sollicitée sur les grands problèmes de santé et de bien-être.

On s'accorde généralement à reconnaître la formule choisie par le Québec comme la seule façon socialement acceptable d'assurer le compromis difficile entre les besoins de santé et de bien-être de la population, et le caractère forcément limité des ressources disponibles. Cependant, nous verrons plus loin que la centralisation du financement public ne garantit malheureusement pas que les arbitrages sont transparents, ni que les priorités socio-sanitaires sont établies de façon explicite.

2.3.2 L'évolution des sources de financement

Même si toutes ces sources transitent par le Fonds consolidé de la province, certaines d'entre elles sont identifiées au secteur de la santé ou à celui des services sociaux. Citons, par exemple, la contribution fédérale aux services de santé, en vertu de la *Loi sur le financement des programmes établis*, les services complémentaires de santé, la contribution fédérale aux services sociaux dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada et la contribution des employeurs au Fonds des services de santé.

L'évolution des sources de financement (schématisée au tableau 25) nous amène aux conditions qui suivent.

- En 1986-1987, près des deux tiers du budget des services de santé et des services sociaux (64,3 %) étaient financés par des revenus spécifiques soit l'ensemble du financement fédéral (incluant les points d'impôts transférés) ainsi que la contribution des employeurs au Fonds des services de santé. Cette part s'est accrue depuis 1977-1978, époque à laquelle elle ne représentait que 58,4 % du total. La hausse est attribuable en totalité à l'accroissement de la contribution des employeurs (ligne 2.1) qui a doublé entre 1980-1981 et 1981-1982, passant de 1,5 % à 3 % de la masse salariale, tandis que la part des transferts fédéraux diminuait progressivement passant de 25,3 % à 22,3 % du total. La contribution des employeurs au Fonds des services de santé (ligne 2.1) représente aujourd'hui un peu plus du cinquième (22,1 %) du total des dépenses de services de santé et de services sociaux, contre 13 % il y a 10 ans.
- Les revenus budgétaires autonomes du gouvernement québécois, outre ceux qui proviennent du transfert de points d'impôt dans le cadre du financement des programmes établis, ont vu leur part s'accroître légèrement depuis 10 ans, passant de 55 % des dépenses totales en 1977-1978 à environ 58 % aujourd'hui, malgré les restrictions budgétaires du début des années 1980 (lignes 2.1 et 2.3). La contribution des employeurs au Fonds des services de santé représente aujourd'hui près de 40 % de cette source de financement.

La spécificité des sources tient davantage à l'origine des revenus budgétaires du gouvernement québécois, qu'à l'affectation des ressources correspondantes, puisque la totalité de ces ressources passe aujourd'hui par le Fonds consolidé de la province. En particulier, le gouvernement québécois est libre d'utiliser à sa guise les points d'impôts qui lui ont été transférés par le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi sur le financement des programmes établis* de 1977.

2.3.3 La participation fédérale : origine et nature

Aucune disposition constitutionnelle ne confère au gouvernement fédéral une compétence générale dans le domaine des services de santé et des services sociaux. Il n'a pas d'autres prérogatives que celles qui dérivent de son pouvoir de dépenser.

Selon les derniers chiffres disponibles, soit ceux de l'année 1984-1985, le budget du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se

Tableau 25

Évolution des sources de financement des dépenses budgétaires de santé et de services sociaux[a] de 1977-1978 à 1987-1988 (en % du total des dépenses)

Sources \ Années	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87
1. Gouvernement fédéral										
1.1 Financement des programmes établis[b] (Points d'impôt incluant la péréquation afférente)	(20,1)	(19,9)	(19,8)	(20,0)	(19,6)	(20,0)	(19,2)	(19,2)	(19,8)	(19,9)
• Contribution financière	13,6	13,0	12,6	11,5	11,0	12,5	14,2	13,9	13,9	13,7
1.2 Autres contributions spécifiques à la santé[c]	3,8	3,6	3,5	3,5	3,2	3,4	3,5	3,5	3,6	3,6
1.3 Garantie de recettes fiscales (partie santé)[c]	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	–	–	–	–	–
1.4 RAPC – Services sociaux[c]	5,0	5,1	5,1	5,2	5,2	5,5	5,5	4,9	4,6	4,4
1.5 Entente sur les jeunes délinquants[c]	0,4	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
1.6 Loi sur les jeunes contrevenants[c]	–	–	–	–	–	–	–	0,4	0,6	0,7
Total des transferts fédéraux (1.1 à 1.6) (excluant les points d'impôts transférés)	25,3	24,4	23,6	22,5	21,6	21,4	23,2	22,8	22,6	22,3
2. Gouvernement du Québec										
2.1 Contribution des employeurs au Fonds des services de santé[d]	13,0	12,1	11,5	11,6	21,3	21,0	21,2	20,4	20,5	22,1
2.2 Valeur des points d'impôt transférés (F.P.E.)	20,1	19,9	19,8	20,0	19,6	20,0	19,2	19,2	19,8	19,9
2.3 Autres revenus budgétaires[e]	41,6	43,6	45,1	45,9	37,5	37,5	36,4	37,6	37,2	35,8
Total des revenus autonomes (incluant les points d'impôt transférés)	74,7	75,6	76,4	77,5	78,4	78,5	76,8	77,2	77,5	77,8
Total des contributions spécifiques (1.1 à 2.2)	58,4	56,4	54,9	54,1	62,5	62,5	63,6	62,4	62,8	64,2
Total des dépenses: millions de $	**3 502**	**3 989**	**4 529**	**5 180**	**5 979**	**6 358**	**6 797**	**7 404**	**7 821**	**8 294**
%	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**	**(100,0)**

Notes: (a) Il s'agit des dépenses budgétaires de santé qui incluent les déficits consolidés des établissements l'année où ils se produisent, mais excluent la portion des dépenses financée par les revenus autonomes des établissements. Source: Direction de l'évaluation, MSSS.

(b) Source: *Le financement des programmes établis*. Ottawa, ministère des Finances, Division des relations fédérales provinciales (publication trimestrielle).

(c) Source: D. Fugère, *L'évolution du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du gouvernement en matière de santé et de services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1986.

(d) Source: Discours du Budget, 1987-1988, Annexe F, p. 4

(e) Incluant une partie des autres revenus provenant de la fiscalité, une partie de la péréquation et des autres transferts inconditionnels du gouvernement fédéral, et une partie du déficit.

chiffrait à un peu plus de 800 millions de dollars pour des programmes socio-sanitaires directs, c'est-à-dire les services sociaux et les services de santé s'adressant aux autochtones (Indiens et Inuits) et aux populations du Nord canadien et les services de santé fournis aux anciens combattants; certains services médicaux aux immigrants, aux réfugiés et aux résidents temporaires au Canada, la médecine aéronautique civile, les services d'hygiène professionnelle pour les employés du gouvernement fédéral, les services de santé des membres des Forces armées. On peut y ajouter le programme de mesures d'urgence en cas de désastre en temps de paix ou de guerre ainsi que certaines législations visant la protection de la santé publique, et en particulier le contrôle de la qualité des médicaments et des drogues, la salubrité et la qualité des aliments, ou l'utilisation de dispositifs émettant des radiations.

Le budget de ce même ministère pour les programmes de transfert aux provinces dans le domaine socio-sanitaire, totalisait environ 10,1 milliards la même année. Le gouvernement fédéral accorde en effet des subventions conditionnelles aux provinces en vertu d'un système complexe de lois, de règlements et d'ententes intergouvernementales. Les principaux volets de ce système sont aujourd'hui les suivants: La *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur le financement des programmes établis*, le Régime d'assistance publique du Canada, l'Entente sur les jeunes contrevenants, et la *Loi de la réadaptation professionnelle des invalides*.

2.3.4 Le financement fédéral des services de santé

Les modalités

De 1966 à 1977, la contribution fédérale était basée sur un partage à 50 % des frais des services dispensés par un médecin en vertu du régime d'assurance-maladie et sur un partage à 50 % pour les services hospitaliers internes et externes, à l'intérieur du régime d'assurance-hospitalisation. Chaque province recevait un montant d'argent déterminé en partie par la valeur des services utilisés par la population de la province, et en partie par le coût moyen des mêmes services pour l'ensemble du Canada. Les provinces où les services étaient peu coûteux recevaient donc du gouvernement fédéral plus de 50 % de leurs frais et les autres, moins de 50 %.

En 1977, cependant, confronté aux contraintes pesant sur sa capacité de payer, le gouvernement fédéral a dû transformer les programmes à frais partagés en subventions globales et inconditionnelles. Les accords fiscaux de 1977 définissaient en effet la contribution du gouvernement fédéral au financement des programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins

médicaux et d'enseignement post-secondaire non plus à partir des dépenses des provinces, mais comme un financement global à deux composantes:

- Le transfert aux provinces d'une partie du champ d'imposition et les paiements de péréquation s'y rapportant. C'est ainsi que 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 point d'impôt sur le revenu des corporations ont été transférés.
- Les contributions au comptant. En vertu de ces accords, le gouvernement fédéral s'engageait à verser annuellement aux provinces une somme représentant environ 25 % de ce qu'il en coûtait au total en 1975. Cette contribution de base devrait être rajustée chaque année selon l'augmentation du produit national brut (PNB) canadien par habitant. Elle incluait également un paiement d'égalisation pour uniformiser les contributions de base per capita entre les provinces, pendant une période de cinq ans, ainsi que des paiements de rajustement lorsque le rendement des points d'impôt transférés s'avérait inférieur, après péréquation, à la contribution de base calculée pour chaque province (garantie de recettes fiscales). Elle comportait enfin un paiement de 20 $ per capita, rajusté à la progression annuelle du PNB, pour permettre aux provinces de financer certains services complémentaires de santé (services de soins intermédiaires en maison de repos, services de soins en établissements pour adultes, services de santé à domicile, etc.)

L'ensemble de la contribution fédérale devenait ainsi fortement liée à la croissance économique plutôt qu'à l'évolution des coûts des services dispensés. En dépit des contraintes qu'une telle relation pouvait imposer aux provinces, le financement fédéral acquérait une certaine neutralité. Les gouvernements provinciaux pouvaient dorénavant administrer leurs programmes de santé à leur guise, à condition de respecter les principes fondamentaux des programmes établis et les limites imposées par leurs propres capacités de financement.

Les arrangements fiscaux de 1982-1987

En 1982, le gouvernement fédéral abandonnait la compensation pour garantie de recettes fiscales, prévue auparavant pour le financement des programmes établis. Cette coupure de transferts correspondait à 2 % de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers. En 1984, il scindait son transfert global entre la santé et l'enseignement post-secondaire sur la base du taux de partage prévalant en 1975-1976. « Le gouvernement fédéral a ainsi prétendu qu'il finançait plus de 50 % des dépenses provinciales d'enseignement post-secondaire et il en a conclu à la nécessité d'imposer un plafond à la croissance de son transfert à ce titre. En procédant de la

sorte, il dévoilait toutefois un sous-financement fédéral chronique dans le secteur de la santé puisque les dépenses provinciales en la matière croissaient à un rythme plus élevé que sa contribution »[238]. La *Loi canadienne sur la santé* (C-3), votée également en 1984, prévoit dorénavant des pénalités financières pour les provinces qui permettront la surfacturation ou exigeront des frais modérateurs.

Enfin, en 1986, la *Loi modifiant la loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les contributions en matière d'enseignement secondaire et de santé* (C-96), vient supprimer le lien qui existait depuis 1977 entre la croissance économique et la contribution du gouvernement fédéral. Elle réduit en effet de 2 % par an la croissance des paiements de transfert aux provinces pour les programmes établis.

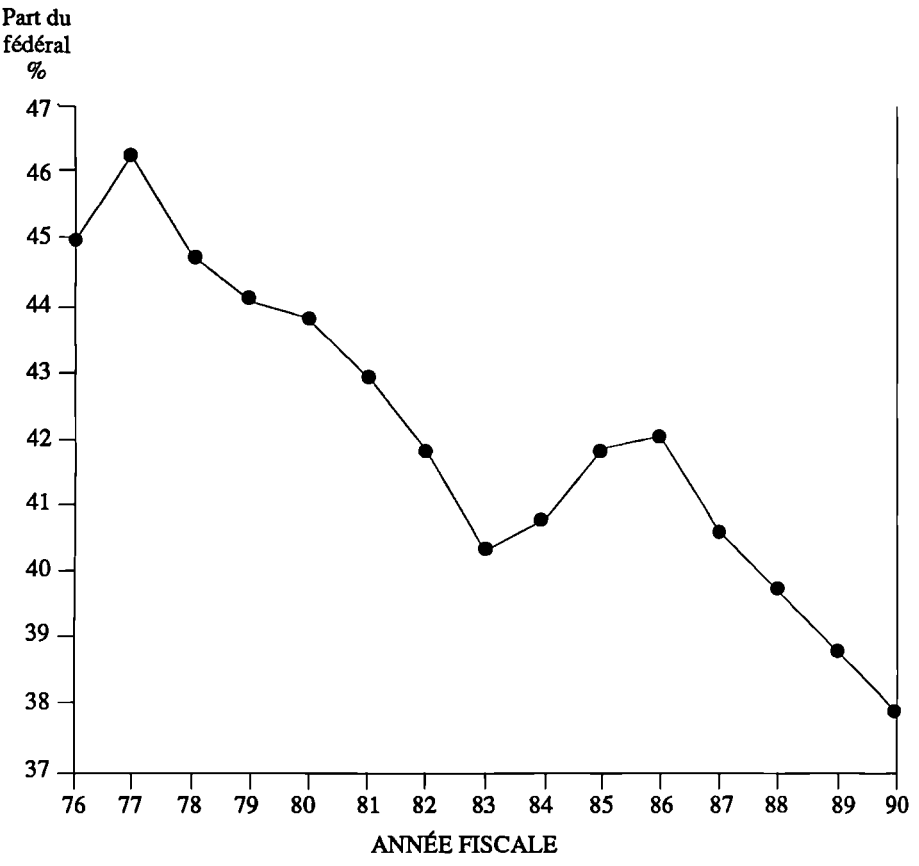
Les experts du ministère des Finances ont évalué que l'ensemble de ces modifications occasionneront entre 1982 et 1992 des pertes de revenu pour le Québec de près de six milliards[239].

Les taux de financement

Dans l'ensemble, sur une période de 10 ans, le taux de financement fédéral relativement aux dépenses provinciales de services de santé et de services sociaux (dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux) tend à diminuer (Graphique 7). Le taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux est ainsi passé de 44,7 % en 1977-1978, à 39,7 % en 1987-1988. Ce taux inclut cependant les points d'impôt transférés aux provinces en vertu des accords fiscaux de 1977. Si l'on ne considère que les seuls transferts aux provinces (contributions en espèces), le taux de financement est passé de 25,3 % à 22,3 % au cours de la même période. La part du financement fédéral s'est accrue cependant entre l'année 1981-1982 et l'année 1985-1986. Ce retournement de tendance s'explique par l'importance des coupures budgétaires qui ont été pratiquées durant cette période. Au cours de ces quatre années, les dépenses publiques de services de santé et de services sociaux ont crû à un rythme inférieur à l'évolution du PNB canadien.

À partir de 1986-1987, l'importance relative du financement fédéral a recommencé à diminuer, en raison de l'accroissement plus rapide des dépenses et de l'application de la *Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les contributions en matière d'enseignement secondaire et de santé* (C-96) qui, dès l'année 1986-1987, prévoyait une baisse de 2 % de la contribution

Graphique 7
Évolution des taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux



Source: T. Duperré, *La perspective fédérale-provinciale, 1987*, p. 34 et D. Fugère, *L'évolution du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du gouvernement en matière de santé et de services sociaux*, MSSS, septembre 1986.

fédérale en espèces, au chapitre du financement des programmes établis. Si les tendances actuelles se poursuivent, la part du financement fédéral n'atteindra plus, en 1990, que 38 % des dépenses totales, ou 18 % si l'on ne considère que la contribution en espèces.

2.3.5 Le financement fédéral des services sociaux

La contribution du gouvernement fédéral au financement des services sociaux peut se réaliser par le biais de trois mécanismes fédéraux de transfert conditionnels. Il s'agit de trois lois du gouvernement fédéral, qualifiées de lois cadres, fixant certaines conditions et normes minimales auxquelles les provinces doivent se conformer si elles veulent bénéficier d'un partage fédéral d'une proportion pré-établie de leurs dépenses. Généralement, les provinces doivent adopter leur propre loi pour établir les paramètres des programmes admissibles au partage fédéral et signer une entente avec le ministère fédéral désigné.

Ces trois mécanismes sont:

- le *Régime d'assistance publique du Canada* (RAPC) 1966-1967, C. 45;
- la *Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides*, SRC, 1970, c. V-7;
- la *Loi fédérale sur les jeunes contrevenants*.

Au moment où ce texte est écrit, les transferts fédéraux destinés au financement des services sociaux sont versés exclusivement en vertu du RAPC, car aucune entente n'a encore été signée pour les deux autres lois. Ces dernières posaient au Québec des difficultés particulières qui en ont retardé ou empêché la signature. En conséquence, les dépenses occasionnées au Québec par les programmes visés ne sont pas pour l'instant partagées avec le gouvernement fédéral.

Les conséquences financières de cette situation sont loin d'être négligeables. Ainsi, dans le secteur des services aux personnes handicapées, on estime que le Québec a dû se priver d'un montant d'environ 100 millions de dollars, qu'aurait pu verser le gouvernement fédéral depuis la création de l'Office des personnes handicapées en 1980. Si l'entente en vertu de la *Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides* se signe rapidement, ce qui paraît probable, elle aurait une application rétroactive à 1986, permettant au Québec de récupérer environ 20 millions de dollars.

Dans le secteur des services aux jeunes contrevenants, près de 100 millions de dollars ont été déduits du RAPC, à la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, le 2 avril 1984. À la signature d'une entente, cependant, les contributions fédérales seraient entièrement rétroactives, ce qui permettrait au Québec de récupérer l'ensemble des sommes en cause.

Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC)

Le RAPC est le principal véhicule de transfert de fonds fédéraux à l'endroit des services sociaux. Il vise à soutenir les services d'assistance et de bien-être pour les personnes en situation de protection et de pauvreté (enfance).

Le tableau 26 présente la contribution fédérale au financement des services sociaux dans le cadre du RAPC, pour l'année 1987-1988. On y observe que la contribution fédérale à ce titre (405,6 millions de dollars) atteint moins de 25 % des crédits publics que le gouvernement du Québec y consacre (23,3 %).

La contribution fédérale en vertu du RAPC varie considérablement d'un secteur à l'autre. D'après nos estimations, cette contribution atteint environ 43 % pour les fonctions d'encadrement (MSSS et CRSSS) et est également substantielle pour les services de garde (34,8 %). Mais elle ne s'élève qu'à 3,5 % et 9,5 %, respectivement, des subventions versées aux organismes bénévoles ou aux centres d'accueil d'hébergement (tableau 26).

Tableau 26
Contribution fédérale au financement des services sociaux dans le cadre du RAPC (1987-1988)

			Frais partageables		Part fédérale	
Type		**Crédits Québec**	**000 $**	**%**	**000 $**	**%**
CSS		291 081,5	152 606,2	52,4	76 303,1	26,2
CLSC	(e)	189 221,0	119 958,8	63,4	59 979,4	31,7
CAR		625 453,4	345 407,7	55,2	172 703,9	27,6
CAH		476 536,1	90 903,2	19,1	45 451,7	9,5
SOB	(e)	22 155,3	1 555,8	7,0	777,9	3,5
Garderies et OSGE		89 491,0	62 223,9	69,5	31 111,9	34,8
MSSS (services sociaux)		30 000,0	26 251,1	87,5	13 125,6	43,8
CRSSS (services sociaux)		14 500,0	12 313,4	85,0	6 156,7	42,5
Total	(e)	**1 738 438,3**	**811 220,1**	**46,6**	**405 610,2**	**23,3**

(e) Estimations.

Source: Direction des ententes fédérales-provinciales, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces données remettent en question la perception communément admise selon laquelle le gouvernement fédéral assume 50 % des dépenses de services sociaux par le biais de son Régime d'assistance publique. En fait, il paie 50 % des frais partageables, mais ces frais ne constituent eux-mêmes, dans leur ensemble, que moins de la moitié des crédits que le gouvernement consacre aux services sociaux.

Comment expliquer cette situation? Essentiellement, de trois façons. D'abord, les principes et les mécanismes du RAPC sont souvent complexes et parfois nébuleux. Le RAPC contribue au financement des services sociaux soit au titre de « services de bien-être social », soit comme relevant de l'« assistance publique ». Or, les conditions de financement ne sont pas identiques dans les deux catégories; ainsi, le partage financier ne couvre pas tous les types de services ni tous les types de coûts des services de bien-être social.

En outre, ces difficultés sont aggravées par les divergences fondamentales entre l'esprit de la loi fédérale et celui de la loi québécoise en matière de services sociaux. Ainsi la Loi du Québec sur les services de santé et les services sociaux est fondée sur un principe d'universalité d'accès, alors que le RAPC adopte une approche résiduelle et sélective: le partage des coûts des services sociaux n'est en effet possible que lorsque les services sont fournis à des personnes « dans le besoin » (test de besoin) ou susceptibles de le devenir. Ceci explique la faible contribution du gouvernement fédéral aux subventions accordées aux organismes bénévoles, qui n'appliquent pas ces tests.

Compte tenu de toute cette complexité, il n'est pas rare qu'il faille des années de négociations avant de conclure si certaines dépenses sont admissibles au partage par le gouvernement fédéral. Ainsi, les règlements financiers définitifs sous le RAPC sont à peine rendus aux années 1976 et 1977.

Enfin, le gouvernement fédéral considère certains services sociaux comme des services de santé et les finance comme tels. Il en est ainsi des services de soins en centre d'accueil d'hébergement, qui ne reçoivent qu'une faible contribution du RAPC. Depuis 1977, ils bénéficient plutôt de la contribution versée par le fédéral au titre des services complémentaires de santé (voir 2.3.4).

La participation globale du gouvernement fédéral aux dépenses publiques de services sociaux est donc probablement supérieure, en 1987-1988,

aux 23 % mentionnés précédemment. Les résultats obtenus pour l'ensemble des dépenses de services de santé et de services sociaux indiquent d'ailleurs une participation globale de 40 %, pour la même année (voir 2.3.4).

2.3.6 Les enjeux

Les enjeux du financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux sont au coeur de toutes les discussions qui entourent le pouvoir de dépenser que détient le gouvernement fédéral dans le cadre des programmes à frais partagés; ils ont d'ailleurs empoisonné les relations fédérales-provinciales depuis près de 30 ans[240]. Comme on l'a déjà signalé, aucune disposition constitutionnelle ne confère au gouvernement fédéral une compétence générale dans le domaine des services de santé et des services sociaux. Sa seule prérogative lui vient de son pouvoir de dépenser.

Politiquement, les subventions conditionnelles aux provinces ont une justification évidente: le gouvernement fédéral retire en effet un bénéfice politique bien plus important en gardant ses pouvoirs de taxation et en aidant au financement des programmes provinciaux les plus appréciés de la population, qu'en réduisant sa part de l'assiette fiscale et en permettant aux provinces d'assumer leurs pleines responsabilités en ce qui concerne les services de santé.

Ce faisant, le gouvernement fédéral est placé pourtant devant un dilemme: en effet, par ses subventions conditionnelles, il se trouve en effet à modeler les systèmes sociaux et les systèmes de santé des provinces d'une façon dont seul le gouvernement provincial a le droit ou le pouvoir constitutionnel de se prévaloir. Le Québec, dès 1960, manifestait d'ailleurs une opposition farouche à ce type d'entente, pour des raisons politiques, culturelles et sociales.

En revanche, le gouvernement fédéral considère comme capital le rôle que les programmes à frais partagés lui permettent de jouer dans la poursuite des objectifs nationaux, tel que celui d'assurer à tous les Canadiens des services publics jugés essentiels à la personne et à son bien-être social, selon des critères identiques pour tous et toutes, quelle que soit la province de résidence.

L'histoire des relations fiscales fédérales-provinciales est, dans une large mesure, une tentative plus ou moins fructueuse d'échapper à ce dilemme. Les discussions constitutionnelles récentes ont montré à quel

point le pouvoir de dépenser du fédéral, utilisé principalement pour des programmes sociaux et de santé, entraîne encore aujourd'hui difficultés et ambivalences.

Les enjeux particuliers à la santé

Les lois de 1977 sur le financement des programmes établis et sur les accords fiscaux ont marqué un revirement important du financement des programmes de santé et d'enseignement supérieur. Le gouvernement fédéral transformait ainsi ses paiements en subventions globales inconditionnelles, dont le taux de croissance devait être déterminé à l'avance, indépendamment de l'augmentation des coûts réels des programmes. Les principes de base du programme de santé qui avaient été quelque peu oubliés dans ces lois, ont cependant été réaffirmés avec vigueur dans la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

Certaines inquiétudes ont cependant succédé à l'euphorie des arrangements financiers de 1977. Au cours des dernières années en effet, le gouvernement fédéral semble s'engager davantage du point de vue législatif, tout en se désengageant du point de vue financier, particulièrement dans le domaine de la santé. Cette opération de désengagement, déjà implicite dans la formule de 1977, a été gravement accélérée par l'abolition de la garantie de recettes fiscales en 1982 et a franchi une nouvelle étape avec l'adoption de la loi C-96. En vertu de cette dernière, la contribution en espèces du gouvernement fédéral au financement des services de santé diminuerait grandement d'ici l'an 2000, puisqu'elle ne comportera plus que les prestations correspondant aux services complémentaires de santé.

Quel sera alors l'effet véritable de la *Loi canadienne sur la santé*, puisque le seul pouvoir du gouvernement fédéral est lié à ses dépenses ? Le gouvernement fédéral pourra-t-il conditionner l'ensemble des paiements de péréquation au respect de cette loi ? Cette solution extrême pourrait être facilitée par la complète indépendance des conditions d'octroi de la contribution fédérale établies dans la *Loi canadienne sur la santé* (gestion publique, intégralité de la couverture, universalité, transférabilité, accessibilité raisonnable sans frais aux services assurés), relativement aux modalités de calcul de cette participation, établies dans la *Loi sur le financement des programmes établis* et la *Loi sur les accords fiscaux*.

Au surplus, ce désengagement financier, joint à un engagement législatif sévère, a réactivé l'irritation du Québec qui réclame aujourd'hui le transfert de la totalité des points d'impôt correspondant au financement des

programmes établis. Il semble en effet justifié de se demander comment le gouvernement fédéral peut affirmer dans une loi la nécessité pour les provinces de respecter les objectifs nationaux, sans s'engager politiquement à leur assurer les moyens de concrétiser ces objectifs.

Les difficultés financières du gouvernement canadien sont bien réelles: la dette fédérale atteindra, en 1990, un niveau record en proportion du PIB (56 %), et la hausse du fardeau de la dette qui en résultera est de nature à constituer une contrainte financière majeure sur le plan de l'affectation des ressources publiques fédérales. Les choix du gouvernement fédéral semblent clairs jusqu'ici: ne pas augmenter le fardeau fiscal, maintenir la croissance des transferts aux individus et des subventions aux entreprises, diminuer les dépenses en biens et services, les investissements et les transferts aux provinces. Il reste à savoir dans quelle mesure les gouvernements des provinces moins riches vont être capables d'assurer à partir de leurs revenus autonomes (autres que les transferts fédéraux) une part croissante du financement des dépenses de santé.

Les enjeux particuliers aux services sociaux

Comme nous l'avons mentionné, la disharmonie qui s'observe entre les deux paliers de gouvernement au sujet des services sociaux s'explique en grande partie par une différence fondamentale dans les philosophies sociales qui orientent leur législation respective. En principe, au Québec, l'accès à un service social est basé sur l'évaluation que fait un professionnel des besoins et non pas sur ses moyens financiers comme c'est le cas en vertu du RAPC. Comme la logique du RAPC est de lutter contre la pauvreté, ce sont des critères socio-économiques qui déterminent les notions de besoin ou d'imminence du besoin, alors que la loi québécoise est régie par des critères psychosociaux.

Ainsi, puisque le Québec n'applique pas un test de besoin qui satisferait les exigences du RAPC, dans plusieurs types de services sociaux, les contributions fédérales au financement se trouvent diminuées. Rappelons que cette faiblesse de la participation fédérale est particulièrement flagrante dans le cas du programme de soutien aux organismes bénévoles, pour lequel le financement fédéral n'atteint que 3,5 % des subventions totales (tableau 26).

Ces philosophies divergentes ne sont pas sans occasionner de sérieuses difficultés au chapitre de l'administration du régime. Le caractère sélectif et résiduel du RAPC en fait un instrument inadéquat pour le développement des services sociaux dans les provinces. En outre, il pénalise

financièrement les provinces qui, comme le Québec, ont tenté de créer un système de services sociaux original, adapté à leurs besoins et qui réponde à leur culture.

Enfin, le financement fédéral des services sociaux ne s'appuie pas sur une logique qui leur est propre. Les services sociaux reçoivent à peine le quart de l'ensemble des sommes versées au Québec en vertu du RAPC. Les trois autres quarts servent en effet à financer les prestations d'aide sociale. De plus, certains services sont considérés comme des services complémentaires de santé par le gouvernement fédéral, en particulier dans les domaines du maintien à domicile, de l'hébergement des personnes âgées et des foyers de soins. Ils sont financés comme tels, grâce à une contribution spécifique versée aux provinces depuis les accords fiscaux de 1977. Le financement des services sociaux est donc tributaire de deux systèmes beaucoup plus importants, la santé d'une part et l'aide sociale d'autre part. Chacun de ces systèmes obéit à des dynamiques qui lui sont propres, et impose souvent au système de services sociaux des contraintes de financement qui sont assez étrangères à l'évolution des besoins sociaux et des réponses qui doivent leur être apportées. Le financement fédéral dans le secteur des services sociaux ne devrait-il pas être repensé selon une logique propre au secteur et qui favoriserait davantage son développement ?

3. L'allocation et le paiement des ressources

L'allocation des ressources à l'intérieur du système s'effectue essentiellement de deux façons : premièrement, au moyen d'un processus de budgétisation qui détermine à la fois le montant global des ressources qui sera affecté à l'ensemble du système et sa répartition entre les différents établissements et programmes ; deuxièmement, par le biais de politiques de rémunération des ressources humaines. Nous examinerons successivement ces deux méthodes.

3.1 L'évolution du processus de budgétisation : une réflexion critique

Le processus budgétaire est au coeur du financement du système de santé et de services sociaux ; il détermine la distribution aux producteurs de soins et de services de plus de 80 % des dépenses publiques de santé et de services sociaux au Québec. Il en règle aussi le fonctionnement, puisqu'il constitue l'une de ses principales sources d'énergie. Il est, de plus, un processus décisionnel composé d'étapes multiples et mettant en scène un nombre considérable d'acteurs qui ont tous à l'égard des décisions d'allocation, de suivi et de contrôle budgétaire, des enjeux à promouvoir ou à défendre.

La section suivante fait état des repères historiques du processus budgétaire au Québec, depuis l'adoption en 1970 de la *Loi sur l'administration financière*, en passant par les tentatives infructueuses d'implantation du système PPBS, jusqu'à l'opération Blitz de 1985-1986, dernière manifestation des efforts constants du Ministère pour assurer l'équilibre budgétaire du réseau.

3.1.1 Les arbitrages gouvernementaux

La planification centrale

Cette première phase du processus budgétaire consiste d'une part, pour le ministre des Finances à établir ses choix budgétaires et fiscaux en matière de déficit, et à déterminer en conséquence le montant disponible pour les dépenses globales du gouvernement. D'autre part, elle consiste également, pour le Conseil du trésor, à définir les grandes orientations de la politique budgétaire du gouvernement, les enveloppes de base de chacun des ministères (crédits récurrents de l'année précédente affectés d'un taux d'indexation), les enveloppes additionnelles dont ils pourront bénéficier et les compressions qu'ils devront subir. Une fois que ces dispositions ont été adoptées par le Conseil des ministres, la phase finale de cette planification centrale est l'adoption du budget par l'Assemblée nationale.

L'enveloppe finale de la santé et des services sociaux dépend donc essentiellement de l'évolution des grands indicateurs économiques, qui dictent les choix du ministre des Finances, et de l'affectation des marges de manoeuvre ou des contraintes entre les différentes missions et les divers ministères. Cette affectation est décidée aux plus hauts niveaux et l'équilibre final dépend de la capacité de chaque ministre à défendre ses demandes additionnelles face à ses collègues du Conseil du trésor et du Conseil des ministres, ou encore en commission parlementaire, ou à s'opposer aux coupures le cas échéant. Cette capacité est fonction également de ses performances passées et de ses objectifs prioritaires à moyen terme, pour le secteur dont il a la responsabilité. Jusqu'à maintenant, il semble que dans le cas des services de santé et des services sociaux, les décisions gouvernementales aient été bien davantage influencées par la visibilité et la sensibilité politique des intérêts représentés par le ou la ministre titulaire.

Les enjeux fiscaux et financiers

Le montant des dépenses globales du gouvernement dépend de ses choix en matière de politique fiscale et d'équilibre budgétaire. Au cours des dernières années, plusieurs facteurs sont venus influencer les choix du gouvernement québécois.

En premier lieu, la récession économique du début des années 1980, qui a incité le gouvernement, devant l'ampleur du déficit, à faire une révision en profondeur de ses orientations budgétaires passées. Entre 1982 et 1985, le déficit québécois dépassait en effet trois milliards de dollars, soit environ 11,5 % des dépenses totales et 3,5 % du produit intérieur brut.

Ensuite, s'est affirmé le souci d'une fiscalité moins lourde et plus concurrentielle. En 1984, le *Livre blanc sur la fiscalité des particuliers* constatait en effet que le fardeau fiscal pour le contribuable québécois était de 24 % plus élevé au Québec qu'en Ontario, cet écart étant uniquement attribuable aux structures différentes de taxation. Au total, les Québécois ont payé en 1983 un milliard de plus que ce que leur aurait réclamé le système ontarien. L'impôt des corporations était plus faible au Québec, mais l'imposition de la masse salariale (parafiscalité) était plus élevée au Québec. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs souligné les conséquences dramatiques, en termes d'emplois, de la hausse de la taxe à la masse salariale intervenue entre 1977 et 1982, dans un contexte récessionniste, et dans une économie fortement soumise à la concurrence internationale comme l'est celle du Québec[241]. Le *Livre blanc sur la fiscalité des particuliers* exprimait également la préoccupation du ministre des Finances à l'égard des coûts d'inefficacité (incitation à travailler moins, travail au noir, recherche d'abris fiscaux, migrations) engendrés par des taux marginaux de taxation élevés, présents à la fois dans l'impôt sur le revenu et les programmes de transferts. Par exemple, tout revenu de travail gagné par un bénéficiaire de l'aide sociale entraîne une réduction du même montant de son chèque d'aide sociale: le taux marginal implicite de taxation est donc de 100 %.

Enfin, rappelons l'évolution de la situation financière du gouvernement fédéral, et en particulier l'accroissement inquiétant du déficit et de la dette publique tout au long des années 1980. Nous avons déjà souligné la contrainte que représentait pour le gouvernement fédéral, le fardeau de cette dette dans l'affectation de ses dépenses. La baisse de la part relative des transferts aux provinces en est une illustration.

L'ensemble de ces facteurs explique les choix fiscaux et budgétaires récents du gouvernement québécois. Le déficit a diminué en termes réels depuis 1980 et ne s'élèverait plus qu'à 2,4 milliards en 1987-1988. La projection des équilibres financiers indique que le déficit budgétaire s'établirait à 1,985 milliard en 1989-1990. Cette projection repose sur l'hypothèse d'une croissance des dépenses budgétaires inférieure à celle du PIB et proche du taux d'inflation en 1989-1990. La part des dépenses publiques provinciales dans le PIB devrait passer de 26,8 % en 1984-1985,

à 24 % en 1989-1990. Le dernier discours du budget comportait également une série de mesures fiscales devant entraîner une réduction du fardeau fiscal pour les contribuables de 108 millions de dollars en 1987-1988 et de 291 millions en 1989-1990. La situation financière du gouvernement du Québec se sera donc nettement améliorée, surtout si on la compare à celle du gouvernement fédéral. Cette amélioration demeure cependant très relative, puisque le fardeau de la dette fédérale doit et devra un jour être partagé par les contribuables québécois, d'une façon ou d'une autre.

Les enjeux économiques

On parle généralement de l'industrie de la santé. Les dépenses publiques de santé s'élèvent aujourd'hui à plus de 8 milliards de dollars chaque année, ce qui représente 25 % des dépenses publiques, 7 % du PIB, (plus de 9 % pour les dépenses totales) et environ 10 % de la main-d'oeuvre québécoise totale. En 1984, on comptait 111 577 professionnels actifs dans le secteur des services de santé et des services sociaux. On recensait également 135 625 postes salariés équivalents temps plein et 12 531 postes de cadres dans les 945 établissements du réseau. On comptait 47 134 lits, 40 244 places d'accueil et 14 692 places de réadaptation au début de 1986. Les sommes versées en salaires et avantages sociaux s'élevaient en 1985-1986 à plus de 4 milliards et demi de dollars, auxquelles s'ajoutait un montant d'environ un milliard et demi de dollars versé par la RAMQ aux professionnels de la santé. Enfin, le marché des biens liés à la santé s'élève à près de 950 millions de dollars annuellement, dont 30 % à 40 % sont fournis par les producteurs québécois.

Compte tenu de l'importance économique du secteur de la santé, toute décision d'allocation de ressources est porteuse de conséquences et d'enjeux économiques considérables.

Comme pour les autres choix, l'argument des « retombées économiques » associées parfois à de telles dépenses publiques ne peut constituer en soi l'élément déterminant d'une décision. En effet, chaque fois que des ressources additionnelles sont ainsi investies, elles font perdre des occasions d'investir ailleurs qui auraient pu être moins, aussi, ou plus rentables sur le plan économique ou même social.

Analysant, par exemple, les sources de financement des programmes d'assurance-santé mis en place au Canada entre 1958 et 1971, certains auteurs constatent qu'au moins jusqu'en 1977, une large part de ce financement a été obtenue au moyen de coupures dans d'autres programmes, et en particulier dans le programme de bien-être social dont les prestations

sont destinées aux plus démunis. Les effets redistributifs des régimes d'assurance-maladie en faveur des personnes à faible revenu s'en trouvent amoindris d'autant[242].

Ensuite, la hausse des dépenses de santé peut entraîner une importante redistribution des richesses, si elle correspond à un accroissement plus rapide qu'ailleurs des revenus des personnes qui oeuvrent dans ce secteur. Ainsi la mise en place du régime d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie et le rattrapage salarial qu'ont connu les employés des établissements hospitaliers dès le début des années 1960, ont entraîné un transfert de richesse important des autres groupes de la population vers ceux qui tiraient leurs revenus du secteur de la santé: médecins, producteurs d'équipement et de fournitures médicales, travailleurs salariés du réseau.

La décision relative au niveau du financement dans le secteur de la santé et des services sociaux comporte donc deux types d'enjeux économiques: il s'agit d'arbitrer dans un cas l'investissement des ressources productives et dans l'autre, les transferts de richesse entre les différents groupes de producteurs d'une société. Le sens de ces transferts est l'indice du pouvoir politique relatif de ces groupes.

On peut facilement illustrer la nature de ces enjeux en prenant l'exemple de l'industrie pharmaceutique au Québec. Le gouvernement québécois doit en effet choisir entre deux discours: d'un côté, celui des responsables des finances du gouvernement, qui sont préoccupés par l'évolution des coûts des programmes de médicaments et encouragent vivement les efforts pour minimiser les coûts des médicaments remboursés par le gouvernement. De l'autre, celui des responsables du développement économique qui souhaiteraient que l'on encourage le développement de l'industrie pharmaceutique au Québec et qui recommandent d'utiliser comme critère complémentaire de décision, les retombées économiques pouvant résulter de l'inscription d'un produit québécois sur la liste des médicaments remboursables.

Des objectifs absents

L'efficacité du système, quant aux effets sur la santé et le bien-être d'une population, ne semble pas constituer une priorité pour la plupart des acteurs concernés. Elle ne semble pas non plus constituer l'objectif d'un groupe ou d'une structure assez puissante pour influencer la prise de décision.

D'abord, la santé et le bien-être d'une population recouvrent deux notions assez vagues. Même si l'on dispose d'indicateurs assez généraux, permettant en particulier de savoir de quoi meurent les gens, à quel âge, s'ils sont pauvres, en chômage, battus, handicapés ou isolés, la relation qui existe entre le niveau de financement et l'évolution de ces indicateurs est très mal connue. D'ailleurs, dans la plupart des pays développés, les politiques de contrôle des coûts sont issues de l'inquiétude des planificateurs en santé, qui comparaient l'ampleur des fonds investis dans le secteur de la santé aux piètres résultats quant à l'espérance de vie. Ce courant de pensée a nettement inspiré le rapport Lalonde et tous ceux qui, depuis, mettent l'accent sur l'importance de l'environnement et des comportements individuels comme déterminants de la santé.

On ne connaît donc ni la part de l'amélioration de l'état de santé et du bien-être que l'on peut attribuer au système, ni l'efficacité réelle des services dispensés. En outre, les outils méthodologiques qui permettraient de fixer des objectifs et d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci ont été atteints font terriblement défaut, particulièrement dans des domaines comme la santé mentale et le bien-être de la population. Mais il faudrait d'abord pouvoir se mettre d'accord sur les objectifs à poursuivre.

Les facteurs qui agissent sur la santé et le bien-être de la population sont multiples, les acteurs nombreux et les responsabilités diluées. Le Conseil du trésor est responsable du contrôle des dépenses budgétaires du gouvernement. Quant au Ministère, il est responsable de la gestion de son réseau et le gouvernement, dans son ensemble, doit rendre compte à ses électeurs d'une gestion politique conforme à leurs voeux.

Les décisions prises en vue de l'affectation des ressources dans le secteur des services de santé et des services sociaux résultent davantage de la confrontation des intérêts des différents groupes organisés, et de leurs stratégies politiques, que de considérations relatives à l'incidence, sur la santé et le bien-être, des sommes investies. Cela ne signifie cependant pas que ces groupes soient totalement détachés ou désintéressés des considérations relatives à la santé et au bien-être.

Cette situation a de graves conséquences. Primo, des « choix tragiques » sont faits chaque année sans que la population ait vraiment la possibilité de se prononcer. Les décisions relatives à l'affectation des ressources dans le secteur des services de santé et des services sociaux comportent inévitablement des aspects éthiques, à savoir: qui va mourir, qui va vivre et dans quelles conditions, qui sera traité ou aidé ou pas. Pour

que la société puisse vivre avec de tels choix, il importe que les arbitrages soient à la fois plus éclairés et plus transparents, et qu'ils puissent mieux réfléter les valeurs, les préférences et les priorités de la collectivité. L'éthique, c'est-à-dire les valeurs morales de cette société, devrait pouvoir jouer un rôle dans ce processus, tout autant que les pressions économiques ou politiques.

Secundo, les enjeux économiques et politiques sont infiniment plus puissants dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux. Ils sont même renforcés par la conviction assez répandue que tout est techniquement possible, même les miracles, et que rien ne doit être ménagé pour sauver une vie humaine. Il faut un courage politique considérable pour aller à l'encontre de ces intérêts et de cette profession de foi.

3.1.2 Les allocations aux établissements

Même si la structure budgétaire du Ministère porte officiellement l'appellation de structure budgétaire par programme, l'affectation des budgets se fait par type d'établissement. Seuls les programmes de la RAMQ, le soutien aux organismes bénévoles, la coordination de la recherche, et la coordination régionale et nationale ne sont pas assimilés à des services dans un type particulier d'établissement.

Les établissements du réseau des services de santé et des services sociaux sont financés essentiellement à partir de crédits budgétaires publics, alloués au MSSS par le Parlement. À ces subventions s'ajoutent certains revenus autonomes de l'établissement. Depuis 1972, ce financement prend la forme d'un budget global qui couvre l'ensemble des dépenses brutes de fonctionnement, et auquel peut être greffé un budget de développement, qui correspond à l'ajout d'un programme ou d'un service, en fonction des besoins formulés par les régions et signalés par le ministre (par exemple, le programme de désengorgement des urgences). Les budgets de développement résultent des choix relatifs à l'allocation de la marge de manoeuvre du gouvernement. Le financement des immobilisations obéit quant à lui à une logique très différente et a toujours été distinct du financement des dépenses courantes d'exploitation.

L'évolution des règles de budgétisation

Les principaux traits de cette évolution sont communs à l'ensemble des établissements du réseau. Mais les établissements hospitaliers ont bénéficié de règles et d'efforts particuliers tout au long de la période étudiée. De

1961 à 1972, la budgétisation des crédits des établissements s'est effectuée de façon détaillée. En outre, les budgets donnaient lieu à des ajustements budgétaires ou des règlements de fin d'année. Enfin, aucune analyse de performance comparative ne servait à évaluer systématiquement le processus d'allocation des ressources.

En 1972, le budget global s'est généralisé. Il comprenait, comme aujourd'hui, une composante globale, majorée chaque année du taux d'accroissement des prix des fournitures et des salaires, et une composante détaillée (par exemple, les dépenses des DSC dans les centres hospitaliers de courte durée) qui représentaient 12 % du budget de ces centres en 1984-1985.

À partir de 1974, les règlements de fin d'année ont été abolis, et la mise en place du budget global s'est accompagnée, pour les établissements hospitaliers, d'objectifs volontaires de réduction des coûts, en vertu desquels un établissement pouvait conserver une portion des économies réalisées grâce à cette mesure incitative financière.

En 1977, avec l'instauration de la méthode de révision des bases budgétaires (MRBB), on a tenté de rendre plus équitable la budgétisation des crédits des hôpitaux en la faisant reposer sur une analyse économique de la performance relative de chaque établissement, par rapport à un groupe assez homogène d'établissements. Cette méthode comportait trois étapes:

- Le regroupement des établissements selon le degré de similarité de leurs activités (diagnostics pondérés par la durée de séjour)
- La comparaison des performances réalisées sur la base de la productivité moyenne par centre d'activités. Un établissement dont la productivité était inférieure à la performance moyenne de son groupe était considéré en excédent de ressources; dans le cas contraire, il était en économie de ressources
- L'étude de la performance économique de l'établissement au regard de sa situation budgétaire et financière: il s'agissait de déterminer si le budget accordé à chaque établissement était adéquat, compte tenu de sa performance mesurée par l'excédent (ou l'économie) net de ressources que révélait la seconde étape de l'analyse. Ainsi, un établissement en économie de ressources, donc performant, mais qui affichait un déficit, était considéré comme sous-financé et sa base budgétaire devait être majorée.

L'application de cette méthode a cependant eu à souffrir d'éléments conjoncturels défavorables et a dû être utilisée dans un contexte de compressions budgétaires. L'objectif explicite de la formule, soit réaliser un partage plus équitable et plus efficace des enveloppes budgétaires entre établissements, s'en est trouvé compromis. L'équilibre par modulation de la rareté devenait une mission impossible qui a été abandonnée en 1985, sans que l'on ait trouvé à ce jour de solution de rechange acceptable.

La dernière étape de cette évolution a été l'opération Blitz, réalisée en 1985 auprès de 67 établissements hospitaliers. Cette opération avait pour objectif d'analyser les causes des déficits de ces établissements, afin de pouvoir octroyer un budget final, pour l'année 1985-1986, qui fût mieux articulé et plus conforme à la réalité. Cette opération ponctuelle a conduit à la consolidation des déficits des 67 établissements, le 30 mars 1986.

Les bases budgétaires des établissements évoluent donc chaque année de façon quasi mécanique: base de l'année précédente, affectée d'un taux d'indexation. On reconnaît de plus aux établissements hospitaliers un coût de système de 1 % par an en moyenne pour tenir compte du vieillissement de la population, de l'aggravation de l'état des patients admis et de l'évolution technologique.

L'évolution du traitement des surplus et des déficits

Jusqu'en 1973, les déficits des établissements étaient résorbés chaque année. Après l'abolition des règlements de fin d'année, en 1974, ces déficits ont donné lieu à des opérations de consolidation: au total, entre 1982-1983 et 1986-1987, ces consolidations ont atteint un montant de 734 millions de dollars courants. L'opération a été intégrale pour les établissements hospitaliers mais elle s'est limitée, pour les établissements sociaux, aux déficits qui s'étaient produits avant 1982.

L'attitude du Ministère vis-à-vis de ces déficits, en particulier dans le secteur hospitalier, se caractérise par son désir constant d'y remédier, mais également par un certain sentiment d'impuissance. Après l'abandon de la MRBB, les tentatives faites pour mettre en pratique la politique du 1 %[243] et l'opération Blitz, les règles sont aujourd'hui les suivantes: les établissements hospitaliers conservent automatiquement les surplus qu'ils ont réalisés (une telle décision n'a pas encore été prise pour les établissements sociaux) et doivent assumer entièrement leurs déficits. De plus, l'octroi de budgets de développement et d'immobilisations, de même que le coût du système deviennent conditionnels au respect de l'équilibre budgétaire. Reste à savoir si ces règles seront respectées. Il est intéressant de constater

que par le passé, les déficits hospitaliers ont souvent connu leur apogée au moment des élections. Le cycle de ces déficits semble avoir davantage répondu au cycle électoral qu'aux mesures incitatives contenues dans les politiques ministérielles.

Un bilan de l'expérience québécoise en matière de financement des hôpitaux

Le financement des hôpitaux par budget global, fixé annuellement par décision administrative et assuré directement par le gouvernement provincial, a constitué au Québec, comme ailleurs au Canada, un puissant instrument de contrôle des coûts hospitaliers. L'un des facteurs essentiels de cette réussite réside dans la séparation entre le budget de fonctionnement et le budget d'équipement, laquelle a permis au gouvernement de contrôler l'expansion de la capacité hospitalière.

Dans un contexte de budget prospectif, tout modèle de comportement de l'hôpital prédisait une pression à la hausse des budgets[244], pression qui s'est accentuée en raison de la diminution du nombre de lits disponibles par médecin. La question est de savoir comment le gouvernement peut acquérir l'information nécessaire à l'établissement de règles cohérentes et de priorités de budgétisation. On a pu constater l'insuffisance de ces informations et l'absence générale de critères permettant la budgétisation des dépenses de fonctionnement.

On a tenté, au Québec, d'évaluer la performance des établissements à partir de la fonction de coût des établissements. L'application de cette méthode (MRBB) a d'ailleurs été une expérience unique au Canada et a constitué la seule tentative réelle en vue de répartir les budgets des hôpitaux de façon plus équitable et plus efficace. La MRBB présentait cependant certaines imperfections: complexité statistique, impossibilité de tenir compte des variations de la gravité de la maladie à l'intérieur des catégories diagnostiques, ou de la qualité des soins dispensés par l'hôpital. En outre, elle n'est d'aucune utilité quand il s'agit de résoudre le problème de la pertinence de l'utilisation des services hospitaliers (sous-utilisation ou sur-utilisation), ou d'appliquer des techniques innovatrices permettant de substituer à ces services des soins extra-muros. Ce type d'analyse de performance permettrait entre autres de considérer comme efficace un hôpital qui dispense des services non nécessaires en admettant, par exemple, un patient dont l'état ne requiert pas de soins hospitaliers.

L'expérience québécoise en matière de financement des hôpitaux prouve également que l'incitation à l'efficience et au respect de l'équilibre

budgétaire dépend moins du mode de paiement par budget global, que de la façon dont le budget est administré et, en particulier, de l'existence d'un système équitable et effectivement appliqué de sanctions et de récompenses.

3.1.3 Le financement des immobilisations

Les dépenses en capital ne représentent qu'une faible part des dépenses totales de santé: environ 3,9 % en 1985 au Québec (contre 4,5 % au Canada). Toutefois, ce chiffre sous-estime cependant l'importance considérable des décisions relatives à ce type de dépenses, à la fois au chapitre des coûts de fonctionnement récurrents et de la structure globale du système.

Les dépenses en capital ont donc eu différents enjeux: au cours des années 50 et 60, elles ont été essentielles à la réalisation de l'objectif de couverture universelle du programme d'assurance-santé. Pendant les années 70, le contrôle des dépenses en capital constituait l'élément indispensable d'une politique globale de contrôle des coûts. Pour la décennie actuelle, les opinions divergent: certains déplorent la sous-capitalisation du système et réclament de nouveaux investissements, notamment en infrastructures institutionnelles; d'autres craignent qu'une telle expansion favorise le système curatif, centré sur l'établissement, et constitue un obstacle à l'évolution, en ce qui concerne par exemple les programmes de soins extra-muros et à domicile. Les dépenses hospitalières en capital représentent encore aujourd'hui 89 % du total des dépenses en capital. Au bout du compte, il apparaît que les politiques de financement des dépenses en capital sont un facteur important du devenir d'un système.

L'évolution des politiques

L'évolution des politiques de financement des immobilisations au Québec peut se caractériser brièvement de la façon suivante:

- Un financement centralisé, de 1961 à 1976. Au cours de cette période, le financement de la construction d'un établissement se faisait par l'entremise d'une émission d'obligations garanties par le gouvernement provincial; le service de la dette était assuré par des subventions statutaires, versées à l'établissement. À partir de 1974 c'est la Corporation d'hébergement du Québec qui dû assumer ce financement pour le compte du ministère des Affaires sociales.
- Une décentralisation administrative du financement, de 1976 à 1985, pour tout projet inférieur à 1 million de dollars, dans le cas des établissements de santé, et à 250 000 $ dollars pour les établissements sociaux.

Comme nous l'avons déjà vu, les revenus perçus pour l'occupation de chambres privées et semi-privées constituaient auparavant la principale source de financement pour ces projets. Ces dépenses devaient être autorisées par les CRSSS. Les établissements, les conseils régionaux et le Ministère recevaient respectivement 45 %, 45 % et 10 % de ces revenus et le Ministère devait utiliser ces sommes pour rétablir une certaine équité entre les régions. À cette époque, la seule restriction à l'autonomie des établissements et des conseils régionaux provenait de la possibilité, pour le gouvernement, de modifier l'enveloppe des revenus en fixant par décret le barème des tarifs des suppléments de chambre.

La portée de cette décentralisation administrative s'est trouvée réduite en 1981: désormais, les revenus étaient répartis également entre les trois acteurs chacun recevant 33⅓ %. L'essentiel des revenus perçus par le Ministère devait servir à réduire les budgets qu'il consacrait aux dépenses d'exploitation des établissements et lui permettait d'assumer ainsi les coupures imposées par le Conseil du trésor. Tout au long de cette période, le Ministère est demeuré responsable de l'autorisation et du financement des projets d'investissement dont les montants étaient plus élevés.

- Depuis 1986, cette politique a été abandonnée: la totalité des revenus perçus pour l'occupation de chambres privées et semi-privées est maintenant retournée au Ministère. L'autonomie financière des établissements est réduite, mais celle des conseils régionaux est augmentée puisqu'ils reçoivent, sous forme d'enveloppes budgétaires, les crédits nécessaires aux immobilisations en fonction des besoins des régions, y compris pour les projets supérieurs à 1 million de dollars dans le cas des établissements hospitaliers, et à 250 000 dollars dans celui des établissements sociaux. Le financement s'effectue essentiellement par l'émission d'obligations de moyen et de long terme qui vient consolider les emprunts temporaires effectués par les CRSSS ou directement par les établissements. Le Ministère prévoit alors, dans le service de la dette, les sommes nécessaires au remboursement de ces emprunts de long terme.

  Les établissements conservent cependant la possibilité de financer leurs projets d'immobilisation à partir de leur fonds propre, qu'alimentent par exemple des dons, des revenus de dotation, ou des surplus d'exploitation. Ces investissements restent soumis à l'autorisation du conseil régional et du Ministère, et doivent respecter certaines règles;

en particulier, l'achat d'équipement médical à partir du fonds propre de l'établissement ne devrait pas entraîner une augmentation des dépenses récurrentes de fonctionnement.

L'effet de ces politiques

Les biens immobiliers et mobiliers du réseau de la santé représentaient une valeur de remplacement de plus de 8 milliards de dollars, et le service de dette était supérieur à 1,2 milliard de dollars. Leur maintien et leur amélioration font l'objet d'investissements annuels de plusieurs centaines de millions de dollars (432 millions en 1985). Bien que la capacité totale du réseau ne soit généralement pas remise en question, la répartition et l'utilisation effective des ressources ont cependant fait l'objet de nombreuses critiques: occupation de lits de courte durée par des malades chroniques, proportion trop importante des lits de soins prolongés par rapport aux ressources d'hébergement; certains critiquent enfin la prépondérance des ressources hospitalières en général, par rapport à des ressources plus légères d'autre nature et mieux adaptées aux besoins de la population.

Par ailleurs, un certain nombre d'études et de rapports font état de la vétusté et du manque de sécurité des immeubles du réseau, de la désuétude de certains équipements, en anesthésie et en radiologie par exemple, ainsi que de l'absence de plusieurs technologies récentes, notamment en médecine nucléaire ou en radiothérapie.

Les modalités de financement n'ont pas été étrangères à cette situation: mentionnons en particulier que la distinction qui existait de 1976 à 1985 entre les enveloppes régionales pour les projets inférieurs à 1 million de dollars ou à 250 000 dollars selon les établissements et le financement central pour les autres projets a incité les établissements à reporter les investissements concernant le manque de sécurité et la vétusté des immeubles, jusqu'à leur prise en charge par le financement central. En outre, il y a lieu de croire que les restrictions budgétaires du début des années 1980 ont fait diminuer les dépenses d'exploitation liées à l'entretien régulier dans les établissements.

Enfin, l'enveloppe consacrée aux équipements médicaux a été établie sur une base arbitraire et circonstancielle – soit le montant des revenus provenant des chambres privées et semi-privées – dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, et non pas sur une évaluation des besoins de remplacement et des priorités d'investissement.

Beaucoup déplorent l'absence d'une stratégie cohérente d'amortissement et d'investissement au niveau de l'établissement, lacune qui résulte de l'absence totale de liens entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses de capital. La budgétisation indépendante des unes et des autres a cependant constitué un puissant instrument de contrôle des coûts tout au long des années 70. Il s'agit d'ailleurs d'un avantage indéniable du budget global par rapport aux autres modalités connues de financement des hôpitaux, si l'objectif visé est le contrôle global des dépenses[245].

De façon générale, on constate l'absence ou du moins la nette insuffisance des critères relatifs au niveau de financement adéquat, tant pour le maintien du parc, que pour les besoins en nouvelles installations: lits de courte ou de longue durée, ressources extra-hospitalières. Dans le cas des équipements médicaux spécialisés, l'absence d'informations et de dispositifs d'évaluation des technologies médicales accroît l'importance des relations de pouvoir entre groupes professionnels et établissements dans la prise de décision.

3.1.4 Le jeu derrière la structure

Il y a deux façons de voir le processus budgétaire: une démarche systémique, qui l'analyse comme un moyen essentiel à la réalisation des finalités du système des services de santé et des services sociaux et une démarche stratégique, qui reconnaît le caractère essentiellement politique de ce processus, issu de la diversité des acteurs, de leurs valeurs, de leurs enjeux, de leurs pouvoirs. De cette double analyse, on tire les conclusions suivantes:

- Le processus budgétaire se base essentiellement sur une allocation mécanique des budgets, sans égard aux objectifs du système, laissant ainsi se perpétuer les disparités et les erreurs anciennes.
- La structure budgétaire par établissement, qui est le reflet de la structure du réseau, cristallise les différences entre les établissements et explique en grande partie l'absence d'intégration, de continuité et de globalité dans la prestation des services de santé et des services sociaux.
- Il n'existe aucun mécanisme permanent et continu pour évaluer la performance des établissements, qu'il s'agisse d'efficience ou des résultats obtenus. L'évaluation se fait de façon sporadique et n'est pas intégrée au processus d'allocation des ressources.
- Le processus budgétaire reflète une vision bureaucratique, qui repose sur le postulat que tous les acteurs ont une vision globale et unique du système et de ses objectifs, que leur adhésion spontanée et volontaire à

ses objectifs et à ses finalités est acquise, et que leur comportement est parfaitement prévisible. Toute l'analyse de l'évolution des coûts et du financement du sytème démontre qu'il n'en est rien. Le processus budgétaire est à l'origine de nombreux jeux, à tous les niveaux, particulièrement en période de compressions budgétaires et de redistribution des ressources. Dans ces jeux politiques, le centre hospitalier se trouve avantagé de nombreuses façons: par la force des enjeux économiques qu'il symbolise, par le pouvoir professionnel qu'il récupère à son avantage, par sa force de représentation aux tribunes régionales, ainsi que par l'essence politique des problèmes auxquels il fait face et dont il sait tirer parti dans sa quête de ressources.

- Le processus budgétaire est devenu peu à peu une fin en soi en dépit d'efforts positifs et d'initiatives remarquables et d'un souci de la part de certains acteurs d'allouer des ressources de façon plus équitable. L'enjeu majeur de ce processus est qu'il puisse redevenir un moyen ajusté à un système doté de finalités. Toute réforme du processus d'allocation budgétaire, dans le sens souhaité, devra cependant tenir compte de la réalité politique inhérente au système des services de santé et des services sociaux.

3.2 Le paiement des services médicaux

La façon dont on finance et dont on paye les ressources a une influence considérable sur le fonctionnement du système et sur les résultats obtenus. D'abord, elle sert à réglementer l'activité des producteurs de services. Par exemple, les établissements reçoivent un budget global pour leurs dépenses de fonctionnement. Mais le développement de nouveaux programmes ou l'achat d'équipement sont financés de façon particulière et sont soumis à l'autorisation du Ministère ou du conseil régional. Le mode de financement affecte également la production et l'utilisation des services dans le système par le biais des incitations que ces dernières créent pour l'ensemble des acteurs[246]. À titre d'illustration, l'un des principaux objectifs de l'instauration d'un régime public d'assurance-maladie au Canada était précisément de supprimer les facteurs qui décourageaient la consommation de soins par les personnes et les familles à faibles revenus. Mais les comportements des producteurs peuvent également être affectés: si l'on permet, par exemple, aux établissements de conserver leurs surplus et de les utiliser à leur guise, ceci peut constituer pour les administrateurs, une incitation importante à améliorer la gestion de leurs ressources.

Enfin, la façon dont on rémunère un médecin, et les incitations qui en résultent, présentent un intérêt tout particulier. En effet, le médecin a beaucoup d'influence sur la façon dont les ressources sont utilisées. Étant

donné l'information inégale que possèdent le médecin et son patient, c'est le plus souvent le médecin qui décide du traitement à suivre: médicaments, examens de laboratoire, traitements de physiothérapie, visites de suivi, hospitalisation. Même si l'on a cherché à réduire les pressions d'ordre économique qui s'exercent sur le médecin, afin que les dimensions financières de sa pratique ne l'emportent pas sur les considérations de bien-être de son patient, il reste que la façon dont on le rémunère influence son comportement. Par exemple, bien qu'on s'interroge toujours sur le meilleur système de rémunération possible, personne ne conteste le fait que la rémunération à l'acte incite le praticien à produire plus de services que ne le fait la rémunération à salaire.

La modalité de paiement doit être considérée dans son acception la plus large. Il ne s'agit pas uniquement du mode de rémunération (salaire, acte, vacation, cas ou capitation) qui définit uniquement, au fond, l'objet de la rémunération. La modalité de paiement inclut en fait tout le contexte institutionnel qui régit le paiement de la ressource. En effet, la comparaison des expériences de contrôle de l'évolution des coûts dans les différentes provinces canadiennes, prouve que le système de rémunération à l'acte peut avoir des effets bien différents selon la façon dont il est administré.

3.2.1 Les modalités de paiement

Des rémunérations fixées par ententes

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les fédérations et les associations des professionnels de la santé. Les ententes fixent le cadre normatif de l'exercice professionnel au regard du régime, ainsi que les dispositions relatives à la rémunération des professionnels.

Une première entente a été conclue avec les médecins omnipraticiens en novembre 1970 et une autre avec les médecins spécialistes en janvier 1971. Une entente modifiée est entrée en vigueur à la fin de 1976, après une longue négociation entre le gouvernement et les fédérations de médecins. Cette entente a permis un dégel et une modification importante de la structure des tarifs, et un contrôle direct du volume total des services dispensés, grâce à la mise en place du mécanisme de l'objectif tarifaire. La modification de la structure des tarifs a consisté à éliminer de nombreux actes diagnostiques et thérapeutiques qui sont, à partir de 1977, inclus dans la rémunération des examens et des consultations.

En 1982, il n'y a pas eu d'entente avec la FMOQ et le gouvernement a dû procéder par décret. Par la suite, s'est instaurée une forme de négociation permanente, permettant aux parties d'échanger de façon quasi continue sur la façon de mettre en oeuvre leurs orientations respectives. Ce mécanisme a souvent été utilisé pour adapter les discussions aux priorités du moment, et pour régler au cas par cas les problèmes jugés les plus urgents, sans qu'il soit besoin d'attendre un renouvellement de l'entente générale.

En 1982, la FMSQ concluait avec le gouvernement une nouvelle entente renouvelée en 1987 par des accords cadres. Les ajustements de tarifs par spécialité sont, en pratique, effectués par la FMSQ. À deux reprises (1981 et 1986), on a formé des comités de coordination pour les négociations avec les professionnels de la santé afin d'orienter le contenu des négociations.

La RAMQ paie directement tous les professionnels dont les services sont assurés. Aucun frais modérateur, aucune surfacturation ne sont exigés. La gratuité des services de santé assurés a été préservée et même renforcée en 1984 par la *Loi canadienne sur la santé*. Le consommateur de soins de santé est ainsi protégé et il ne connaît pas, la plupart du temps, les conséquences financières de l'utilisation qu'il fait des services assurés.

Des honoraires forfaitaires ou fixes en croissance

Le mode de rémunération le plus fréquent est encore aujourd'hui la rémunération à l'acte: en 1986, elle représentait 79 % des coûts du programme de services médicaux (tableau 27). Environ 91 % des médecins utilisaient ce mode de rémunération.

Toutefois, dès le début du programme et parallèlement à la rémunération à l'acte, se sont développés des modes mieux adaptés à la nature de certaines activités, comme la vacation pour la psychiatrie ou la santé communautaire, ou le paiement à l'unité pour les spécialités de laboratoires. Un embryon de système à salaire a également vu le jour dans les CLSC, sans devenir pour autant le mode généralisé de rémunération des services médicaux de première ligne.

Depuis quelques années, et de façon accélérée ces derniers temps, on observe une évolution considérable de la rémunération à honoraires forfaitaires, due principalement aux difficultés de recrutement en région et dans toutes les disciplines qui présentent moins d'attraits: gériatrie, psydriatrie, urgence.

Tableau 27
Évolution du coût des services médicaux au Québec selon le mode de rémunération, de 1971 à 1986

Mode de rémunération	1971		1977		1986		Taux d'augmentation annuel moyen entre 1977 et 1986
	000 $	%	000 $	%	000 $	%	
Acte	273 598	100,0	506 249	90,7	978 945	79,3	7,6 %
Salaire[1]	–	–	9 072	1,6	67 386	5,5	25,0 %
Vacation[1]	–	–	9 075	1,6	79 761	6,5	27,3 %
Services de laboratoire en établissement à l'acte[1]	–	–	28 441	5,1	97 540	7,9	14,7 %
Services de laboratoire en établissement à l'unité[1]	–	–	5 151	0,9	11 239	0,9	9,1 %
Ensembles des modes	273 598	100,0	557 987	100,0	1 234 871	100,0	9,2 %

(1) Ces modes de rémunération ont été transférés à la RAMQ le 1er mai 1977.

Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles 1985 et 1986.

Entre 1977 et 1986, le coût de l'ensemble des services médicaux s'est accru en moyenne chaque année de 9,2 %. Ce chiffre n'est que de 7,6 % pour la rémunération à l'acte, mais atteint 25,0 % pour la rémunération à salaire et 27,3 % pour la vacation. Il semble que la multiplication des modes de rémunération et surtout, la possibilité qui existe parfois d'utiliser l'un ou l'autre de ces modes pour une même activité, n'aient fait qu'augmenter les difficultés de contrôle des coûts et de fonctionnement du régime, sans en améliorer forcément l'efficacité.

Les mesures réglementaires de contrôle des coûts

Le Québec demeure la seule province dont les ententes comportent des mécanismes de contrôle de la rémunération des médecins. Mis en place dès la seconde entente de 1976, et renforcés par la suite, ces mécanismes sont essentiellement les suivants:

- Un système d'objectifs tarifaires: l'objectif tarifaire correspond à un revenu annuel moyen; il est négocié et sert de base à l'établissement des tarifs des actes médicaux. Le dépassement de l'objectif tarifaire est

en principe récupéré en totalité ou en partie sur les augmentations de tarifs accordées pour la période suivante.

- Les plafonds: les omnipraticiens ne sont rémunérés selon les tarifs prévus à l'entente que si leurs revenus sont inférieurs au plafond déterminé pour un trimestre donné. Aucun plafond n'est prévu pour les médecins spécialistes.
- Les règles d'application: la FMSQ peut édicter ce type de règles pour corriger des situations qu'elle estime anormales. Ces règles constituent des normes de tarification dont l'effet est de réduire les honoraires payables au médecin spécialiste.

3.2.2 Un bilan de l'expérience québécoise au chapitre des modalités de paiement des services médicaux

Le régime québécois de services médicaux se caractérise encore essentiellement par une médecine libérale, rémunérée à l'acte par un tiers payant public. Les médecins ont un accès illimité au régime, accès considéré comme un droit et représentant un cas unique de garantie absolue au travail et de revenus pour les membres d'une profession ou d'un métier.

Ce régime se caractérise également par le fait que les coûts n'entrent pas en ligne de compte dans les décisions des consommateurs ni de ceux qui prescrivent les soins: cette situation a été voulue par les concepteurs du régime d'assurance-maladie comme une condition nécessaire à l'accessibilité de tous aux services de santé médicalement requis. Il n'existe pas non plus de lien évident entre la nature des besoins réels de la population (si tant est que l'on puisse les évaluer) et le développement et l'organisation des ressources médicales. La planification des effectifs médicaux est une entreprise presque impossible. Il y a pénurie importante de médecins dans certaines régions ou pour certaines clientèles.

L'évolution des modes de rémunération a contribué à la fragmentation croissante du travail des médecins, alors que l'évolution des problèmes de santé requiert de plus en plus l'intégration et la continuité des soins.

La question des activités médico-administratives, soit l'intégration de l'activité des médecins dans l'hôpital, ne se discute que sur le plan de la rémunération, et elle semble d'ailleurs actuellement dans une impasse.

Enfin, l'ensemble des rapports disponibles sur le sujet font état des succès obtenus par les politiques de contrôle des coûts des services médicaux jusqu'au début des années 80, relativement à d'autres provinces

ou pays. Ils soulignent cependant la complexité croissante des mécanismes mis en place, et le développement non contrôlé des rémunérations à honoraires forfaitaires ou fixes. Ils critiquent enfin le manque de cohérence entre les politiques de contrôle des coûts mis en place dans le régime des services médicaux et celles d'autres secteurs, en particulier celles du secteur hospitalier. Ils constatent enfin l'incapacité des politiques de rémunération à répondre adéquatement à des préoccupations telles que la prise en charge adéquate des problèmes de santé des personnes vieillissantes, la continuité et la globalité des soins, l'équité régionale, et de façon générale, l'efficacité et l'efficience du système dans son ensemble.

Conclusion

Quelles sont les principales caractéristiques de l'évolution des coûts et des modalités de financement de notre système de santé et de services sociaux ?

L'évolution des coûts

1. La centralisation du financement a constitué un atout indéniable pour le Québec sur le plan du contrôle des coûts. L'évolution des dépenses totales de santé a suivi de très près celle du produit intérieur brut. La récession économique de 1982-1983, qui a frappé le Québec plus durement que les autres provinces, s'est accompagnée d'un ralentissement important des dépenses publiques de santé. De 1977 à 1985, en effet, ces dernières se sont accrues moins vite au Québec que partout ailleurs au Canada.
2. Les Québécois consacrent à leurs dépenses de santé un pourcentage de leur richesse collective légèrement supérieur à la moyenne canadienne, soit 9,1 % contre 8,4 %, pour l'année 1985. Ils se comparent en cela aux Français, aux Hollandais et aux Suédois. Il est cependant loin d'être sûr que la gamme de services offerts dans ces différents pays soit comparable. Les dépenses de santé incluent en effet au Québec l'ensemble des services sociaux de réadaptation et d'hébergement en institution, ce qui n'est certes pas le cas dans les autres pays de l'OCDE.
3. Au cours des 10 dernières années, les dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale se sont accrues au même rythme que l'ensemble des dépenses publiques. Leur part relative dans la mission sociale du gouvernement a cependant diminué, en raison de l'importance croissante prise par les dépenses de sécurité du revenu dans une conjoncture économique difficile.

4. De 1977 à 1986, la croissance des dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale s'explique essentiellement par l'inflation. Les dépenses réelles, ou la quantité de services, par habitant, ne se sont accrues que de 0,6 % par an en moyenne, au cours de cette période. Elles ont même diminué légèrement dans les centres hospitaliers de courte durée, et surtout dans les centres de services sociaux.
5. L'évolution des coûts des services médicaux a été assez originale au Québec. Les tarifs des actes se sont accrus beaucoup moins rapidement que dans les autres provinces, tout au long de la période de 1971 à 1984. Mais cet écart a été compensé par une hausse importante de la quantité d'actes dispensés par médecin.
6. Dans le secteur hospitalier, le contrôle des coûts a plutôt porté sur le nombre de lits et sur la quantité des ressources humaines employées. Ces politiques contrastantes dans les secteurs médicaux et hospitaliers ont eu comme conséquence implicite une baisse du nombre de lits par médecin. Cette tendance représente une limite indirecte au pouvoir d'achat du médecin. Il n'est donc pas étonnant que certains médecins, et en particulier les chirurgiens, perçoivent le secteur hospitalier comme sous-financé.
7. Les moyens adoptés jusqu'ici par le gouvernement québécois pour maîtriser l'évolution de ses dépenses de services de santé et de services sociaux ont produit certains effets indésirables, entre autres, une contrainte financière imposée d'en haut et engendrant une gestion du système par confrontation. La gravité de ces confrontations s'est accrue lorsque la capacité de financement de l'État, affectée par le ralentissement de la croissance économique, est venue contrecarrer les attentes de tous les acteurs du système (usagers et producteurs de soins). Les symptômes de ces difficultés sont nombreux: déficits, engorgement des urgences souvent attribué à une gestion inefficace des lits, insatisfaction croissante des médecins dont les revenus s'accroissent moins rapidement que ceux de leurs homologues des autres provinces, dégradation des conditions et des climats de travail. Qui peut dire, de plus, si les bénéfices obtenus par la maîtrise des dépenses ne sont pas inférieurs aux coûts qui en ont résulté pour certaines catégories de personnes?

   Il ne semble pas que l'accessibilité aux services de santé ait été gravement compromise depuis une quinzaine d'années. Par contre, le secteur des services sociaux présente des indices alarmants: l'attente prolongée des enfants qui ont besoin de protec-

tion, des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un hébergement adéquat ou des services à domicile suffisants, des femmes battues en quête d'un refuge, ou des patients désinstitutionnalisés ayant besoin d'être pris en charge dans leur milieu de vie.

Les sources de financement

8. La part du financement public des dépenses de services de santé et de services sociaux est considérable: 79 % des dépenses de services de santé et 86 % des dépenses de services sociaux. Pour ces derniers, la part de financement privé, évaluée à 14 %, correspond uniquement à ce qui est exigé de l'usager lors de la consommation d'un service dispensé par le réseau public. Les données disponibles ne nous permettent malheureusement pas d'évaluer l'ampleur des services sociaux, ni celle des services de santé offerts à titre gratuit par les femmes, les familles, les bénévoles et les organismes communautaires.
9. Au Québec, la part du financement privé des dépenses de services de santé est tout à fait comparable à celle des autres provinces canadiennes. C'est en Alberta et en Saskatchewan que la part du financement privé est la plus faible. Seul le système ontarien reçoit un financement privé nettement supérieur à celui des autres provinces. Le Québec est la seule province où les dépenses privées se sont accrues plus vite que les dépenses publiques, entre 1977 et 1985.
10. Les modalités de la participation fédérale au financement des services de santé se sont modifiées au cours des ans. Depuis 1977, cette participation évolue selon la croissance économique du Canada et non plus selon l'augmentation des coûts des services dispensés. L'évolution récente montre cependant une nette diminution du taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux. Si l'on inclut les points d'impôts transférés au Québec, ce taux est passé de 44,7 % en 1977-1978 à 39,7 % en 1987-1988. Si les tendances actuelles se maintiennent, la part du financement fédéral n'atteindra plus, en 1990, que 38 % des dépenses totales ou 18 %, si l'on ne considère que la contribution en espèces.
11. Le Régime d'assistance public du Canada ne finance qu'une faible part des dépenses de services sociaux: cette participation a été estimée à 23 % pour l'année 1987-1988. Le caractère résiduel et sélectif de ce régime en fait un instrument d'administration com-

plexe et peu propice à l'amélioration des services sociaux dans les provinces. De plus, il pénalise financièrement les provinces qui, comme le Québec, ont tenté de créer un système de services sociaux original et adapté à leur culture.

L'allocation et le paiement des ressources

12. Les choix récents du gouvernement quant à l'évolution de ses dépenses globales ont été influencés par trois principaux facteurs: la récession économique du début des années 1980, le souci d'une fiscalité moins lourde et plus concurrentielle et l'évolution de sa situation financière. Ces choix sont manifestes dans le dernier Discours du budget: baisse du déficit, diminution des dépenses publiques en proportion du PIB et allègement du fardeau fiscal. Si la situation financière du gouvernement du Québec s'est améliorée, cette amélioration demeure toute relative, puisque le fardeau de la dette fédérale devra désormais être assumé en partie par les contribuables québécois.
13. Il ne semble pas que les décisions d'allocation de ressources dans le secteur des services de santé et des services sociaux aient été fortement influencées, par le passé, par des considérations relatives à l'effet des sommes investies sur la santé et le bien-être de la population. Ces décisions ont été davantage le résultat de la confrontation des intérêts des différents groupes organisés, et de leurs stratégies politiques. Cela ne signifie pas cependant que ces groupes soient totalement détachés ou désintéressés des considérations relatives à la santé et au bien-être. Les enjeux économiques, politiques, scientifiques et même éthiques sont infiniment plus puissants dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux.
14. L'histoire des règles de budgétisation des crédits des établissements de santé et des services sociaux est celle des efforts qui ont été déployés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour assurer l'équilibre budgétaire de son réseau et ceci, depuis l'instauration du budget global en 1972, jusqu'à l'opération Blitz en 1985-1986, en passant par l'expérience malheureuse de la méthode de rationalisation des bases budgétaires dans les établissements hospitaliers. L'histoire de ces mesures, comme celle des déficits, prouve que les incitations à l'efficience et au respect de l'équilibre budgétaire dépendent moins du mode de paiement par budget global que de la façon dont le budget est administré, et de l'existence d'un système de sanctions et de récompenses équitable

et effectivement appliqué, système qui n'a jamais réellement existé au Québec. Le cycle des déficits hospitaliers semble avoir davantage suivi le cycle électoral que les mesures incitatives contenues dans les politiques ministérielles.

15. Le financement des immobilisations est l'un des rares domaines où l'on ait connu une décentralisation administrative réelle. Toutefois, les modalités de financement de ces dépenses ne semblent pas étrangères aux problèmes de vétusté et de sécurité des immeubles du réseau, ni à la désuétude d'une partie du matériel.
16. Le processus d'allocation budgétaire est essentiellement politique, compte tenu de la diversité des acteurs, de leurs valeurs, de leurs enjeux et de leurs pouvoirs. Il semble être devenu peu à peu une fin en soi, en dépit d'efforts positifs et d'initiatives remarquables, ainsi que du souci de certains acteurs d'allouer les ressources de façon plus équitable.
17. Le régime québécois de services médicaux est encore essentiellement caractérisé par une médecine libérale, rémunérée à l'acte par un tiers payant public. L'accès au régime par les médecins est considéré comme un droit, et représente un cas unique de garantie absolue de travail et de revenus pour les membres d'une profession ou d'un métier.
18. Ce régime a cependant vu croître de manière considérable les coûts des services rémunérés à salaire ou par vacation. Ce dernier mode de paiement a gagné en popularité au cours des dernières années, principalement à cause des difficultés de recrutement en région et dans les disciplines qui présentent moins d'attraits (gériatrie, psychiatrie, urgence). Entre 1977 et 1986, le coût de l'ensemble des services médicaux s'est accru en moyenne chaque année de 9,2 %. Le taux d'augmentation n'est que de 7,6 % pour les services rémunérés à l'acte, mais il atteint 25,0 % pour la rémunération à salaire et 27,3 % pour la vacation.
19. Le Québec est la seule province dont les ententes comportent des mécanismes de contrôle de la rémunération des médecins (objectifs tarifaires, plafonds, règles d'application). Ces mécanismes ont eu des effets réels sur l'évolution des coûts des services médicaux, mais leur application devient de plus en plus complexe.
20. Il ne semble pas enfin, que les politiques de rémunération des médecins aient pu apporter la solution aux problèmes de la prise en charge adéquate des personnes vieillissantes, de la continuité et de la globalité des soins, de l'intégration des médecins à la gestion des établissements hospitaliers ou de l'équité régionale.

Partie III

Bilan et perspectives

Chapitre 1

Un système en otage

Introduction

Chaque décennie a connu ses actes de foi et développé ses slogans. Les années 60 ont vu dans l'État le moyen d'assurer une plus grande solidarité entre les individus et une redistribution des richesses des plus riches envers les plus pauvres, sous le contrôle de professionnels aussi compétents que nombreux. C'était l'époque de la « société juste », de la « lutte contre la pauvreté » et, au Québec, des grandes réformes de la Révolution tranquille. Comme le disait Claude Castonguay à cette époque, reflétant en cela l'opinion de nombreux Québécois, si seulement nous arrivions à définir clairement nos objectifs et à bien planifier, nous pourrions faire des merveilles.

Les années 70 ont mis en évidence la variété et la quantité de besoins que l'État pouvait combler et des problèmes qu'il pouvait résoudre. De toutes sortes de manières, tous et toutes se sont mis à compter sur l'État, sur son argent, sur ses arbitrages, sur ses services, sur ses programmes, sur ses professionnels et sur ses gestionnaires. Chez plusieurs, cela a entraîné une foi encore plus grande dans les possibilités qu'a l'État d'assurer un développement social harmonieux et équitable. Pour d'autres, au contraire, il fallait dénoncer les aspects trop envahissants de cet État qui voulait tout contrôler.

Les années 80 ont débuté par une grave crise économique. Elles se terminent dans la perplexité. On se rend compte tout à coup que l'État ne peut pas tout faire et que de nombreuses contraintes limitent son action. Mais c'est lui qui a la responsabilité ultime du développement social. Les années 80 s'interrogent, scrutent et évaluent. Les leçons de la crise et de la gestion de la crise doivent être tirées. Quelles doivent être la place du gouvernement et celle de l'entreprise privée ? Comment faire converger les efforts des services publics, des familles et des organismes communautaires et bénévoles ? Comment respecter la responsabilité individuelle, la

contribution autonome des groupes communautaires et des entreprises privées tout en mobilisant les énergies collectives pour accroître la solidarité entre les gens et pour réduire les inégalités sociales et leurs conséquences? Comment les gouvernements peuvent-ils s'assurer une cohérence interne suffisante et les ressources nécessaires à l'accomplissement des différentes missions qui sont les leurs?

Telles sont les questions qui hantent les esprits à la fin des années 80 et auxquelles la Commission a le mandat de trouver des réponses en ce qui a trait au fonctionnement et au financement du système des services sociaux et des services de santé. Nous dresserons d'abord, dans le présent chapitre, un bilan des aspects positifs et négatifs de ce système. Nous discuterons ensuite des objectifs et des finalités que ce système doit poursuivre. Le chapitre 3 est consacré aux moyens à prendre pour atteindre ces objectifs compte tenu de la situation actuelle.

L'an dernier, plus de 70 % des résidents du Québec de 18 ans et plus ont eu affaire aux services de santé. Près de 3 % ont eu recours à des services sociaux; 11 % disent avoir été hospitalisés; plus de 20 % ont fréquenté un CLSC et 33 % une urgence d'hôpital; plus de 3 % ont reçu la visite d'un médecin à domicile; et près de 3 % ont bénéficié de soins infirmiers à la maison.

La satisfaction qu'exprime le public à l'égard de son système de santé est grande. Quels que soient leur revenu, leur scolarité ou leur lieu de résidence, près de 80 % des Québécois partagent l'opinion que le système de santé québécois est un des meilleurs au monde. Ce taux de satisfaction est semblable à celui des Finlandais, des Allemands de l'Ouest, des Anglais, des Autrichiens, des Hollandais et des Suisses. Il est par contre de beaucoup supérieur à celui des Italiens (38 % de satisfaction) et des Américains (61 % de satisfaction)[247].

Ces taux de satisfaction expriment certes plusieurs choses qu'il est impossible de démêler: les gens sont-ils satisfaits parce qu'ils ont confiance dans leurs médecins? Est-ce parce qu'ils apprécient le caractère universel et gratuit de leur système de santé ou parce qu'ils sont fiers de leur pays et de ses institutions? Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins que cette satisfaction élevée au Québec constitue une donnée fondamentale pour la Commission. Ses travaux confirment d'ailleurs que, de tous les pays industrialisés, le Québec et le Canada ont un des meilleurs systèmes qui se puisse imaginer aussi bien en ce qui concerne le degré d'accessibili-

té aux services, la couverture des programmes d'assurance-maladie, les indicateurs généraux de santé et de bien-être, qu'en ce qui concerne le contrôle des coûts.

Ceci étant dit, le public formule malgré tout de nombreuses critiques à l'endroit de son système de santé. Par exemple, 48 % des gens affirment que « pour les Québécois qui n'ont pas d'argent, il est très difficile d'obtenir tous les traitements nécessaires pour guérir ». C'est l'opinion de 60 % de ceux qui ont un revenu familial de moins de 20 000 $ contre seulement 30 % de ceux ayant un revenu supérieur à 60 000 $. C'est également l'opinion de plus de 70 % des gens habitant la Côte-Nord et de près de 65 % de ceux résidant dans le Bas St-Laurent et la Gaspésie.

Ces chiffres montrent que, même si les barrières économiques à l'accessibilité aux services ont été levées par les programmes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, de nombreux autres obstacles demeurent et empêchent une réelle accessibilité universelle aux soins et aux services. Que l'on songe, par exemple, à la débrouillardise dont il faut parfois faire preuve pour se sortir de dédales administratifs et arriver à régler son problème. Que l'on songe aussi aux écarts d'attitudes et de valeurs possibles entre un intervenant et son patient, ce qui peut entraver la compréhension mutuelle et donc l'accessibilité aux services. Que l'on pense enfin aux nombreux coûts directs, tels les médicaments et les prothèses, et indirects, comme le transport et l'absence du travail, qu'entraîne la maladie même si les services médicaux sont gratuits.

Une autre critique concerne les mécanismes de plainte. Selon un sondage effectué pour la Commission, parmi les 6 % qui disent avoir formulé des plaintes verbales ou écrites, trois quarts se disent insatisfaits de la manière dont leur plainte a été traitée. D'ailleurs, 75 % de la population croient que si les gens se plaignaient plus, les services sociaux et les services de santé en seraient grandement améliorés. Si autant de gens croient que le nombre de plaintes devrait augmenter, si ceux qui se plaignent sont insatisfaits, cela signifie probablement que des déficiences existent dans la dispensation des services mais aussi que les plaintes ne portent pas fruit.

Enfin, nous vivons à une époque où la majorité des citoyens croit que le financement des services de santé doit continuer de se faire sur une base d'assurance collective, alors que d'autres croient qu'une contribution financière directe du patient est souhaitable, soit pour diminuer la demande de services, soit pour forcer une plus grande compétition entre les

producteurs. Il y a là indéniablement un indice de malaise. Ainsi, dans le sondage fait pour la Commission, la majorité de la population entérine le statu quo: 62 % pensent que les gens ne devraient pas débourser d'argent pour voir un médecin, 73 % ne voudraient pas débourser pour aller à l'urgence et 82 % pour être hospitalisés. Par contre, respectivement 38 %, 27 % et 18 % des citoyens verraient d'un bon oeil l'idée d'une contribution financière directe à ces services. Il est à noter que ces statistiques varient beaucoup suivant le statut socio-économique du répondant: 71 % de ceux qui ont un revenu familial inférieur à 20 000 $ croient que les gens ne devraient pas avoir à participer financièrement quand ils vont voir le médecin; ce pourcentage chute à 27 % chez ceux qui gagnent 60 000 $ et plus. C'est donc dire que les plus pauvres ne croient pas que les services seraient meilleurs et plus nombreux s'ils devaient payer directement une partie des coûts, alors que les nantis pensent souvent le contraire.

Bref, du point de vue des citoyens, l'organisation des services est satisfaisante, voire très satisfaisante. Mais il reste encore beaucoup de place pour l'amélioration. C'est dans cet esprit que la Commission, au terme de l'analyse faite dans les chapitres précédents, veut faire ici son propre bilan de la situation.

Malgré la conjoncture économique des dernières années et la sérieuse crise des finances publiques que celle-ci a contribué à engendrer, le Québec a réussi à maintenir l'essentiel des acquis des deux dernières décennies: un réseau de services de qualité, accessibles et équitables. De plus, à de nombreux égards, des progrès remarquables ont été accomplis. Mais ces aspects positifs du bilan ne sauraient cacher les aspects plus négatifs de l'évolution du système. Notre mandat comme Commission d'enquête est de repérer avec le plus de précision possible les enjeux et les problèmes. Il est donc inévitable que nous nous attardions plus longuement sur les aspects négatifs que sur les aspects positifs. Rappelons d'abord les progrès accomplis.

1. Les acquis

1.1 L'accessibilité universelle et gratuite aux services

La caractéristique fondamentale du régime instauré au cours des années 70 est son caractère universel et gratuit. La loi est on ne peut plus explicite:

> Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des res-

> sources des établissements qui dispensent ces services. (art. 4, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

Dans le domaine des services de santé, la consultation médicale et les soins médicalement requis sont universellement accessibles et gratuits. Dans le domaine des services sociaux, ce sont les priorités fixées par l'État qui définissent les services sociaux universellement accessibles et gratuits. Ainsi, par la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, l'État définit une gamme de services fournis gratuitement à tous ceux qui en ont besoin. Pour les services de santé comme pour les services sociaux, la loi impose cependant une limite importante, à savoir la disponibilité des ressources.

L'universalité et la gratuité des services sociaux et des services de santé sont les acquis majeurs des deux dernières décennies. N'oublions pas qu'il y a quelque trente ans, les gens pouvaient littéralement être ruinés financièrement par la maladie. En 1964, par exemple, 43 % seulement de la population avaient une police d'assurance-maladie et seulement 20 % avaient une couverture complète. En pratique, seuls les riches pouvaient se prémunir contre les risques financiers associés à la maladie alors que les très pauvres étaient protégés par la *Loi de l'assistance publique*. Quant aux classes moyennes, elles étaient laissées à elles-mêmes, ce qui en a conduit plusieurs à la ruine financière. Aujourd'hui, les services sont accessibles à tous, sans distinction de revenu, d'âge, de race ou de lieu de résidence: 100 % des résidents québécois sont couverts par le régime public. Il est maintenant illégal qu'une médecine se développe pour les riches et une autre pour les pauvres.

Ce régime a permis à ceux qui, dans le passé, avaient difficilement accès aux services médicaux d'y accéder pour des problèmes nécessitant une surveillance médicale. Contrairement à la situation qui prévalait il y a 20 ans, il y a peu ou pas de différence entre les couches sociales quant au recours aux services de santé curatifs. Cependant, les personnes plus pauvres se prévalent toujours moins souvent que les personnes plus aisées des services de santé préventifs et les inégalités d'état de santé entre couches sociales perdurent pour des raisons qui ont souvent peu à voir avec l'organisation des soins: exposition plus grande à certains facteurs de risque, cumul de handicaps, conditions matérielles d'existence.

Dans le domaine social, l'universalité d'accès aux services a permis d'élargir la couverture des services offerts et d'éviter l'approche sélective

basée sur la capacité de payer ou sur la situation extrême de détresse. Dans les faits cependant, les services sociaux sont encore utilisés quasi uniquement par les personnes les plus pauvres et en situation extrême de besoin de protection. Cela s'explique par les préjugés qui entourent encore ces services et par le manque de ressources disponibles au sein des organismes de services sociaux, ce qui oblige à faire une sélection en faveur des plus démunis.

L'existence d'un régime universel et gratuit a aussi permis de mettre en place des méthodes impartiales et équitables d'évaluation des besoins lorsque les ressources sont restreintes. Ces méthodes éliminent l'arbitraire et les jeux d'influence qui auparavant étaient trop souvent à la base des décisions d'offrir ou non un service à une personne donnée. C'est ainsi, par exemple, que toute demande d'admission en centre d'accueil d'hébergement ou de réadaptation doit obligatoirement être évaluée par un comité régional d'admission. Pour rendre leurs décisions en matière d'hébergement de personnes âgées les plus objectives possible, ces comités se sont dotés d'un instrument destiné à évaluer la nature et la quantité de services requis. De tels instruments sont utilisés maintenant pour les personnes aux prises avec d'autres problèmes. Tout récemment, des comités de placement pour l'accès aux familles d'accueil sont devenus obligatoires. Bref, la création de ces comités a permis que les demandes soient examinées et les priorités accordées en fonction des besoins et de la disponibilité des ressources. Encore ici, le principe de l'universalité d'accès aux services a permis que soient évacués l'arbitraire et l'injustice.

De l'avis de la Commission, cet acquis doit être préservé et le système doit continuer à évoluer dans le sens d'une plus grande impartialité dans l'évaluation des besoins et d'une plus grande équité dans l'accès aux ressources. De nombreux défis restent à relever néanmoins: l'accès aux services dans les régions éloignées est parfois difficile; les barrières culturelles et organisationnelles sont encore nombreuses pour les milieux moins aisés et pour les communautés culturelles; la manque de ressources est flagrant dans le domaine des services sociaux. Mais le chemin déjà parcouru est important et, à maints égards, remarquable.

1.2 Diverses tentatives d'intégration des services de santé et des services sociaux

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a cette caractéristique originale – louangée à travers le monde – de vouloir intégrer dans une démarche commune les services de santé et les services sociaux et, par là, d'essayer d'ouvrir les pratiques curatives aux dimensions plus sociales

de la maladie, de la misère et de la souffrance. C'est dans cet esprit que la Commission Castonguay-Nepveu parlait de médecine globale et que furent créés les CLSC et les DSC.

L'intégration des préoccupations sociales et sanitaires s'est opérée de diverses manières dans les CLSC. Par exemple, après qu'on se soit rendu compte à maintes reprises que les pathologies de plusieurs personnes âgées provenaient surtout de leur isolement social, les CLSC ont décidé de mettre sur pied des groupes d'entraide pour les aider à se sortir de cet isolement. Ailleurs, constatant le désoeuvrement d'une partie de la jeunesse, on a aidé à mettre en place des maisons de jeunes. Dans l'ensemble, tous les CLSC ont intégré le programme d'aide à domicile des personnes âgées, qui relevait traditionnellement des praticiens sociaux, et le programme de soins à domicile dont la responsabilité est médicale. Ceci a permis la mise en place de plans globaux de prise en charge centrés sur la personne âgée et ses besoins. De plus, on a associé les travailleurs sociaux aux services médicaux de santé maternelle et infantile de manière à intervenir à la fois par rapport à des problèmes de soin et par rapport à des problèmes de compétence parentale.

Le rattachement aux CSS des intervenants sociaux oeuvrant en milieu hospitalier a permis l'affirmation de pratiques sociales orientées vers les problèmes psychosociaux liés à la maladie et a renforcé les liens avec l'ensemble des services sociaux offerts dans la communauté. Il aura contribué à donner aux intervenants sociaux le sentiment d'avoir un rôle professionnel autonome par rapport à celui des professions proprement médicales. De manière générale, il a facilité la complémentarité des pratiques sociales et des pratiques de soins.

Ces efforts pour ouvrir l'approche santé à des préoccupations sociales se manifestent également dans les DSC. Un plus grand nombre de recherches et de programmes d'intervention sur les composantes sociales de l'étiologie des maladies s'y sont développés. La Commission a répertorié entre autres des travaux et des projets d'intervention concernant l'alcoolisme, la santé mentale, la sexualité des adolescents, l'inceste, l'isolement social et la consommation des services de santé chez les personnes âgées. Ces travaux ont élargi le champ traditionnel de la santé publique axé sur la périnatalité, les maladies transmissibles sexuellement, la vaccination. De plus, avec leurs équipes de plus en plus multidisciplinaires, les DSC ont réussi à dresser des profils détaillés de l'état de santé de la population sur leur territoire et à s'attaquer à la prévention de problèmes de santé particuliers par le dépistage ou par l'éducation sanitai-

re, par la création de programmes de santé au travail et par des actions concertées pour améliorer la qualité de l'environnement physique.

Paradoxalement, c'est le Ministère qui a été le plus lent à essayer de rapprocher les missions de bien-être et de santé de son réseau. Les budgets sont encore alloués par catégorie d'établissement, ce qui ne peut qu'accentuer le manque de collaboration entre les établissements de services de santé et ceux qui dispensent des services sociaux. Au sein du Ministère, les fonctionnaires qui s'occupent du social et ceux qui s'occupent de la santé relèvent d'une ligne hiérarchique différente. Mais les choses changent. Par exemple, le Ministère a récemment créé un « service à la communauté, à la famille et à la jeunesse » pour coordonner l'action des organismes bénévoles, des CLSC, des CSS et des centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs. Il a également intégré les services de longue durée qui s'adressent aux personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie afin, encore là, de mieux les coordonner.

De l'avis de la Commission, ces tentatives d'intégration du social et de la santé représentent un immense pas en avant dans l'effort collectif d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

1.3 L'amélioration de l'état de santé

Un des objectifs majeurs des réformes des années 70 était d'améliorer l'état de santé des Québécois. Par une meilleure accessibilité aux services curatifs et par le développement de la prévention, grâce aussi au progrès des conditions de vie, on espérait que le tableau général de la morbidité et de la mortalité s'améliorerait.

Certains résultats sont assez probants. De 1971 à 1980, on a réduit de plus de 50 % la mortalité périnatale. Alors que la Commission Castonguay-Nepveu dénonçait l'incapacité du système à réduire la mortalité infantile – le Québec avait alors le taux le plus élevé du Canada – nous avons aujourd'hui le taux le plus bas du Canada et l'un des plus faibles au monde. De 1951 à 1984, l'espérance de vie a augmenté de 7,5 ans pour les hommes et de 11 ans pour les femmes. Le Québec est ainsi devenu un des endroits du monde où on vit le plus longtemps.

Comme dans les autres pays industrialisés, la santé dentaire des Québécois s'est améliorée: chez les 13-14 ans, par exemple, il y avait en moyenne 9 dents atteintes en 1977 contre seulement 6 en 1984. Le programme gouvernemental d'assurance dentaire a permis un meilleur traitement: des 9 dents atteintes en 1977, 5,6 devaient être traitées; des 6

dents atteintes en 1984, seulement 1,1 devait être traitée. Ceci étant dit, il reste que la santé dentaire des Québécois peut encore être améliorée, les Ontariens du même âge ayant beaucoup moins de caries.

Bien que les maladies cardio-vasculaires et les décès dus au cancer du col de l'utérus diminuent, d'autres problèmes de santé augmentent, comme le suicide, les cancers du poumon et du sein, les maladies transmissibles sexuellement.

Il y eut également des améliorations notables dans l'organisation des services médicaux à domicile. Des services pour personnes handicapées existent maintenant, alors qu'il n'y en avait pas il y a 20 ans. De plus, les lois réflètent une meilleure acceptation des personnes handicapées par la société: les logements, les toilettes publiques, les trottoirs et les systèmes de transports sont infiniment mieux adaptés.

Bref, une amélioration considérable de l'état de santé et du bien-être de la population s'est produite depuis 20 ans. Celle-ci est en partie attribuable à l'organisation des services sociaux et des services de santé que le Québec s'est donnée.

1.4 L'amélioration de l'approche des problèmes sociaux

Avant les années 60, les services sociaux étaient destinés presque exclusivement aux assistés sociaux, aux indigents et aux déficients. On voulait, par charité, aider les gens dans le besoin. Au cours des années 60, les agences diocésaines se mirent à développer une approche plus psychosociale de la pauvreté et à offrir des services à toute la population, tels les services de consultation pour les couples ou pour les familles ayant des problèmes de relations entre les parents et les enfants. Cette approche nouvelle variait beaucoup d'une localité à l'autre, selon les ressources financières et le dynamisme de chacune. Avec la loi garantissant l'universalité d'accès au début des années 70, ces services psychosociaux sont devenus disponibles à tous.

Alors qu'auparavant les services n'avaient pour cible que les plus démunis, voilà qu'avec le temps toute la population devient « à risque », c'est-à-dire susceptible de vivre un jour ou l'autre un problème social et d'être obligé de consulter un praticien. Cette perspective diminue de ce fait le sentiment de marginalité traditionnellement ressenti par ceux et celles qui devaient voir un travailleur social dont d'ailleurs le prestige et le statut étaient extrêmement bas.

Dans ce contexte d'évolution, le nombre élevé de placements d'enfants en institutions et en familles d'accueil, dénoncé par la Commission Castonguay-Nepveu, est passé de 45 000 en 1970, à 17 000 en 1985. On respecte donc plus les milieux naturels et on évite de disloquer les familles, à moins que des conditions objectives ne rendent absolument nécessaire le placement de l'enfant.

Cette réhabilitation de la place de la famille et du milieu naturel est au coeur des politiques et des nouveaux programmes, tels ceux de maintien à domicile des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes souffrant de problèmes mentaux. Elle se manifeste également dans le transfert de ressources et de responsabilités des CSS vers les CLSC. Les CLSC étant plus près des milieux de vie, on a jugé plus adéquat qu'ils assument la responsabilité complète du maintien à domicile des personnes âgées et des services à offrir aux familles, sauf la protection de la jeunesse qui relève de la compétence exclusive des CSS.

Les services sociaux essayent, dans la mesure où faire se peut, d'éviter à diverses clientèles le fardeau de l'institutionnalisation dans des organismes impersonnels: ainsi parle-t-on de désinstitutionnalisation, si la personne est placée, ou de non-institutionnalisation, si elle ne l'est pas. Alors qu'auparavant, déficients et malades mentaux étaient traités ensemble dans d'oppressantes structures asilaires, on essaye, dans la mesure du possible, de distinguer ces deux types de clientèles. On cherche le plus possible à leur permettre de vivre dans leur milieu naturel de vie ou, à tout le moins, dans des milieux plus petits et plus personnels, plus proches du modèle du milieu familial. De la même manière, on cherche à éviter le placement des personnes âgées dans des hospices qui peuvent être très aliénants malgré tous les efforts faits pour les rendre accueillants. En réservant l'hébergement et l'institutionnalisation aux cas les plus lourds, on s'est mis à prévoir toute une série de programmes pour maintenir les personnes âgées à domicile et pour les aider à garder leur autonomie le plus longtemps possible.

Les deux clés de ce changement majeur d'orientation ont été la mise en place de soutiens à la famille, tels les services d'auxiliaires familiales et les ressources dites intermédiaires dont la variété n'a cessé d'augmenter même si leur nombre demeure insuffisant. Il y a maintenant des familles d'accueil pour personnes handicapées, intellectuellement ou physiquement, pour personnes âgées, pour personnes ayant des problèmes psychiatriques et pour enfants mésadaptés socio-affectifs ou en situation de besoin de protection. Certaines familles d'accueil se sont spécialisées dans la réadap-

tation ou dans le soutien de certaines clientèles qui nécessitaient auparavant un hébergement de longue durée. Les organismes publics ont aussi mis sur pied des appartements supervisés, des corporations d'hébergement sans but lucratif, des résidences de fin de semaine de même que des programmes d'aide et de surveillance à domicile. Depuis 1979, des services d'urgence sociale ont été créés; ils fonctionnent 24 heures par jour, 365 jours par année. De plus, les organismes communautaires et bénévoles ont aussi créé des services d'urgence. C'est le cas, par exemple, de Tel-Aide ou de SOS-Suicide.

Ce vaste mouvement des quinze dernières années est, aux yeux de la Commission, un acquis important de notre système de services de santé et de services sociaux. Il a permis de mettre à jour les problèmes sociaux que doivent prendre en charge les services publics. Les besoins en matière de protection de l'enfance sont maintenant mieux définis. L'aide apportée aux déficients et aux malades mentaux devient de plus en plus personnalisée et appropriée aux besoins. Les besoins des personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie sont mieux évalués et les ressources disponibles mieux adaptées. Les problèmes de violence retiennent l'attention et des ressources publiques et communautaires se sont mobilisées pour en contrer les effets. Les droits des personnes handicapées sont mieux reconnus et des services ont été mis en place à cet effet. Bref, malgré les débats et les tergiversations, malgré les erreurs et les improvisations, notre système fournit maintenant des services sociaux mieux adaptés aux problèmes qui sont mieux compris.

1.5 Des coûts sous contrôle

Ces dernières années, il a maintes fois été dit que les services sociaux et les services de santé coûtaient exagérément cher au Québec, que les coûts croissaient à un rythme inquiétant, bref, que le système semblait sous cet angle hors de contrôle.

Un examen attentif de certains faits saillants de l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé permet de nuancer ces jugements alarmistes:

- En 1985, le Québec a consacré à la santé et aux services sociaux 9,1 % de sa richesse collective, ce qui le situe au même niveau que la France, la Hollande et la Suède, à un niveau plus élevé que la moyenne canadienne (8,4 %), mais à un niveau sensiblement plus faible que celui des États-Unis (11 %).

- Au cours des dix dernières années, les dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale se sont accrues au même rythme que l'ensemble des dépenses publiques; pendant ce temps, la quantité de services rendus par habitant restait pratiquement stable.
- Au cours de la même période, les dépenses publiques de santé ont augmenté moins vite au Québec que partout ailleurs au Canada et la proportion de celles-ci dans les dépenses totales (publiques et privées) de santé est passée de 83 % à 79 %.
- De 1971 à 1985, les dépenses totales de santé se sont accrues à un rythme légèrement supérieur à celui de notre richesse collective, phénomène généralement constaté dans tous les pays de l'OCDE.

En somme, prise globalement, l'évolution des coûts du système des services sociaux et des services de santé est loin d'être débridée. Au contraire, le Québec aura su, au cours des quinze dernières années, contrôler leur croissance. Il aura pu aussi maintenir l'effort et le cap, malgré les périodes parfois difficiles qui ont marqué la mise en place et la consolidation du système.

Les caractéristiques mêmes du financement des services sociaux et des services de santé au Québec, à savoir un financement pour l'essentiel public et basé sur la fiscalité, auront certes contribué à cette performance. En effet, malgré la mise en place d'un réseau d'établissements d'envergure, les dépenses ne se seront accrues qu'à un rythme légèrement supérieur au PIB. Touché plus que les autres provinces par la récession, le Québec a aussi pu réviser sa planification budgétaire et ralentir le rythme des dépenses, sans pour autant toucher ni remettre en question l'accessibilité universelle et la gratuité des services assurés. Il a réussi à mieux contrôler les rémunérations et à encourager les gains de productivité et les innovations. Le contexte budgétaire serré a permis en effet qu'on fasse autant, voire davantage, avec moins de ressources, que se développent par exemple la chirurgie d'un jour, les centres de jour, les ressources intermédiaires, que diminuent les journées d'hospitalisation pour de nombreux diagnostics et interventions médicales.

En outre, ces caractéristiques du financement auront entraîné d'autres avantages pour le Québec, à savoir:

- Associer aux services sociaux et aux services de santé des effets redistributifs importants, car leur financement vient en majorité de l'impôt progressif sur le revenu.

- Assurer, malgré des arbitrages souvent difficiles, un compromis démocratiquement plus acceptable entre les besoins sociaux et les besoins de santé et le caractère forcément limité des ressources disponibles.

Sur ce dernier point, on notera que, contrairement aux caractéristiques du financement au Québec, dans les pays où l'assurance privée domine, les citoyens, qui ne sont pas couverts par leur employeur ou qui n'ont pas les moyens de payer des primes de plus en plus élevées ou la chance d'être pris en charge par un programme public sélectif, restent tout simplement sur le carreau. C'est le cas aux États-Unis où plus de 37 millions de personnes se retrouvent actuellement sans couverture, soit 15 % de la population. Par ailleurs, il existe également des systèmes où le financement public domine mais sous la forme d'un régime d'assurance sociale financé par cotisations dans des caisses. Dans ce cas, les décisions sont prises uniquement par l'administration du régime, sans visibilité publique ou sans consultation auprès de la population.

2. Les problèmes

La consultation générale, la consultation d'experts et le programme de recherche ont constitué les trois principales sources d'information de la Commission. Elles lui ont permis de préciser les problématiques, de cerner les enjeux et d'identifier les problèmes, nombreux et variés, du système de services de santé et de services sociaux. De l'ensemble des informations recueillies, se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décision, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la dispensation des services et l'efficience du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent: groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc.; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes.

Il y a dans ce vaste réseau de fonctionnaires, de professionnels, de gestionnaires et d'établissements, une absence quasi complète d'objectifs de résultats, c'est-à-dire d'objectifs qui permettraient d'évaluer si les réponses données aux besoins de la personne et de la population sont complètes, pertinentes et satisfaisantes. Qui plus est, les ministères ne parviennent pas à unir leurs efforts dans des domaines aussi variés que l'emploi, l'éducation, l'environnement, la justice et les affaires sociales. Les gouvernements n'arrivent pas à coordonner leur stratégie de lutte contre la pauvreté et le chômage. Les établissements, les organismes communautaires et les familles n'arrivent pas davantage à s'organiser par rapport aux services à rendre. Bref, on parvient difficilement à adopter une approche intersectorielle. Si une telle approche était mise en place, la santé et le bien-être de la population en seraient grandement améliorés. Mais, pour y arriver, il faut penser « résultat », une tournure d'esprit trop souvent absente du réseau actuel malgré l'évidente bonne volonté de ceux qui y oeuvrent et dont a pu se rendre compte la Commission tout au long de ses travaux.

2.1 Des services trop souvent discontinus, incomplets et impersonnels

Au cours de la consultation, la Commission a été frappée par le fait que bon nombre de services offerts n'avaient pas le caractère continu, complet et personnalisé qu'ils devraient avoir. Certains exemples nous ont particulièrement impressionnés.

Ainsi, une personne, même débrouillarde et patiente, peut avoir des difficultés à trouver de l'aide pour un jeune en détresse. Heureusement qu'existent les services « 911 » à Montréal et « Info-santé » à Québec ! De la même manière, à sa sortie d'un hôpital psychiatrique, une personne peut ne pas trouver, ou trouver difficilement, une aide compétente et adéquate pour éviter qu'une crise aiguë ne survienne de nouveau ou, le cas échéant, pour y faire face. Le temps d'attente entre un signalement et l'évaluation d'un cas, en matière de protection de la jeunesse, peut être tellement long que la notion même de protection perd son sens. Que le public ne sache pas comment acheminer une plainte, qu'une personne âgée soit sur un brancard à l'urgence pour de longues périodes de temps, qu'une femme violentée n'arrive pas à trouver des services appropriés, que des gens soient obligés de passer des mois à attendre et de dépenser une fortune avant de trouver une solution pour leurs parents âgés en perte d'autonomie, qu'aucune organisation publique ne puisse s'occuper adéquatement des innombrables cas de détresse sociale qui se présentent quotidiennement dans les urgences des hôpitaux des grandes villes, voilà toute une série d'indicateurs de discordance et d'inadéquation des services offerts et des

besoins à combler. On force le public à « magasiner » pour obtenir des services, sans l'aider à s'y retrouver.

Et que dire de tous ceux qui ne se rendent même pas dans l'une ou l'autre des portes d'entrée du réseau parce qu'ils ne savent pas que des services pourraient les aider, parce qu'ils arrêtent de chercher de l'aide, découragés qu'ils sont de se faire renvoyer d'une personne à l'autre ou d'un établissement à l'autre, ou tout simplement parce qu'ils ont peur.

Ce caractère trop souvent discontinu, incomplet et impersonnel des services, la Commission l'a constaté auprès d'à peu près toutes les clientèles du réseau. L'impression d'être ballotté est partagée autant par les gens qui vivent des maladies chroniques, que par les personnes âgées, les jeunes en situation de besoin de protection, les femmes violentées ou les malades mentaux.

Cette situation s'explique en partie par le manque de ressources mais aussi par le manque de collaboration et de concertation entre les intervenants et les établissements. Le cas des adolescents est à cet égard typique. Plusieurs experts, surtout des milieux communautaires et du milieu de l'éducation, disent constater chez les intervenants qui travaillent avec les adolescents, un climat de chasse gardée et de concurrence pour la prise en charge d'un bénéficiaire. Le système de services de santé et de services sociaux est morcelé au point qu'un même adolescent peut à la fois être bénéficiaire d'un CLSC et d'un CSS, mais aussi d'un centre d'accueil et d'un centre hospitalier. Cette situation l'oblige à se raconter à plusieurs praticiens, alors qu'il n'a besoin que d'une seule personne en qui il a confiance.

De manière générale, en matière de concertation entre les différents établissements ou entre les différents ministères, les experts sont unanimes: la collaboration est très difficile. Certains affirment même que la collaboration entre des intervenants de différents établissements n'est possible que s'il existe, par ailleurs, de bonnes relations personnelles entre eux. Ils vont jusqu'à dire que la collaboration se fait presque « en dépit du système ».

Le manque de collaboration et de concertation a particulièrement été noté dans les endroits suivants:

- Entre les CLSC et les CSS: Lorsque les CLSC ne savent comment traiter efficacement un cas particulier, ils l'envoient aux CSS. Mais ces

cas sont alors placés sur des listes d'attente ou ne sont pas retenus parce qu'ils ne constituent pas des cas de protection au sens strict du terme.

- Entre les CSS et les CAR: Ces deux organismes se disputent depuis de nombreuses années le champ de la réinsertion et de la réadaptation. On n'arrive plus à savoir et à comprendre le partage des responsabilités.
- Entre les organismes communautaires et le réseau institutionnel: Les premiers craignent d'être contraints de répondre à des critères d'intervention et de rentabilité qui n'ont rien à voir avec les besoins des clientèles et avec les objectifs qu'ils poursuivent; de leur côté, les intervenants du réseau notent un manque de collaboration de la part des organismes communautaires en ce qui concerne les plans d'intervention qu'ils ont établis pour leur client.
- Entre les praticiens de la santé et les intervenants sociaux: Les premiers sont souvent accusés de ne pas diriger la clientèle vers les intervenants sociaux et de la monopoliser. Mais les praticiens de la santé se plaignent, quant à eux, de l'inefficacité des intervenants sociaux.
- Entre le MSSS et les autres ministères: Ceux-ci détiennent parfois des éléments clefs pour résoudre certains problèmes. Ainsi, les procédures et les modes de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation et du ministère de la Justice ou de l'Environnement concourent souvent à créer des chasses gardées et des cloisonnements peu propices à l'efficacité des services.

En résumé, un système, où chacun définit en vase clos son propre champ d'intervention, favorise les dédoublements et l'émergence de zones grises en matière de services et de clientèles rejointes, amène des services discontinus et incomplets. Les gens ont alors l'impression d'être ballottés d'un endroit à l'autre, alors qu'ils cherchent au contraire une personne solide et compétente sur qui s'appuyer, chez qui trouver de l'aide.

En fait, les intervenants et les établissement sont eux-mêmes très conscients de ces problèmes. Leurs doléances vont toutes dans la même direction. Tous ressentent une très grande difficulté, voire une incapacité, à s'ajuster aux besoins et aux attentes de la population.

- Les CLSC sont débordés avec leurs programmes de maintien à domicile et ils sont fatigués des tiraillements incessants des dernières années avec les CSS, les CAH, les DSC et la CSST. Ils ont le sentiment d'être le bouc émissaire du système alors que leur mission de réhabilitation du milieu naturel est souhaitée, en théorie, par le public et par l'ensemble du réseau.

- Les CAH se plaignent du manque de place et du manque de ressources. Ils estiment que la clientèle des CHSP est à peine 15 % plus lourde que la leur, mais ils disposent d'un per diem qui, en moyenne, est deux fois plus faible que celui des CHSP.
- Les services aux personnes handicapées se caractérisent par une insuffisance de ressources, malgré la politique de reconnaissance de leurs droits.
- Les citoyens de certaines régions estiment que les écarts de ressources disponibles entre les régions ou à l'intérieur des régions sont intolérables pour la population.
- Les organismes communautaires et bénévoles se plaignent que leur contribution n'est pas assez reconnue et que la collaboration des services publics est insuffisante. On leur demande de s'occuper, avec peu d'argent, de besoins extrêmement importants: femmes violentées, jeunes désoeuvrés, ex-patients psychiatriques, itinérants, etc. Plusieurs ressources de ce type ont dû récemment fermer leurs portes.
- Les travailleurs sociaux dans les écoles déplorent de ne plus avoir le temps de s'occuper du dépistage des enfants ou de familles à problèmes et de ne pouvoir dès lors faire de la prévention, ce qui désengorgerait les services de la protection de la jeunesse.
- Les familles d'accueil se plaignent de se voir confié des bénéficiaires sans recevoir de soutien adéquat des établissements et des professionnels qui les leur confient.
- Vu l'absence de soutien aux familles et les difficultés qu'ils éprouvent à mettre en place des ressources intermédiaires, les intervenants dans le domaine de la santé mentale ont le sentiment d'abandonner les malades mentaux à la rue quand ils quittent l'hôpital psychiatrique.
- Les urgences des hôpitaux se sentent incapables de faire face à la demande, car trop souvent elles sont utilisées par le public comme la porte d'entrée par excellence pour obtenir des services de tous ordres. Elles se sentent particulièrement impuissantes devant les problèmes de détresse sociale et de maladie mentale auxquels elles doivent répondre et devant le nombre élevé de lits occupés par les malades en soins prolongés.
- Les directeurs de la protection de la jeunesse se sentent complètement débordés. Comme les urgences hospitalières, ils ont le sentiment d'être la seule porte d'entrée pour le traitement des problèmes liés à l'enfance et à la jeunesse. En 1985-1986, 12,4 enfants sur mille étaient signalés à la Direction de la protection de la jeunesse; en Ontario, ce chiffre est

de 17,5. En Ontario, on a réussi à mettre en place des moyens d'intervention rapide: pour les signalements retenus, ces interventions se font à l'intérieur d'une période de 24 heures. Au Québec, les délais sont considérablement plus longs, il se peut qu'on doive même attendre six mois entre le signalement et l'évaluation. De plus, les directions de la protection de la jeunesse ont le sentiment de ne pas être pris au sérieux.

Bref, de cette liste qui n'est pas exhaustive, il ressort que nombre d'intervenants et d'établissements ont le sentiment de ne plus pouvoir fournir des services continus et complets, des services adéquats et de qualité. Même si leurs propos traduisent une volonté certes légitime d'obtenir plus de ressources financières, il ne faut pas qu'y voir une stratégie de revendication. En fait, ils reflètent un malaise profond dans la manière dont les priorités sont établies, les ressources allouées et les services coordonnés les uns avec les autres.

Devant ce malaise, la Commission porte cinq jugements.

1. Il est impératif que le réseau assure la coordination des services pour que cesse la pratique actuelle qui consiste à offrir, un peu à la manière d'une cafétéria, un éventail de services discontinus et incomplets.
2. Il est possible qu'un gouvernement doive limiter les services qu'il offre gratuitement à la population. Mais ce rationnement doit être le plus équitable possible et ne pas résulter d'un rapport de forces où, de toute évidence, les plus forts seront toujours les gagnants. Dans ce contexte, la Commission se permet d'affirmer qu'il y a un manque réel de ressources dans tous les secteurs d'activité qui visent à résoudre les problèmes sociaux.
3. Force est de reconnaître que le Ministère et le gouvernement n'ont souvent pas de politique claire et explicite à l'égard de certains problèmes particuliers. Par exemple, le Québec est la seule province canadienne à ne pas avoir un programme bien orchestré de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Dans d'autres domaines tels que la santé mentale, la famille, la prévention des maladies, des comités d'experts ont proposé des avenues intéressantes. La Commission espère que le Québec en verra l'aboutissement.
4. Force est également d'admettre que, s'il y a énoncé d'une politique claire, il arrive fréquemment qu'elle ne se concrétise pas. On fait des politiques, mais les moyens ne suivent pas, comme c'est le cas

pour les services aux personnes âgées. Trop souvent aussi, on improvise dans l'application des politiques, sans préparer les établissements, les intervenants et la population, comme cela se passe pour la désinstitutionnalisation des malades mentaux et la non-institutionnalisation des personnes âgées. Enfin, on néglige souvent d'informer et de soutenir les familles de clientèles cibles.

5. Enfin, la Commission constate l'utilisation peu judicieuse de l'évaluation dans la réorientation des programmes et des politiques. Ainsi, on n'a jamais fait d'évaluation sérieuse du développement des ressources intermédiaires ou du processus de désinstitutionnalisation des malades mentaux. Quand des évaluations sont faites, le plus souvent on n'y donne pas suite. Cela est particulièrement vrai pour diverses politiques concernant les personnes handicapées, la répartition régionale des effectifs médicaux et la protection de la jeunesse. Or, les évaluations qui ont été faites pourraient permettre de réorienter les ressources, les structures et les programmes.

2.2 Des ressources humaines mal gérées et démotivées

La Commission a été à même de constater, lors de ses tournées de consultation et par ses travaux de recherche, que les ressources humaines du réseau des services de santé et des services sociaux sont démotivées et peu valorisées, qu'elles sont négligées et mal gérées sous bon nombre de rapports. Ceci peut à moyen terme entraîner de graves conséquences, car la qualité des services offerts repose d'abord et avant tout sur les gens qui les dispensent.

2.2.1 La gestion des ressources humaines

Si la Commission porte un jugement sévère sur la gestion des ressources humaines, elle n'en tient pas pour uniques responsables les gestionnaires des établissements. C'est le système de gestion qui est en cause, autant que les personnes. En effet, submergés par les directives sans cesse plus nombreuses du Ministère, impuissants à contrôler leurs finances, incapables de composer avec des conventions collectives négociées centralement, et obligés, dans le cas des hôpitaux, de gérer des médecins qui pour la plupart sont des entrepreneurs privés, les gestionnaires sont confrontés à un défi à peu près impossible à relever: administrer malgré les contraintes qui réduisent à presque rien leur marge de manoeuvre financière et organisationnelle. Les administrateurs sont ainsi devenus, au fil des ans, des gérants de conventions collectives et de directives plutôt que des gestionnaires de ressources humaines. En ce sens, on peut même dire de certains qu'ils ont démissionné de leurs responsabilités. Les fonctions

fondamentales de la gestion de personnel ont aussi été éclipsées: soutien et motivation des employés, création et maintien d'un bon climat de travail, évaluation des compétences et adaptation de l'organisation du travail aux besoins de l'établissement et des travailleurs.

Quant aux médecins, étant donné qu'ils sont rémunérés à l'acte pour les tâches cliniques sans vraiment être au service de l'établissement, ils sont peu incités à s'occuper de tâches administratives au sein de l'hôpital. Or, tel est bien le paradoxe: les médecins sont les véritables clefs de voûte du travail hospitalier et pourtant ils ne s'occupent pas vraiment de gérer l'hôpital. C'est sans grand succès que le gouvernement essaye, depuis 1984, de les rendre un peu plus imputables.

Certains aspects de la réglementation professionnelle posent également des problèmes, particulièrement chez les professionnels de la santé. Conçue pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, cette réglementation a eu l'effet exactement contraire: elle a encouragé le corporatisme étroit et rigide, empêché le travail interdisciplinaire, renforcé la hiérarchisation des professions et donné lieu à un juridisme des plus contraignants.

Dans le secteur de la santé, onze corporations jouissent du monopole de l'exercice. Celles-ci devaient s'entendre sur un certain nombre d'actes délégués. Or, comme la notion du champ de l'exercice exclusif est générale, elle prête facilement à des interprétations divergentes. Elle incite les professionnels à en élargir le sens, ce qui ne manque pas de soulever les objections des autres groupes qui se sentent ainsi victimes d'empiètement ou menacés dans leur expansion. Il en résulte alors des négociations de frontières interminables. Aussi, le processus de délégation des actes n'est pas encore terminé aujourd'hui, quatorze ans après la réforme des professions. Ce processus a généré plus de conflits qu'il n'a favorisé la collaboration. Cela a obligé certains établissements à utiliser des stratégies de contournement: dans les centres d'accueil, par exemple, il fallait bien que les éducateurs et préposés jouent, en l'absence de personnel infirmier, une partie du rôle des infirmières.

L'octroi à certains groupes du statut de profession à titre réservé pose également des problèmes d'une tout autre nature cependant. Neuf corporations jouissent de ce statut dans les services de santé et deux dans les services sociaux. Les actes n'étant pas exclusifs, qui que ce soit peut offrir le même service au public en utilisant un autre titre. La prolifération de titres d'emploi équivalents ou de titres académiques est encouragée par les

établissements qui créent de nouvelles appellations pour l'embauche de certaines catégories de travailleurs.

2.2.2 Le climat de travail

Outre les problèmes propres aux gestionnaires, la situation paradoxale des médecins et les effets pervers de la réglementation professionnelle, la Commission a constaté un sentiment de malaise général et profond chez le personnel des services de santé et des services sociaux. Ce malaise s'exprime différemment selon le type d'établissement, la catégorie de personnel ou le milieu de travail; il n'en demeure pas moins que le malaise est réel.

Ainsi, certains interlocuteurs parlent de climat de travail détérioré, de relations du travail difficiles, de relations interprofessionnelles tendues ou conflictuelles, de morosité et d'absence de travail d'équipe. D'autres ont le sentiment de travailler à une chaîne de montage où les tâches sont parcellisées, où les gestes sont répétitifs et où la productivité est devenue la seule finalité.

La déshumanisation et la dépersonnalisation des soins et des services n'appartiennent plus aux seuls discours des « clients » exigeants, mais ces critiques sont de plus en plus partagées par ceux qui travaillent à la chaîne. En fait, dans l'état actuel du climat de travail dans le réseau, compte tenu des conditions de travail de certains salariés, la qualité des soins et des services serait déplorable, s'il ne restait pas une bonne dose d'empathie et de dévouement chez le personnel affecté aux soins des malades et aux services sociaux. Le personnel des soins infirmiers et les praticiens sociaux s'accordent pour dire qu'ils manquent de temps et de moyens pour dispenser des soins et des services de qualité, pour dénoncer que la quantité prévaut sur la qualité des services, que les normes et l'équilibre budgétaire tiennent lieu de critères et d'impératifs d'efficacité. Ils ne sont pas les seuls à le dire, tout le monde, ou presque, a le sentiment de ne plus pouvoir faire du bon travail.

Nonobstant cette détérioration du climat de travail, des expériences novatrices et concluantes prouvent que l'imagination et l'innovation ont toujours leur place et sont essentielles pour redonner un sens au travail bien fait et dynamiser toutes les ressources humaines. C'est précisément à partir de ces exemples convaincants que la Commission se permet de porter un jugement sévère sur un mode de gestion où les ressources humaines, qui sont pourtant parties prenantes dans la gestion des établissements de santé et de services sociaux, sont négligées et dévalorisées.

L'évolution des statuts d'emploi est l'illustration la plus évidente d'une planification à courte vue et d'une absence de considération pour les ressources humaines mais aussi, ultimement, pour la qualité et la continuité des soins et des services. Les établissements du réseau comptaient une masse considérable de main-d'oeuvre à temps partiel et d'occasionnels. Prétextant une plus grande flexibilité dans l'allocation des ressources humaines, les employeurs ont généré une main-d'oeuvre de deuxième classe: les employés à statut précaire. Or, malgré le vieillissement de la main-d'oeuvre régulière, on n'offre aux jeunes ces dernières années que des emplois instables et des conditions de travail peu attrayantes. Comment peut-on espérer alors attirer et retenir une main-d'oeuvre qualifiée et motivée? La progression de la précarité de l'emploi reflète la faiblesse de la planification de la main-d'oeuvre et apparaît souvent comme incompatible avec la qualité et la continuité des services. Elle dénote aussi une absence de préoccupations pour la qualité de vie des salariés et leur impose des contraintes considérables quant à l'élaboration d'un plan de carrière.

Le peu de préoccupations à l'égard des ressources humaines se manifeste aussi par l'absence d'accueil et d'initiation à l'embauche, sauf dans une minorité d'établissements. Ce type d'investissement est considéré comme superflu par la majorité des gestionnaires, alors qu'une minorité d'entre eux le considère comme nécessaire et rentable à long terme.

Quant à la formation en cours d'emploi et au perfectionnement, ils sont nettement sous-financés, si on les compare aux investissements consentis dans le réseau de l'éducation et dans l'ensemble de la fonction publique. En fait, ils sont trois fois moindres, sur la base de la masse salariale des effectifs, que dans l'éducation et la fonction publique. Certes, il est difficile d'évaluer les sommes exactes allouées à la formation et au perfectionnement dans le réseau de la santé et des services sociaux vu la multiplicité des sources de financement et des juridictions en cette matière. Il faut tenir compte des sommes négociées dans le cadre des conventions collectives, des priorités accordées par le Ministère, des efforts consentis par les CRSSS et les établissements. La coordination des efforts déployés à ce chapitre et la cohérence des initiatives et des priorités de chaque intervenant font encore largement défaut dans ce dossier. La consultation et la concertation des intervenants en matière de formation et de perfectionnement et l'élaboration d'une politique de développement des ressources humaines apparaissent comme des préalables à tout effort financier supplémentaire et doivent s'inscrire dans un processus d'évaluation objective et commune des besoins de la main-d'oeuvre et des établissements.

Le réseau de la santé et des services sociaux ne permet pas actuellement ou, à tout le moins, ne favorise pas la mobilité du personnel et des cadres entre les établissements. Le réseau offre à ses salariés bénéficiant de la sécurité d'emploi et à ses cadres des facilités de replacement en cas de mise à pied ou de fermeture de postes. La mobilité forcée ou involontaire est donc prévue, mais le réseau maintient des barrières à la mobilité volontaire des personnes entre les établissements. La sécurité d'emploi, l'ancienneté et les banques de congé, par exemple, ne sont pas transférables d'un employeur à l'autre et le réseau n'offre aucune incitation à la mobilité non plus que de chances de relever de nouveaux défis dans des milieux de travail différents. Sous cet angle le réseau n'en est pas un.

Le mode et le style de gestion qui caractérisent la majorité des établissements de services de santé et de services sociaux constituent les principaux obstacles à la motivation et à la valorisation des personnes. Cette gestion se caractérise par la rétention de l'information aux échelons supérieurs de la hiérarchie et par l'absence de consultation et de participation aux décisions pour la majorité des employés.

De façon générale, l'information est en effet accaparée et gardée jalousement, tel un privilège, par la direction, le conseil d'administration et les cadres supérieurs. Elle ne se rend pas aux employés et, dans bien des cas, n'atteint pas les cadres intermédiaires eux-mêmes.

Il en va de même de la participation aux décisions. Si la « gestion participative » émerge comme une nouvelle philosophie de gestion pour les directions et les cadres supérieurs, si la « planification stratégique » est perçue comme une nouvelle approche et un « état d'esprit » nécessaire, il n'en demeure pas moins que la place réservée aux salariés et aux cadres intermédiaires dans les instances décisionnelles est le plus souvent insignifiante. En fait, ils ne sont pas consultés sur leur propre organisation du travail et encore moins sur les orientations et les priorités de l'établissement.

La majorité des employeurs croient encore à l'autorité comme mode de gestion et au « droit de gérance » comme renfort de l'autorité. Les employés sont essentiellement perçus comme des exécutants et le taylorisme se maintient comme système dominant d'organisation du travail, principalement dans le secteur hospitalier.

Un type de gestion traditionnelle et autoritaire et une pratique syndicale militante et défensive ont pavé la voie à des rapports conflictuels qui, au

fil des ans, se sont judiciarisés. Dans un tel contexte et dans un cadre de négociations centralisées, l'adaptation des conventions collectives aux conditions locales est plus difficile.

Le bilan de la gestion des ressources humaines est donc passablement négatif, même si on ne peut le généraliser à tous les établissements. La précarité de l'emploi a atteint un seuil critique, la planification de la main-d'oeuvre n'apparaît pas comme une priorité pour les gestionnaires et le réseau, peu d'efforts sont consentis dans la formation et le perfectionnement des ressources humaines, la mobilité de l'emploi est très faible, un modèle de gestion arbitraire domine. Bref, les ressources humaines sont démotivées et même, dans bien des cas, démoralisées. Un redressement s'impose.

2.3 Les organismes et les établissements: un cloisonnement et un mauvais partage des responsabilités

Au fur et à mesure de ses travaux, la Commission a constaté d'innombrables tiraillements entre tous les organismes qui ont pour mandat de servir le public en matière de services sociaux et de services de santé:

- Le MSSS est un ministère débordé, à la remorque de son réseau, du Conseil du trésor et, dès lors, il fait face à des difficultés pour assumer un réel leadership. Malgré de récentes améliorations, il engloutit la majeure partie de ses énergies dans des fonctions de contrôle et de gestion, au détriment de la planification et de l'évaluation. Le Ministère passe le plus clair de son temps à négocier avec le Conseil du trésor, à contrôler les établissements et à colmater les brèches du système devant l'opinion publique. Pendant ce temps, les politiques, les priorités et leur application restent en suspens.
- Les établissements se sentent ensevelis sous les directives, les règlements, les conventions collectives et les contrôles. D'ailleurs, le budget des établissements n'a de « global » que le nom: nous sommes en fait revenus à des contrôles très serrés, voire tâtillons, de même qu'à des ajustements très fréquents. Dès lors, les administrateurs gèrent les conventions collectives plutôt que le personnel, les directives et les règlements plutôt que les services à donner. Par ailleurs, avec leur conseil d'administration autonome, les établissements se disent que le Ministère pourrait leur laisser plus de marge de manoeuvre.
- Malgré les responsabilités plus grandes qu'ils ont assumées au fil des ans, les CRSSS ont un rôle ambigu, coincés qu'ils sont entre le Ministère, les établissements et les associations d'établissements. En

fait, ils ont trois rôles à jouer: celui de mandant du Ministère, celui de représentant des établissements auprès du Ministère et celui de représentant de la population auprès des établissements comme du Ministère. Ces rôles étant contradictoires, chaque CRSSS a eu tendance à en privilégier un, au détriment des deux autres.

- Les associations d'établissements, en plus de jouer leur rôle légitime de défense des intérêts de leurs commettants, en sont venues souvent à être les interlocutrices privilégiées du MSSS, envers et par-delà les CRSSS dont ce devait être une des fonctions principales. Qui plus est, les associations d'établissements en sont venues à négocier le contenu de certains services, par exemple dans le domaine de la santé et sécurité du travail, dont la responsabilité incombe normalement au MSSS, aux CRSSS et aux établissements eux-mêmes.
- Les organismes communautaires et bénévoles ont le sentiment profond d'être le déversoir des services publics: en dehors des heures régulières d'ouverture de certains établissements publics, les clientèles se pressent aux portes des organismes communautaires et bénévoles, par ailleurs mal pourvus en ressources financières et humaines. Ces organismes reprochent au réseau public de se limiter à une reconnaissance théorique des approches dites « alternatives », des aidants naturels et des valeurs d'autonomie de la personne et de la famille. Dans les faits, ces approches sont souvent incompatibles avec les objectifs visés par les établissements. Dès lors, quand il y a négociation entre ces derniers et les organismes communautaires et bénévoles, ceux-ci sortent presque toujours perdants.
- Le cloisonnement entre les établissements est frappant. On est en compétition féroce qui pour de nouvelles ressources, qui pour une nouvelle technologie, qui pour obtenir « son » centre de jour... Pendant ce temps, on se renvoie, comme des balles, des personnes en détresse.

Devant cette situation, la Commission en est venue à porter le jugement suivant sur l'état des relations dans le réseau de services et d'établissements:

- Au Québec, la logique de consolidation des établissements et d'expansion des services en est venue à faire oublier celle des besoins à combler. Les moyens sont devenus une fin en soi.
- Il y a non seulement de la confusion, mais aussi apparence de mauvaise volonté dans les débats actuels sur la « mission » de chaque établissement. Ce débat ne fait que masquer des stratégies où chacun voudrait arriver à grossir son « empire organisationnel ». Le fond de la

question n'est rarement, voire jamais abordé, à savoir comment organiser des services et des établissements pour répondre le mieux possible aux besoins de ceux qui y font appel?

- Le mauvais partage des responsabilités entre les établissements, entre le MSSS, les CRSSS et les associations d'établissements, et entre le réseau public et les organismes communautaires et bénévoles crée une situation où ce sont les rapports de force entre les différents groupes d'intérêt, et non les objectifs de résultats à atteindre, qui définissent l'allocation des ressources.

2.4 La recherche: des acquis à consolider et des priorités à établir

Le Canada est, de tous les pays de l'OCDE, celui qui investit le moins de sa richesse collective dans le domaine de la recherche et du développement. Ainsi, en 1981, il investissait 1,2 % de son PIB en recherche, beaucoup moins que les États-Unis (2,5 %), le Japon (2,4 %), l'Allemagne (2,5 %), le Royaume-Uni (2,3 %), la France (2,0 %), les Pays-Bas (1,5 %), la Suède (2,2 %) et la Suisse (2,3 %). L'investissement du Québec se situe autour de la moyenne canadienne (1,2 % du PIB), en deçà de l'Ontario (1,7 % du PIB).

Cependant, ces vingt dernières années, le Québec a fait un immense bond en avant en matière de recherche bio-médicale. La création du Conseil de la recherche médicale du Québec en 1964 – comme complément aux autres organismes subventionnaires québécois et canadiens – et l'élargissement de son mandat quand il devient, en 1974, le Conseil de la recherche en santé du Québec et, en 1981, le Fonds de la recherche en santé, a permis le développement d'infrastructures de recherche solides. Ainsi, les chercheurs québécois ont obtenu des fonds de 16,3 % supérieurs à ceux obtenus en moyenne pour les cinq dernières années, par les chercheurs ontariens. De même, en 1985-1986, les groupes de recherche évaluative, clinique et épidémiologique financés par le Fonds de la recherche en santé du Québec ont bénéficié de fonds comparables à ceux décernés par leurs collègues ontariens du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada. On constate toutefois que l'Ontario reçoit toujours 2,5 fois plus de fonds des fondations privées à but non lucratif que le Québec.

La création de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec a permis la mise en place rapide de douze équipes universitaires de recherche dans le domaine de la santé et sécurité du travail. La création du Conseil québécois de la recherche sociale en 1979 est un premier pas dans le développement de la recherche sociale appliquée au Québec. De

même, la création d'un service d'évaluation au sein du MSSS en 1982, les efforts de certains DSC pour développer la recherche évaluative des besoins de clientèle et du suivi apporté aux programmes mis en place, la création de banques de données sont tous à mettre au bilan positif de la recherche au Québec.

Malgré cette évolution positive, des correctifs importants s'imposent:

- La recherche sociale appliquée est désespérément sous-développée. Nous avons dans nos universités d'excellents chercheurs en sciences humaines, mais peu d'entre eux se sont jusqu'à présent intéressés à des recherches appliquées à la documentation et à la résolution des problèmes sociaux particuliers. Ils se sont plutôt cantonnés dans la recherche fondamentale, orientée vers la compréhension des phénomènes sociaux généraux: mouvements sociaux, mobilité sociale, rôle de l'État dans la société, etc. En conséquence, des problèmes aussi divers que l'itinérance, la violence faite aux femmes, la pauvreté chronique et l'enfance maltraitée sont peu ou pas documentés. Quand ils le sont, ils le sont de manière générale. Comme ces recherches ne se soucient pas d'évaluer les programmes mis en place, elles ne peuvent servir de base à l'expansion ou à la réorientation des politiques gouvernementales, ni à la remise en question des pratiques sociales. Quant à la recherche dans les DSC, malgré les efforts déployés, elle n'a pas vraiment encore réussi à prendre son envol. Dans les autres organismes du réseau, notamment dans les CSS, les sommes allouées à la recherche sont dérisoires.
- Ces dernières années, le Québec s'est doté d'importantes banques de données. Il y en aurait quelque 150 à l'heure actuelle dans le réseau. Ces systèmes ont été construits pour mesurer des consommations de ressources en fonction de préoccupations de gestion. De façon générale, on dispose de beaucoup d'informations sur les processus mais de très peu sur les résultats obtenus en matière de santé et presque rien sur les résultats obtenus en matière de services sociaux. Par conséquent, toute tentative d'évaluation des politiques gouvernementales et de leurs répercussions sur les personnes et les populations visées est impossible. Le système accuse d'ailleurs dans ce domaine un retard important qui ne pourra être comblé qu'au prix d'investissements majeurs au cours des prochaines années. Fait significatif à noter, les hôpitaux québécois ne consacrent que 2 % de leur budget à l'informatique, contre 3 à 5 % dans les hôpitaux américains.
- Le domaine de la recherche est, comme toutes les autres composantes du système de services de santé et de services sociaux, incapable de faire de choix autre que celui de reconduire le statu quo, en l'absence

de nouvelles allocations de fonds. Comme les autres domaines de la santé et des services sociaux, celui-ci répond à la logique des rapports de force entre groupes d'intérêt selon laquelle, la plupart du temps, les plus forts consolident leurs positions. Comme les autres encore, la recherche est incapable de réorienter ses ressources en fonction d'objectifs nouveaux. Ainsi, le Fonds de la recherche en santé du Québec se déclare incapable de se préserver une véritable marge de manoeuvre pour pouvoir établir des priorités.

2.5 La technologie: une diffusion à gérer

Au cours des dix dernières années, le domaine des soins a connu une véritable explosion technologique, que ce soit pour le diagnostic ou pour le traitement: le développement de la pharmacopée, de l'imagerie médicale ou des prothèses est tout simplement spectaculaire. Contrairement aux préjugés largement répandus, plusieurs de ces technologies nouvelles ont contribué à diminuer les dépenses. D'autres, par contre, entraînent des coûts d'opération considérables.

La Commission a entendu nombre de témoignages sur la vétusté du parc immobilier et des équipements de haute technologie dans les hôpitaux québécois et sur la lenteur du Québec à introduire des technologies nouvelles. Sans nier que l'obsolescence de certains équipements puisse à l'occasion atteindre un seuil critique, elle croit toutefois nécessaire de replacer cette discussion dans un contexte plus large.

Premièrement, s'il est vrai que le Québec, comme d'ailleurs les autres provinces canadiennes, investit moins dans le renouvellement des équipements et l'innovation technologique que les États-Unis, il faut cependant relever que le niveau de ces investissements se compare aisément à celui de la plupart des pays européens.

Deuxièmement, en raison de la très vive concurrence à laquelle se livrent les firmes privées productrices de technologies nouvelles, des versions toujours plus sophistiquées sont mises en circulation sur le marché au point que des équipements coûteux deviennent très rapidement obsolescents. Cela ne signifie pas pour autant que les vieux équipements soient mauvais; tout au plus sont-ils moins perfectionnés que ceux mis en marché, sans que cela ait une incidence sur la qualité des soins prodigués aux patients.

Troisièmement, il est vrai que le Québec a été plus lent que l'Ontario à introduire des technologies nouvelles comme le scanner. Aujourd'hui, cependant, on peut dire qu'il est en voie de rattraper la province voisine.

Le véritable problème est donc beaucoup plus complexe qu'une simple question de volume et de qualité d'équipements de haute technologie dans les hôpitaux. À cet égard, la Commission s'entend pour faire les constats suivants :

- Toute notre culture véhicule l'idée que la qualité des soins est synonyme de haute technologie. Par ailleurs, les patients comme la plupart des médecins sont souvent mal informés des possibilités et des limites des technologies et étourdis par leur développement rapide. Ainsi, ce n'est que récemment que le corps médical s'est entendu sur une politique d'utilisation judicieuse de l'échographie au moment de la grossesse. Il y a encore beaucoup de débats sur les clientèles à privilégier en matière de diagnostic pré-natal de haute technologie. Il se pratique toujours trop de césariennes ; le Canada et les États-Unis ont en fait le taux le plus élevé du monde. L'utilisation des médicaments est parfois abusive. Par exemple, 84 % des personnes de plus de 65 ans ont consommé en 1984 des médicaments ; elles ont reçu en moyenne 25,2 ordonnances – selon les données de la RAMQ, une ordonnance équivaut à la prescription d'un seul médicament – ; de ces 25,2 ordonnances, le tiers représente des prescriptions de nouveaux médicaments et les deux autres tiers des renouvellements. Parmi ces personnes, neuf sur dix ignoreraient le nom du médicament et surtout son but thérapeutique. Bref, il y a, au Québec comme ailleurs, un hiatus important entre les croyances dans les vertus de la technologie et la capacité des personnes à utiliser judicieusement les applications technologiques qui sont l'apanage de la pratique médicale.
- En dépit des efforts pour rationaliser l'introduction et l'utilisation des nouvelles technologies, la diffusion des équipements technologiques s'est souvent effectuée au Québec de manière anarchique, en fonction de jeux d'influence politiques et non des besoins. De telles situations vont se multiplier dans les années qui viennent si des mécanismes serrés de planification et de contrôle ne sont pas mis en place.
- Dans le domaine de la technologie, plus encore que dans tous les autres, il y a un besoin absolu d'évaluation par rapport aux résultats produits. La technologie soulève les passions. Les intérêts économiques qui sont derrière sont gigantesques et les besoins auxquels elle peut répondre sont considérables. Or, paradoxalement, c'est un de nos investissements collectifs les moins évalués.

2.6 La participation des usagers: un mécanisme démocratique sclérosé

Au cours de ses consultations et de ses travaux de recherche, la Commission a constaté que le modèle de participation des usagers au conseil d'administration des établissements n'a eu qu'une faible incidence sur la capacité d'adaptation du réseau aux besoins de la population. Sans nier certaines retombées de ce mécanisme de participation, comme la mobilisation de la population autour des CLSC, la résistance de certains établissements dont on voulait changer la vocation, la conscience accrue chez les représentants des usagers des pouvoirs qu'ils peuvent exercer, force est de constater que la participation des usagers a trompé les espoirs de ses concepteurs. En fait, en matière de services de santé et de services sociaux, la véritable participation de la communauté s'est développée à la périphérie du réseau, dans les organismes communautaires et bénévoles.

Jusqu'à maintenant, la participation des usagers s'est faite dans un contexte de centralisation des pouvoirs et des mécanismes d'allocation budgétaire. Cette situation a considérablement limité la capacité des représentants de la population d'infléchir les décisions gouvernementales et d'influencer l'allocation des ressources à partir des conseils d'administration des établissements. Ainsi, même si une revendication émise par la population parvient à faire consensus et à rallier l'assentiment du conseil d'administration, rien n'assure que la planification et la budgétisation du Ministère en permettent la traduction concrète dans les services offerts par l'établissement.

De plus, la présence dominante des gestionnaires et des professionnels au sein des conseils d'administration laisse peu d'emprise aux représentants de la population pour influencer les orientations des établissements, la définition des moyens à prendre et les choix des programmes à mettre en place en fonction des besoins de la population. Dans cet univers « d'experts », les préoccupations des représentants de la population ou des usagers font souvent figure d'intruses. Mis à part les CLSC, rares sont les conseils d'administration qui se sont adaptés à la présence des usagers; leur présence au sein des conseils d'administration est constamment remise en question. En fait, ce sont les représentants de la population qui ont dû s'adapter. Et, malgré un manque flagrant d'information, ils ont dû maîtriser l'univers complexe des normes et des méthodes administratives pour être un tant soit peu écoutés au sein des conseils d'administration.

Même en assimilant le langage professionnel et en s'adaptant à la culture administrative, les représentants de la population ne sont pas

vraiment parvenus à s'imposer comme des interlocuteurs crédibles au sein des conseils d'administration. La nomination des représentants des citoyens par le Ministère n'est pas étrangère à ce peu de crédibilité. Cette forme de représentation est peu compatible avec le critère d'allégeance à la communauté et amène plusieurs membres des conseils d'administration à percevoir ces représentants comme des mandataires inavoués du Ministère qui reprennent à leur compte ses orientations.

En somme, le nombre restreint d'usagers au sein des conseils d'administration tend à les marginaliser. Leur manque d'information et leur mode actuel de nomination les empêchent de jouer leur véritable rôle de représentants de la population. Coincés entre les positions des administrations locales et les orientations du Ministère, ils ne peuvent pas participer à part entière aux décisions. Enfin, même lorsqu'ils parviennent à convaincre leur conseil d'administration du bien-fondé des demandes de la population, le caractère centralisé des pouvoirs et des modes d'allocation budgétaire permet difficilement que se concrétisent les décision.

Jusqu'ici, la participation des usagers aux conseils d'administration du réseau ne s'est pas révélée une tribune adéquate pour faire valoir les opinions de la population. Ainsi, le recours à des formes plus traditionnelles de pression politique, comme l'adresse au député ou l'utilisation des médias, s'est avéré plus efficace que les relais institutionnels prévus à cette fin. Devant cet échec, il faut repenser les mécanismes qui permettraient à la population d'infléchir le processus bureaucratique et professionnel de prise de décision. Afin de donner à la population un rôle déterminant dans l'orientation du système de services de santé et de services sociaux, la composition des conseils d'administration et le mode de nomination des représentants de la population doivent être repensés.

2.7 La régionalisation: des régions en effervescence, les CRSSS dans une impasse

Lors de sa tournée de consultation, la Commission a constaté l'existence au Québec d'un profond sentiment d'appartenance régionale, et la force des dynamismes économique et culturel des régions.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la concertation régionale est impressionnante. Nombre de tables de concertation ont été spontanément créées autant par les professionnels du réseau que par les intervenants communautaires, les DSC, les CLSC et les centres d'accueil, les médecins omnipraticiens d'une région, les infirmières, les travailleurs sociaux. Sur le terrain, la notion d'un réseau régional de services est très

vivante. Les formes de cette concertation varient beaucoup d'un endroit à l'autre, mais il y a là un dynamisme que la Commission sous-estimait avant sa tournée.

Par ailleurs, force est d'admettre que les CRSSS sont dans une impasse. Coincés, comme nous l'avons dit, entre le Ministère, les associations d'établissements et les établissements eux-mêmes, obligés de jouer des rôles contradictoires, ils n'ont été que rarement les véhicules de ces dynamismes régionaux. La Commission croit donc qu'il faut les modifier de manière à tenir compte davantage de la réalité des régions dans les solutions apportées aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux, de manière aussi à mieux adapter les services aux particularités des populations régionales.

2.8 Financement: des mécanismes d'arbitrage à repenser

Même si notre système présente des avantages incontestables sous l'angle du contrôle des coûts et de l'équité, des problèmes subsistent. Sur le plan des sources de financement, le spectre d'une récession, le souci d'une fiscalité moins lourde ou plus concurrentielle, l'évolution de la situation financière du gouvernement fédéral sont autant de facteurs qui mettent en cause la capacité de maintenir une croissance des coûts supérieure, même légèrement, à l'évolution de la richesse collective.

Cette inquiétude en amènera d'aucuns à s'interroger sur le niveau de financement du système. Est-ce suffisant de consacrer 9,1 % de notre richesse collective à la santé? Le système de services de santé et de services sociaux est-il sous-financé? Peut-on faire plus? Doit-on faire davantage? Les débats qui ont cours actuellement un peu partout sur le niveau de financement sont stériles s'ils ne posent pas la question du « quoi» ? L'on ne peut parler de financement adéquat sans envisager les priorités par rapport aux résultats à atteindre et aux besoins à satisfaire, sans tenir compte du type d'organisation ou de services à mettre en place pour répondre aux besoins et rentabiliser au maximum les ressources investies. S'il doit y avoir arbitrage véritable, il ne peut porter que sur l'ensemble des pôles: Quoi? Combien? Comment?

À l'examen, il ne semble pas que, lors des décisions d'allocation des ressources en matière de santé et de services sociaux, l'on ait tenu compte des retombées des sommes investies sur la santé et le bien-être de la population. Ces décisions ont été davantage le résultat de la confrontation des intérêts des différents groupes organisés et de leurs stratégies. Les enjeux économiques, politiques, scientifiques et même éthiques sont infini-

ment plus puissants dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux. Ils sont même renforcés par la conviction générale que tout est techniquement possible et que rien ne doit être ménagé pour sauver une vie humaine. Dans de tels jeux, les services sociaux partent perdants.

On veut plus d'argent pour augmenter le revenu des producteurs, pour acquérir plus d'équipements afin de pouvoir se comparer aux hôpitaux américains, pour traiter tous les patients atteints du cancer du poumon grâce à un médicament dont l'efficacité a été prouvée ou pour assurer une protection adéquate aux enfants maltraités ou négligés.

Comment arbitrer le financement? Qui doit en disposer? En fonction de quoi? Le Québec investit aujourd'hui environ dix milliards de dollars dans ce système. En fait, il ne suffit pas d'investir des milliards de dollars, il faut davantage se préoccuper des résultats obtenus grâce à ces investissements.

Les problèmes sont de taille. Actuellement, le système de services de santé et de services sociaux ne semble pas doté d'objectifs vers lesquels convergent l'ensemble des acteurs. C'est une arène ouverte à tous les jeux. Et l'argent va au gagnant, c'est-à-dire à celui qui crie le plus fort. Le centre hospitalier se trouve avantagé de nombreuses façons: par la force des enjeux économiques qu'il symbolise, par le pouvoir professionnel qu'il récupère à son avantage, par sa force de représentation aux tribunes régionales, ainsi que par sa sensibilité politique aux problèmes qui le remettent en question et dont il sait tirer parti pour obtenir des ressources. Faut-il s'étonner de constater que les cycles des déficits budgétaires des hôpitaux ont semblé coïncider dans le passé avec les cycles électoraux?

La structure budgétaire par établissement accentue l'égocentrisme et n'incite pas à la complémentarité des services, surtout en période de restrictions budgétaires. La gestion du système se fait par confrontation, plus que par incitation. Le contrôle de l'ensemble du système s'effectue essentiellement par le biais d'un rationnement des ressources imposé aux acteurs: gestionnaires, professionnels, travailleurs et consommateurs.

Il n'y a pas de réelle planification, à savoir pas de définition d'objectifs prioritaires déterminés en fonction de résultats et pas de processus d'allocation qui s'y conforme. Le processus budgétaire reconduit mécaniquement les erreurs historiques et les iniquités. Le contrôle porte sur les intrants et non sur les résultats obtenus. Il n'y a jamais vraiment eu d'évaluation de la performance des acteurs, ni de système de sanction-

récompense qui donne un sens à cette évaluation et qui soit intégré au processus d'allocation des ressources.

Enfin, même la centralisation du financement public ne garantit pas que les arbitrages se font de façon transparente, ni que les priorités socio-sanitaires se déterminent de façon explicite. On entretient l'illusion que tous les services médicalement ou socialement requis sont accessibles à tous et ce, gratuitement. Or, tous les jours, des choix tragiques sont implicitement faits: Qui meurt? Qui vit? Dans quelles conditions? Qui est traité? Qui ne l'est pas? On s'en remet au professionnel qui, sans avoir de prise sur les ressources disponibles, doit décider.

Pour qu'une société puisse vivre avec de tels choix, il faut que l'opinion publique soit davantage sensibilisée et que les décisions reflètent l'ensemble des valeurs et des principes qui la gouvernent. Or, les débats sur les priorités socio-sanitaires sont rares et, quand il y en a, l'opinion publique est tenue à l'écart la plupart du temps.

3. Le diagnostic d'ensemble

Notre système de services de santé et de services sociaux se compare avantageusement à ceux des autres pays du monde occidental. Nous avons réussi à supprimer les barrières financières à l'accès. Nous avons innové dans notre manière de concevoir les problèmes de santé en y intégrant des préoccupations sociales, et les problèmes sociaux en refusant de les marginaliser. Nous avons, enfin, réussi à contrôler la croissance des coûts.

Par ailleurs, après s'être tournée vers les besoins à combler, vers le personnel, vers les organismes, vers la recherche, vers la technologie, vers la participation des usagers, vers la régionalisation et vers le financement, la Commission constate que le système est prisonnier des divers groupes d'intérêt et groupes de pression qui le traversent. À son avis, cette situation s'explique principalement par l'absence d'objectifs de résultats d'une part, et par l'absence d'intersectorialité d'autre part.

3.1 L'absence d'objectifs de résultats

Toute société démocratique et pluraliste repose sur l'interaction de groupes d'intérêt, dont les partis politiques sont en dernier recours les porte-parole. Le problème de fond du système québécois de services de santé et de services sociaux n'est pas l'existence de ces groupes d'intérêt. Ceux-ci sont au contraire les hérauts et les défenseurs de la diversité des points de vue, des intérêts et des besoins par rapport à un tel système. Telle est en

fait la dynamique propre à toute société démocratique. Il est donc souhaitable qu'ils existent et se multiplient. Le problème de fond provient de ce que le système est prisonnier de ces groupes; il n'est plus capable d'arbitrer des demandes en fonction d'un objectif de bien commun plus large et plus fondamental que les objectifs particuliers des groupes en son sein. Tout se joue sur la base de rapports de force, de luttes de clocher, de scandales, de coups d'éclat dans les médias, plutôt que sur la base d'une planification à long terme orientée vers l'atteinte de résultats.

La Commission a souvent eu l'impression que ceux qui oeuvrent dans le domaine des services de santé et des services sociaux perdent de vue leur mission, les objectifs à poursuivre, les problèmes à régler et les résultats à produire. Certes, un grand nombre de services et de programmes sont offerts. Mais on oublie souvent l'objectif: la guérison du malade, le bien-être de la personne, la réduction de la violence, la réinsertion sociale du chômeur, de l'assisté social ou du délinquant, le soutien à la famille et aux proches.

Les moyens sont devenus une fin en soi avec les conséquences qu'une telle situation entraîne invariablement: exacerbation des égoïsmes et des rivalités entre professionnels et entre établissements, renforcement des chasses gardées et omniprésence des luttes de pouvoir, absence de collaboration et de concertation autre que celle imposée d'en haut ou motivée par un calcul stratégique étroit, démotivation du personnel et mauvais climat de travail, discontinuité des services, incapacité des milieux de recherche à déterminer de nouvelles priorités, incapacité d'opérer des choix judicieux en matière de diffusion technologique, incapacité de repenser les modalités de financement et, en bout de ligne, sentiment d'impuissance de la part des patients et des bénéficiaires. Bref, la personne à aider et la population à desservir ne sont plus au centre du système.

Tout fonctionne comme si, dans ce système, toute innovation ne pouvait venir que de l'extérieur. Plusieurs recherches demandées par la Commission donnent des exemples éloquents de personnes et de groupes qui ont essayé de mettre en place de nouveaux services, de définir une nouvelle approche ou de régler certains problèmes. Ces personnes et ces groupes l'ont fait le plus souvent en marge du réseau officiel.

Enfin, tout se passe comme si on ne savait plus ce qui est du ressort des professionnels, des services publics, des organismes communautaires et bénévoles, ou encore de la famille et des proches. En conséquence, les politiques gouvernementales oscillent d'un extrême à l'autre. Dans leur

application, les politiques de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation ont des allures de politiques improvisées. Les familles ont le sentiment d'être trompées, voire exploitées: on leur remet des responsabilités sans soutien et sans compensation. Les groupes bénévoles et communautaires ont le sentiment de n'être que des déversoirs des services publics, sans autre rétribution que l'impression d'être plus utiles que les services publics qui, eux, sont bien financés. Dans un tel contexte, toute décision gouvernementale est reçue par le grand public avec perplexité et cynisme. Un tel climat est propice à l'émergence de courants idéologiques les plus farfelus, les plus inattendus et les plus inéquitables.

3.2 L'absence d'intersectorialité

Pour recentrer le système sur la personne, la population et les résultats à produire, l'exemple doit commencer en haut, à savoir au sein du gouvernement.

La Commission trouve inacceptable que les politiques sociales ne soient pas mieux coordonnées avec les politiques de service, que les politiques de création d'emplois ne soient pas davantage articulées sur les politiques de soutien du revenu en période de chômage; que les villes, les employeurs et les organismes du réseau ne se concertent pas plus pour faciliter l'intégration sociale des personnes mésadaptées ou handicapées; que le MEQ et le MSSS ne s'entraident pas davantage en matière de planification et de formation de la main-d'oeuvre; que les différents ministères concernés directement et indirectement n'engagent pas des actions communes pour améliorer l'environnement physique et que les niveaux de gouvernement ne se coordonnent pas.

Prenons un exemple. Quand une personne quitte un centre hospitalier psychiatrique, on dit qu'on la désinstitutionnalise. Son sort est désormais entre les mains de plusieurs groupes: sa famille, le CLSC de son voisinage, le CSS de sa région, l'aide sociale et donc le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, la Société d'habitation du Québec pour son logement, la municipalité, le ministère de la Justice et celui du Solliciteur général, les organismes communautaires et ainsi de suite. Si ces groupes ne se coordonnent pas pour arriver à réintégrer cette personne et lui redonner goût à la vie, les conséquences peuvent être catastrophiques. Le cycle infernal de l'hôpital, de la cour de justice et de la prison s'enclenche. C'est précisément la situation actuelle. Parmi les itinérants de Montréal, les deux tiers sont des ex-patients psychiatriques. Plus de 80 % des gens qui ont un jour ou l'autre vécu une maladie mentale retournent à l'hôpital. C'est ce qu'on nomme le « syndrome de la porte tournante ».

Dans de tels cas, une approche intersectorielle bien coordonnée aurait contribué à prévenir le problème, voire à le régler.

L'exemple des accidents de la route illustre aussi très bien l'utilité d'une approche intersectorielle. Il y a annuellement 60 000 victimes de la route au Québec, dont 1 300 décèdent. Les coûts qu'ils occasionnent pour la seule Régie de l'Assurance-automobile sont de l'ordre de 260 millions de dollars. Malgré les campagnes de publicité dissuasive concernant l'alcool au volant, malgré le système de points de démérite, le taux d'accidents ne diminue pas. Dans d'autres pays, on y est pourtant arrivé grâce à une action concertée de divers ministères à l'égard de la population et de l'industrie. Il faut alors que les ministères des Transports et des Travaux publics fassent corriger les courbes trop raides et améliorent la signalisation. Les constructeurs automobiles doivent améliorer la sécurité des véhicules. Les contrôles policiers à propos de l'alcool au volant doivent être constants et fermes. Il faut une intervention rapide et efficace sur les lieux de l'accident. Il faut que le ministère de l'Éducation donne un minimum de formation aux jeunes concernant la conduite de véhicules. Bref, il faut que tous les intervenants participent au développement d'une culture qui valorise la prudence et la sobriété au volant.

Affirmer la nécessité de l'intersectorialité, c'est affirmer l'évidence. Pour arriver à mieux intégrer les individus au sein de la collectivité et pour s'attaquer aux causes réelles des écarts d'état de santé entre couches sociales, il faut mobiliser de façon coordonnée toutes les ressources collectives que s'est données la société au cours de l'histoire.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, ces buts ont pour noms: la réduction du fardeau des maladies et de la mort, le soulagement de la douleur et de la souffrance, la diminution de la misère et de l'exclusion sociale, la promotion du bien-être et de la santé. C'est à l'aulne de ces buts que se mesure l'efficacité des politiques et des services.

Chapitre 2

Vers une politique de santé et de bien-être

Introduction

Il y a un consensus de plus en plus large voulant qu'il n'est plus suffisant d'améliorer les services de santé et les services sociaux pour accroître le niveau de santé et de bien-être de la population. Il n'est pas question, ici, de sous-estimer l'importance de ces services pour le maintien de la qualité de vie de la population. Il s'agit plutôt de prendre conscience du fait que les services ne peuvent compenser, à eux seuls, les effets néfastes des mauvaises habitudes de vie ou de l'environnement. Ce point de vue n'est pas l'apanage du Québec ou du Canada. Au contraire, il est aujourd'hui partagé par la communauté internationale et il aura fallu une décennie pour en arriver là.

1. Un mouvement international vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être

1.1 En matière de santé

Au Québec, à la fin des années 60, la Commission Castonguay-Nepveu[248] retenait la prévention et le développement social comme des éléments importants pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Mais, compte tenu du fait que son mandat l'amenait à étudier de très près l'organisation des services et la structure du système, ses recommandations ont principalement porté sur des objectifs à atteindre dans l'organisation des services plutôt que sur des objectifs de santé.

Le rapport Lalonde

En 1974, un document canadien sera beaucoup plus explicite: *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, connu sous le nom du rapport Lalonde[249]. Il identifie quatre éléments fondamentaux qui ont une influence

sur l'état de santé de la population: la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et les services de santé. Il devient maintenant clair qu'on ne peut améliorer de façon tangible l'état de santé de la population par la bonification des services de santé, il faut aussi compter sur d'autres éléments. Ce rapport marque le début d'une nouvelle ère en matière de santé publique. Le rapport Lalonde confirme que l'État est habilité à intervenir dans la promotion de la santé et d'adopter des règlements en vue de réduire les risques pour la santé provenant des habitudes de vie ou de l'environnement de la population. Mais le document propose aussi l'adoption explicite d'objectifs de santé plutôt que d'objectifs dans l'organisation des services. Ces objectifs de santé permettront de polariser les efforts du personnel de la santé et de lui donner une vision beaucoup plus nette des résultats à atteindre.

Le rapport Lalonde fera école. En fait, pour que l'approche par détermination d'objectifs de santé commence à être opérationnalisée chez nous, il faudra attendre jusqu'en 1983 alors qu'en Ontario le rapport *Health Care: the 80's and beyond: seeking consensus*[250] est publié. Dans la foulée, deux groupes d'étude seront mis sur pied. L'un produira un document intitulé *La santé en Ontario: vers une orientation commune*[251], connu sous le nom de rapport Evans. On y propose principalement de renforcer le rôle de la personne dans le système de santé et aussi dans l'amélioration de son propre état de santé, de resserrer les liens entre les divers éléments du système et de mettre l'accent sur les soins ambulatoires et communautaires ainsi que d'élaborer une stratégie de santé pour l'Ontario. L'autre, présidé par M. Spassof, s'attachera, dans le document *Health for all, Ontario*[252], à définir dans quelle direction devrait aller une politique de santé. Il est encore trop tôt pour connaître l'influence de ces deux rapports sur le système de santé de l'Ontario. Au Québec, c'est en 1984 que paraît *Objectif: santé*[253] du Consiel des affaires sociales et de la famille (CASF) dont l'approche s'articule autour des moments de la vie. On y propose des objectifs de santé définis en fonction des problèmes de santé prioritaires auxquels les membres de chaque groupe d'âge doivent faire face.

Le rapport EPP

Au Canada, il faut attendre jusqu'en 1986 pour qu'un autre ministre fédéral de la santé se compromette dans un document officiel. Ce sera *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*[254].

Le document proposait trois défis principaux: réduire les inégalités, augmenter les efforts de prévention et, finalement, accroître la capacité des

gens à se prendre en charge. Pour les relever, il faut s'appuyer sur les initiatives personnelles, l'entraide et l'établissement d'un environnement sain. Trois stratégies en découlent: la stimulation de la participation du public, l'amélioration des services de santé communautaire et la coordination des politiques publiques qui peuvent avoir des répercussions sur la santé. Entre temps, à Ottawa a lieu, durant l'été 1986, la première conférence internationale sur la promotion de la santé. La charte dite « d'Ottawa » est adoptée et définit comme but à atteindre « la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà »[255]. Pour la première fois, on y fera explicitement référence à la mobilisation des intervenants en santé autour d'objectifs de santé.

L'expérience américaine

Aux États-Unis, on reprendra, mais de façon plus structurée, la démarche d'élaboration d'objectifs de santé que le rapport Lalonde proposait au Canada en 1974.

D'abord, en 1979, le secrétaire d'État, Joseph Califano jr, rend public un document intitulé *Healthy People*[256] qui recense quinze champs prioritaires d'intervention et fixe des objectifs d'amélioration de santé pour chacun des principaux groupes d'âge. Ces objectifs sont mesurables et accessibles d'ici 1990. Dans un second document publié en 1980, *Promoting Health, Preventing Disease: Objectives for the Nation*[257], on identifie, après consultation de quelques centaines d'experts, 226 objectifs spécifiques mesurables. Enfin, un troisième document, *Implementation Plans*[258], paru en 1983 présente les stratégies que chacune des agences fédérales devra mettre en oeuvre pour concourir à l'atteinte des objectifs déjà précisés. Le gouvernement américain a voulu donner l'exemple en forçant la concertation de toutes les agences qui relevaient de son autorité.

En 1984, une conférence importante sous le thème *Prospects for a Healthier America: Achieving the Nation's Health Promotion Objectives* a permis aux différentes organisations de coordonner leurs stratégies. En 1986, un rapport d'étape faisait le point sur l'état d'avancement des travaux[259].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la santé, sa direction de l'Europe surtout, deviendra particulièrement active dans la promotion d'une stratégie d'élaboration d'objectifs de santé. Dès 1977, les 166 pays membres de l'OMS adoptent une résolution dite « Santé pour tous en l'an 2000 ». L'étape est

importante. On ne conçoit plus la santé comme un état idéal et complet de bien-être physique et mental, ce qui se faisait encore 10 ans plus tôt, mais bien comme un état relatif qui permet aux personnes de mener une vie socialement et économiquement productive. La résolution de « Santé pour tous en l'an 2000 » est en fait un énoncé de principes qui doit être adapté à la situation propre de chacun des pays.

L'année suivante, en 1978, avait lieu à Alma-Ata en URSS une conférence internationale sur les soins de santé primaires. On y soulignait l'importance de ces derniers qui n'incluent pas seulement les soins de santé de base mais aussi les mesures permettant d'assurer la qualité de la nutrition, une alimentation en eau potable, la santé maternelle et infantile, la planification des naissances, la vaccination, la prévention et l'éducation. Cette conférence marque un tournant majeur. Il en ressort que, pour réussir vraiment à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, il importe plus de développer les services primaires que de développer des services spécialisés accessibles seulement à une minorité. Ce constat est valable aussi bien pour les pays en voie de développement que pour les pays développés.

Dans la mise en oeuvre de ces nouvelles orientations, le bureau régional de l'Europe de l'OMS devait rapidement prendre les devants. Dès 1980, les pays membres de la région européenne adoptent une première politique commune de « Santé pour tous », ce qui exigeait une modification radicale des politiques de santé de chacun des pays. Elle désignait, comme champs d'intervention importants, les comportements et les habitudes de vie et aussi l'environnement. Elle impliquait la réorientation des systèmes de soins eux-mêmes. Enfin, elle définissait, en matière de politiques, de gestion, de technologie, de ressources humaines et de recherche, les conditions permettant de procéder aux changements désirés.

Cette démarche commune des 32 pays membres de l'OMS-Europe devait aboutir à l'adoption en 1985 d'un document intitulé: *Les buts de la santé pour tous*[260]. On y insiste sur la notion d'égalité d'accès à la santé, sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, sur la nécessité pour les personnes et les communautés de participer activement à l'amélioration de la santé, sur la concertation intersectorielle et internationale et, enfin, sur le développement des soins primaires. Le document identifie aussi 38 buts précis que les états membres s'engagent à poursuivre. Chacun des états membres promet aussi de travailler à l'élaboration d'une politique de santé. Les premiers résultats sont maintenant connus.

- *en Grande-Bretagne*

  Ainsi, en Grande-Bretagne, le *Black Report*[261] publié au début des années 80 insiste surtout sur la persistance d'inégalités importantes entre les différentes strates sociales en ce qui concerne la maladie et la mortalité. Mais les conclusions du rapport ne plairont pas au nouveau gouvernement conservateur. Aussi, celui-ci s'évertuera à limiter la diffusion du rapport et même à en contester les conclusions.

  L'expérience sera plus suivie dans d'autres pays. Ce sera notamment le cas aux Pays-Bas, en Islande et en Bulgarie, trois pays qui ont à ce jour terminé l'exercice proposé par l'OMS-Europe. On peut remarquer que dans ces trois pays l'opération d'élaboration d'une politique de santé y fut menée avec l'appui explicite et soutenu des autorités du pays.

- *aux Pays-Bas*

  Les Pays-Bas ont l'habitude des commissions d'enquête. En moyenne une fois tous les 10 ans, une commission est chargée de faire le point sur le système de santé du pays. La dernière, dont le rapport fut rendu public en 1987[262], proposait l'adoption d'une politique de santé. Cependant, comme l'équilibre politique est plutôt fragile, on cherche surtout à concevoir des scénarios à moyen ou long terme (10 ou 20 ans) qui exposent les conséquences possibles de telle ou telle décision. Chacun des partis politiques reste alors libre de se commettre à court terme dans une direction ou l'autre.

- *en Islande*

  L'Islande a procédé de façon moins complexe, en adoptant complètement la démarche proposée par l'OMS. À la suite de l'exercice, on retient donc 33 objectifs qui sont pour l'essentiel axés sur la prévention et tiennent compte de la réalité de l'Islande[263].

  On propose notamment de mieux définir les responsabilités de chacun des niveaux de pouvoir afin que les responsabilités financières et opérationnelles soient exercées par les mêmes instances. On veut aussi créer une instance qui aurait pour mission la promotion de la santé. On propose que les centres de santé communautaire deviennent la pierre d'assise de l'organisation des services. Enfin, on insiste sur la nécessité pour un petit pays de développer des liens avec d'autres pays afin d'être continuellement stimulé.

- *en Bulgarie*

  La Bulgarie a aussi terminé le même exercice. Le premier objectif que la Bulgarie se donne est celui de la promotion de saines habitudes de vie, notamment en matière de nutrition, d'exercice physique, de consommation d'alcool et de lutte contre le tabagisme[264].

  On se propose même, comme objectif d'ici l'an 2000, d'élever une jeune génération saine et harmonieusement développée, en particulier en abaissant le taux de mortalité néonatale, en diminuant le nombre de bébés de faible poids ainsi que le nombre de malformations congénitales et en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie au sein de cette génération.

  Ces expériences nous permettent de constater que de nombreux pays font des efforts pour définir des objectifs de santé pour leur population. Cela prouve qu'il existe, dans ces pays, une volonté de rupture avec des pratiques qui jusqu'à présent n'ont eu pour seul but que d'accroître l'accès aux services de santé, y compris aux plus spécialisés. Nous ne sommes donc plus devant des expériences isolées mais plutôt devant un mouvement mondial qui veut mettre l'accent sur l'amélioration de l'état de santé des populations.

1.2 Les objectifs et finalités dans le domaine social

Dans le domaine social, le mouvement vers l'élaboration d'objectifs de bien-être n'apparaît pas avoir la même ampleur que dans le domaine de la santé. L'étendue du champ social rend souvent difficile l'identification des efforts entrepris pour cerner les objectifs et évaluer les résultats. Ces efforts sont nombreux. Lorsqu'il est question de prévention en matière sociale, les objectifs nous ramènent la plupart du temps aux politiques sociales qui touchent à la sécurité du revenu, à l'emploi, à l'habitation ou au soutien à la famille.

Dans le secteur des programmes de services sociaux, les objectifs se sont surtout articulés autour de clientèles spécifiques comme, par exemple, les personnes déficientes, les personnes âgées, les femmes violentées, les enfants, les itinérants, les contrevenants. D'abord axés sur la protection des personnes et leur survie matérielle, les services sociaux s'ouvrent progressivement à des objectifs plus globaux.

On peut donc jeter un oeil sur quelques documents qui donnent le ton de la réflexion dans le domaine social.

- Le rapport Batshaw[265] (1975): c'est un rapport d'experts centré sur des problèmes spécifiques de fonctionnement dans les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés sociaux affectifs. Le Comité fait l'inventaire des différentes approches utilisées et en souligne la trop grande diversité. Il conclut à la nécessité d'une meilleure coordination et d'une plus grande uniformité des interventions.

  Même si le rapport a permis d'améliorer la situation, cela tient davantage à une volonté du milieu qu'à une intervention structurée, puisqu'aucun organisme particulier n'a été mandaté pour présider à sa mise en application.
- Le Projet de loi fédéral de 1977[266]: ce projet de loi, déposé par le gouvernement fédéral en 1977, prévoyait une réforme en profondeur du régime de financement des services sociaux au Canada. On voulait changer la base du financement de certains services, qui était jusque-là fondé sur l'évaluation des besoins de la personne et sa capacité de payer. On proposait plutôt des services sociaux universels gratuits dans certains cas et, dans d'autres, par exemple en matière de services à domicile, des services fondés sur la capacité de payer des personnes. Ce projet de loi prévoyait aussi que le fédéral apporterait son soutien financier à d'autres clientèles: les personnes handicapées, les services sociaux préventifs à la famille et à l'enfance, les garderies. Avec un financement fédéral de 50 % sans évaluation des besoins financiers des personnes, l'universalité des services sociaux aurait été accrue et leur statut se serait rapproché de celui des services de santé. Les problèmes budgétaires du gouvernement fédéral, notamment à la suite du deuxième choc pétrolier, ont mis fin abruptement à ce projet.
- Le rapport Barclay en Angleterre[267] (1982): le Comité, mis sur pied en 1980 par le gouvernement anglais, avait pour mandat de faire le point sur la pratique sociale et d'essayer de tracer les voies d'avenir. Le Comité conclut d'abord à la fin de l'ère de l'État-Providence et propose une approche dite communautaire. Les travailleurs sociaux des services publics sont appelés à collaborer de façon plus étroite et plus continue avec les organismes bénévoles et communautaires. Car, selon le Comité, ces organismes répondent déjà à une partie substantielle des besoins en services sociaux de la population.
- Le Livre vert sur la famille[268] (1984): le Comité mis sur pied par le gouvernement du Québec pour proposer les fondements d'une politique familiale s'est livré à une consultation importante. Il insiste sur le caractère nécessairement intersectoriel qu'une telle politique devrait avoir et propose l'adoption d'une nouvelle définition plus large de la famille.

- *À part... égale*[269] (1984): ce document préparé par L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) présente la problématique de l'intégration sociale et de la normalisation des personnes qui souffrent de handicaps. Il a servi de document de base au sommet tenu à Montréal qui s'était donné pour mandat de tenter d'actualiser les droits reconnus dans la loi et les principes contenus dans la politique proposée.
- *Un nouvel âge à partager*[270] (1985): cette politique ministérielle trace les grandes orientations que le réseau de services devrait poursuivre en matière de services aux personnes âgées. On insiste notamment sur la nécessité de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées pour qu'elles puissent demeurer dans leur milieu naturel. Le document touche cependant peu les aspects qui relèvent de la juridiction des autres ministères.
- *La politique d'aide aux femmes violentées*[271] (1985): les problèmes de violence faite aux femmes sont de plus en plus révélés au grand jour. Plusieurs groupes communautaires ont commencé à offrir des services d'accueil et d'hébergement pour venir en aide aux victimes. La politique ministérielle précise l'orientation commune que les services publics doivent suivre en la matière et définit le soutien que le Ministère accorde aux organismes communautaires.

1.3 Un projet pour l'avenir du Québec... ou l'importance d'un processus d'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être

Cette revue de différents processus mis en place en vue d'élaborer des objectifs de santé et de bien-être surprend d'abord par les convergences qu'elle révèle. Les processus varient bien sûr d'un endroit à l'autre mais ces différences ne peuvent occulter le fait qu'ils semblent tous orientés vers une même direction. On remarque qu'on voit revenir régulièrement les mêmes termes, les mêmes préoccupations et souvent aussi les mêmes pistes de solution. Cette revue permet, de plus, de mesurer l'importance de la mobilisation indispensable de tous les agents pour que les objectifs proposés soient atteints.

Ainsi, il ne suffit pas que, dans la foulée de l'OMS, certains pays aient adopté des politiques nationales pour que le mot d'ordre « Santé pour tous en l'an 2000 » devienne réalité. Ce nouveau mouvement prônant la santé doit pouvoir compter sur une mobilisation de tous les intervenants et de la population.

L'approche de l'OMS suppose aussi une vision positive de la santé à la différence des années 70 où on véhiculait une notion de responsabilité

quant à ses habitudes de vie culpabilisante pour la personne. Pour reprendre l'expression de l'OMS, il s'agit de mettre en oeuvre tous les moyens pour « rendre les choix plus sains, les choix plus simples ».

Par ailleurs, l'OMS ne propose pas de modèle rigide mais plutôt une philosophie d'action qui doit être adaptée aux réalités de chacune des sociétés. Elle doit être aussi partagée par d'importantes couches de la population puisqu'elle repose sur la mobilisation volontaire de larges segments de cette population. Or, celle-ci ne peut être décrétée. Il faut donc tenir compte de la dynamique des acteurs:

> « On s'efforcera d'obtenir l'appui des dirigeants religieux et civiques, des syndicats et des organisations non gouvernementales influentes. On pourrait mobiliser l'appui populaire en créant des associations dans les pays avec vocation exclusive de promouvoir l'objectif de la santé pour tous et sa réalisation. Il faudra trouver le moyen d'amener les professions de la santé, d'autres groupes sociaux et certaines organisations communautaires à collaborer activement à un large mouvement pour la santé pour tous à l'échelle du pays et entreprendre des campagnes d'opinion soutenues pour obtenir l'appui de la population »[272].

Pour l'OMS-Europe, un tel processus pourrait même aboutir à une charte de la santé pour les pays membres. L'intérêt d'une telle charte reposerait sur son pouvoir de mobilisation symbolique.

On voit à quel point, dans le projet proposé par l'OMS, le processus est important. L'identification d'objectifs ne suffit pas. On l'a vu concrètement avec *Objectif: santé* du CASF au Québec, excellent document, mais produit par un organisme consultatif qui n'avait pas les moyens ni la responsabilité de le mettre en oeuvre. On l'a vu aussi en Grande-Bretagne où le gouvernement a tout simplement ignoré les recommandations du rapport Black. On a pu le constater enfin aux États-Unis où, après une période d'adhésion ferme, les autorités gouvernementales semblent avoir pris certaines distances, notamment en réduisant les ressources qui auraient permis d'atteindre plus facilement les objectifs. L'expérience, par contre, a été plus heureuse dans certains pays européens où on a pu élaborer et adopter des politiques nationales de santé.

On peut tirer d'autres enseignements des expériences menées depuis les deux dernières décennies.

1. Il est nécessaire que le processus proposé jouisse d'un appui politique, au moins pour le commencer correctement. Ensuite, il est tout aussi nécessaire que les promoteurs demeurent réceptifs aux pressions que la démarche ne manquera pas d'engendrer. En fin de parcours, il faut aussi qu'existe une volonté de mettre en oeuvre les recommandations qui découleront du processus adopté.

   Le gouvernement doit, de plus, montrer l'exemple. Plusieurs de ses « créatures » ont un rôle à jouer dans l'état de santé et le bien-être de la population (environnement, éducation, loisirs, municipalités, travail). Il doit donc forcer ses agents à s'engager activement dans le processus d'élaboration d'objectifs. L'exemple du gouvernement américain serait ici intéressant.

2. Il est indispensable que le processus puisse bénéficier d'une base légale pour asseoir sa légitimité et conférer des obligations légales aux agents concernés. Les responsabilités de chacun doivent être clairement identifiées.

3. Il y a intérêt à continuer à associer la dimension santé et la dimension sociale. De plus en plus, on reconnaît l'importance des dimensions sociales de la maladie: le rôle possible de la personne, celui de son entourage, l'effet des conditions socio-économiques, l'importance de l'équité, la nécessité d'identifier les groupes vulnérables. Bref, en continuant d'associer ces deux dimensions, le Québec demeurerait à l'avant-garde.

4. Le processus doit reposer sur une forte mobilisation des agents, particulièrement de ceux qui peuvent jouer un rôle significatif dans la poursuite des objectifs: municipalités, corps policiers, système d'éducation. Elle peut prendre différentes formes:

- la mobilisation des personnes et des groupes au niveau local, qui repose sur une large participation;
- la création d'un mécanisme régional notamment pour favoriser la concertation des intervenants et la coopération intersectorielle;
- la mise en place d'un mécanisme de coordination centrale chargé de concevoir une politique globale cohérente, dont les responsabilités à cet égard sont clairement définies ainsi que le rôle de leader en matière de coopération intersectorielle.

Quant à la participation des personnes et des groupes à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une politique globale de santé, elle devrait:

- prendre place au niveau local le plus possible;

- être réelle; les personnes et les groupes doivent participer à l'expression des besoins mais aussi à l'élaboration des solutions et à l'évaluation des services;
- être diversifiée; le processus n'a pas besoin d'être unique et le même partout; au contraire, des règles et des normes trop rigides à cet égard peuvent la défavoriser;
- ne pas être limitée aux questions relevant actuellement des services de santé et des services sociaux mais élargir le champ du questionnement.

5. Le processus doit avoir des fondements scientifiques et technocratiques solides. Un noyau d'experts compétents doit avoir le mandat d'enrichir les contenus tout au long de l'exercice et de fournir les études et analyses requises. En ce sens, le processus est largement tributaire de la qualité de l'information véhiculée. Cependant, il ne doit pas uniquement être technocratique.

6. Le processus doit favoriser la collaboration intersectorielle. C'est une nécessité dans la mesure où de nombreux éléments importants, relatifs à la santé et au bien-être, ne sont pas inscrits dans le champ de juridiction du MSSS. Elle pourrait, par exemple, être institutionnalisée dans les mécanismes régionaux et centraux d'élaboration d'objectifs. Mais pour que cette collaboration intersectorielle soit vraiment fructueuse, il faut que la population soit à même de s'approprier les enjeux. L'opinion publique reste, en effet, un puissant levier de changement, notamment pour forcer au besoin la concertation. Mais il est aussi important que, dans la mesure du possible, les textes législatifs, réglementaires et administratifs soient orientés dans une même direction et qu'ils facilitent cette collaboration. Ces textes doivent attribuer clairement les responsabilités.

7. Les objectifs ne doivent pas être trop nombreux. Aux États-Unis, on a probablement été excessif à cet égard en définissant 256 objectifs. Il vaut mieux poursuivre un nombre plus restreint d'objectifs importants et concentrer les énergies sur eux. On a alors de meilleures chances d'avoir un effet global, réel et positif. Il est aussi plus facile de suivre la progression vers l'objectif.

8. Il est important de faire appel à la dynamique régionale. On peut en apprécier la pertinence à partir des éléments suivants:

- L'analyse de la mortalité et de la morbidité ne démontre pas qu'il existe des différences majeures entre les régions. Par exemple, la mortalité cardio-vasculaire est forte partout. Ce n'est pas un écart

de quelques points d'une région à l'autre qui justifierait qu'on intervienne dans une région et non dans l'autre.

- Dans les régions, il y a des territoires où certains problèmes se posent de façon plus aiguë, par exemple un plus grand nombre de personnes âgées. Il faut pouvoir repérer adéquatement ces territoires et cela se fait mieux au niveau régional qu'au niveau central.
- Il est, par ailleurs, pertinent de concevoir des stratégies pour diminuer l'importance des problèmes dans les régions où ils sont plus marqués.
- Le niveau régional, enfin, est peut-être celui où la mobilisation intersectorielle peut se faire avec le plus de profit.

C'est donc autant, sinon plus, pour des raisons stratégiques que la dimension régionale est importante.

9. La poursuite de l'objectif d'équité est importante particulièrement en ce qui concerne les groupes vulnérables. Il faut donc que les données disponibles permettent de bien cerner les écarts et d'identifier les groupes vulnérables.

10. Le processus ne doit pas faire abstraction des valeurs qui prennent racine dans le public, comme la valorisation de l'exercice physique, la qualité de l'environnement, mais aussi dans les milieux de santé publique et dans les services sociaux.

11. Il faut qu'existe un soutien institutionnel suffisant. Il faut en quelque sorte un « chien de garde » du processus qui intervient lorsque les différents agents n'assument pas adéquatement leurs responsabilités dans le processus ou encore lorsqu'il devient nécessaire de revoir certains objectifs.

En conclusion, ce processus d'élaboration des finalités et des objectifs ne peut pas être complètement dissocié du processus de mobilisation des différents agents qui doivent concourir à leur atteinte. Dans presque tous les cas que nous avons passés en revue, l'État joue un rôle majeur. C'est lui qui enclenche le processus, le cautionne et finalement en entérine officiellement les retombées. Mais en cette matière l'État ne peut tout faire. Il a besoin de la collaboration active des différents agents. Les grandes politiques nationales ne suscitent que des effets limités si elles ne gagnent pas l'assentiment de ceux qui auront à les mettre en oeuvre. Le premier moyen, c'est évidemment de mieux préciser les responsabilités et les devoirs. Mais si cela permet de définir la structure ou l'ossature, il reste encore à la bâtir et à lui donner son dynamisme. Et pour ce faire, le meilleur moyen est d'associer ces agents, organismes ou intervenants au

processus. L'expérience de la concertation au Québec a largement démontré que, lorsque l'adhésion au consensus était volontaire, elle était plus solide et porteuse d'un plus grand dynamisme dans l'action.

Le processus d'élaboration de finalités et d'objectifs en fonction de résultats à atteindre ne peut pas non plus se dérouler sans tenir compte de l'appareil des services. À quoi servirait-il d'élaborer des objectifs si on le fait sans la collaboration de ceux qui auront inévitablement à jouer un rôle dans ce processus, soit directement à travers les services qu'ils dispensent ou indirectement en le soutenant politiquement et socialement. Le processus d'élaboration de finalités et d'objectifs doit s'inscrire dans la dynamique même du système et faire partie de la planification stratégique et des arbitrages de priorités. En même temps, ce processus peut être introduit de façon graduelle en commençant par les secteurs où l'ampleur modérée des gestes à poser permet de roder les mécanismes, développer la compétence, bâtir la confiance et fournir le soutien nécessaire aux agents.

La Commission perçoit donc en matière de santé un mouvement mondial vers l'adoption par les pays d'une politique de santé. Ce mouvement fait preuve d'efforts réels, d'énergie mobilisée pour élaborer des objectifs de santé et surtout pour les intégrer au système. Ces stratégies de santé permettent d'orienter de façon créative l'ensemble du système de santé dans les directions souhaitées. La Commission croit qu'il est temps pour le Québec de franchir une nouvelle étape dans cette voie.

En matière de services sociaux, cette stratégie reposant sur la détermination d'objectifs semble moins évidente qu'en matière de santé. Les problèmes auxquels le secteur social doit répondre sont pourtant tout aussi réels. La Commission croit donc qu'une démarche similaire peut être entreprise dans le domaine social et qu'il y aurait même avantage à ce que les deux secteurs s'associent dans plusieurs cas.

2. Une finalité fondamentale et deux conditions préalables

2.1 L'amélioration de la santé et du bien-être

Le système de services de santé et de services sociaux doit essentiellement viser un résultat: la santé et le bien-être de chaque personne. Sa finalité première doit donc consister à promouvoir la santé et le bien-être et doit orienter tout son fonctionnement. C'est aussi en fonction d'elle que les évaluations, les décisions d'orientation et les arbitrages de priorités doivent être effectués.

Par ailleurs, comme la santé et le bien-être ne sont pas des réalités indépendantes d'un contexte, mais sont, au contraire, déterminées par de multiples facteurs dont plusieurs ne sont pas du ressort du système de services de santé et de services sociaux, cela implique:

- que l'amélioration de la santé et du bien-être soit reconnue comme une priorité collective de développement social par l'ensemble de la société et non pas seulement par le réseau des services et que les mécanismes requis de coordination entre les différents secteurs d'activités soient mis en place.
- que chaque secteur d'activités publiques, ministères, organismes, régies, municipalités, concerné par l'atteinte de cette finalité soit fortement incité à préciser son apport à la promotion de la santé et du bien-être, à se donner les moyens pour le concrétiser et, enfin, à participer activement aux différents mécanismes qui sont ou qui seront en place pour actualiser cette finalité.

Cette finalité du système nous apparaît cependant devoir être associée à deux conditions préalables. Il s'agit de la recherche d'une plus grande équité et du développement de l'équilibre social.

2.2 La recherche d'une plus grande équité sociale

Une constante se dégage des travaux de la Commission, celle de la persistance d'écarts importants en matière de santé et de bien-être entre différents groupes de la population. Ces écarts peuvent être fondés sur l'âge, le sexe, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, le degré de dynamisme de la société locale.

La Commission est d'avis que la réduction de ces écarts et plus généralement l'atteinte de l'équité dans les domaines de la santé et du bien-être doivent constituer l'un des buts premiers du système et guider l'ensemble de ses interventions. Il est clair que le système de services de santé et de services sociaux n'est pas le seul visé. Les secteurs du travail, de l'environnement, de l'éducation et de la sécurité du revenu sont tout aussi fortement interpellés.

La collaboration intersectorielle s'avère encore une fois essentielle, si on veut espérer réduire les inégalités. Cela est vrai notamment dans la lutte contre la pauvreté d'une bonne partie des personnes âgées seules, des chefs de famille monoparentale, des jeunes sans emploi ou des chômeurs chroniques mais aussi lorsqu'il s'agit de réduire les écarts qui existent en matière d'habitation, d'instruction ou d'habitudes de vie saines.

Quant à l'inégalité d'accès aux services de santé et aux services sociaux, les travaux de la Commission ont permis de confirmer sa persistance. Il revient au système de services de santé et de services sociaux de la faire disparaître.

2.3 Le développement de l'équilibre social

Dans sa définition des conditions préalables à la santé, l'OMS identifie en tout premier lieu la paix, définie non seulement comme l'absence de guerre, mais comme « sentiment positif de bien-être et de sécurité des habitants de tous les pays, impliquant la possibilité de disposer librement de leur propre sort et d'exploiter pleinement leur potentiel humain »[273]. Nous croyons que ce concept peut se traduire en contexte québécois par la notion d'harmonie sociale, dont les composantes pourraient être les suivantes:

- un contexte qui permet et favorise le plein épanouissement des personnes, des groupes et des communautés locales;
- une société démocratique qui reconnaît la légitimité des groupes d'intérêt et des rapports de force et qui permet leur expression;
- une gestion des tensions qui s'effectue dans le respect des droits fondamentaux et des valeurs des personnes et des collectivités;
- l'existence de mécanismes structurés et cohérents de résolution des conflits, d'information et de protection, de même que le respect, par les acteurs, des règles du jeu;
- une conception du changement qui permette à la société d'évoluer principalement par la recherche de consensus.

On ne saurait atteindre un état d'harmonie sociale sans l'élaboration et l'actualisation d'une politique de développement social qui ne soit pas réductible aux interventions du système.

La définition du développement social énoncée dans le rapport Castonguay-Nepveu vaut encore aujourd'hui: « Une politique de développement social doit assurer une organisation harmonieuse de la société afin que chaque citoyen, quels que soient son état et sa condition, puisse s'épanouir selon ses aspirations propres. Cet épanouissement ou cet état de bien-être demeure toujours l'objectif ultime que la société doit atteindre ». La Commission précisait que, au besoin, cela pouvait entraîner des changements d'attitudes et d'habitudes.

Le rapport Castonguay-Nepveu identifiait sept secteurs de développement social: le travail, les loisirs, la santé, l'éducation, les services

sociaux, le logement, la sécurité du revenu. La Commission est d'avis que d'autres secteurs doivent s'ajouter à ceux-ci: la justice, l'environnement, l'agriculture et l'alimentation, les transports et les communications. Une véritable politique de développement social doit donc permettre que se réalisent, sinon une synthèse, du moins une convergence et une coordination des activités de ces secteurs afin que le système de services de santé et de services sociaux n'ait pas à assumer des responsabilités dépassant son mandat.

La recherche et le développement d'un état d'équilibre social résultant de l'harmonie sociale et du développement social passe aussi nécessairement par le respect des droits et de la dignité des personnes et par la nécessité d'assurer leur sécurité individuelle et collective. Cette recherche de l'équilibre social suppose aussi qu'on réussisse à mettre en place un minimum d'instruments qui permettent de gérer de façon civilisée les conflits inévitables qui vont survenir. Mais, s'il n'y a pas fondamentalement une adhésion ferme et sincère de tous les participants aux grands objectifs que le système doit poursuivre, les procédures choisies n'auront que peu d'effet.

Si les rapports sociaux deviennent gravement conflictuels ou si les inégalités sociales s'accentuent continuellement, le système devra d'abord centrer ses énergies sur la résolution des problèmes engendrés par ces dysfonctionnements. Les finalités ou les objectifs, si généreux qu'ils puissent être, passeront alors au second plan et seront compromis.

En conclusion, poursuivre la finalité fondamentale qu'est l'amélioration de la santé et du bien-être et mettre en place les deux conditions préalables que sont une plus grande équité et le développement de l'équilibre social dépassent largement les capacités d'intervention du système de services de santé et de services sociaux. Cela relève, en effet, pour une bonne part de l'ensemble de la dynamique sociale. Mais, si on pouvait progresser dans cette voie, certains services curatifs pourraient devenir moins nécessaires. Dans le cas contraire, c'est l'assignation d'objectifs au système qui peut devenir irréaliste.

3. Des objectifs de société

Le processus d'élaboration d'objectifs doit donc s'inscrire dans la dynamique même du système. Il doit aussi permettre la mobilisation la plus grande possible des agents qui seront amenés à contribuer à la mise en oeuvre de cette politique de santé et de bien-être. Par ailleurs, chacun des objectifs doit être jaugé et examiné à la lumière des réalités et des besoins

locaux. Même si cela ne faisait pas partie du mandat formel qui lui avait été confié, il revenait à la Commission d'identifier les conditions qui vont rendre possible une telle démarche.

De plus, il semblait important à la Commission de préciser un certain nombre d'objectifs généraux qui devraient être pris en considération dans le cadre de l'élaboration d'une politique de santé. Les objectifs généraux proposés par la Commission visent avant tout à enclencher le mouvement. Par ailleurs, évaluer la performance des structures, leur fonctionnement et leur financement ne pouvait se faire qu'à partir d'objectifs.

En avril 1987, dans un document intitulé *Quelques pistes de réflexion*, la Commission fixait six grands objectifs au système de services: permettre l'accessibilité universelle, offrir une gamme complète de services, rendre le système plus ouvert aux changements qui vont survenir, assurer la continuité des services, assurer l'accès à l'information et, finalement, favoriser la participation. Dans cette première étape, la Commission cherchait à cerner quelle partie de l'héritage de la Commission Castonguay-Nepveu devait être protégée et quels étaient les acquis du système.

Dans un deuxième temps, la Commission a voulu aller plus loin et notamment centrer davantage les stratégies d'intervention sur la personne et ses capacités d'autonomie ainsi que sur la prévention et la promotion de la santé. C'est en ce sens que la Commission insiste particulièrement sur la poursuite des objectifs suivants.

3.1 Le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés

Dans leur rapport avec le système de services de santé et de services sociaux, les personnes sont trop souvent perçues comme consommatrices, clientes, patientes, bénéficiaires ou usagères. On tend donc trop souvent à les cantonner dans un rôle passif par rapport aux pourvoyeurs de services. Mais elles sont aussi dotées d'un potentiel d'autonomie. Au moins une partie d'entre elles sont capables de solutionner seules leurs problèmes de fonctionnement quotidien. Elles peuvent aussi recourir à l'aide de leur réseau naturel, de leur entourage immédiat ou encore s'adresser à des ressources communautaires présentes dans leur milieu.

Au cours de la dernière décennie, on a constaté un véritable foisonnement des analyses portant sur les liens qui existent entre la personne, sa santé, son entourage et son environnement. Les nouvelles connaissances ont eu pour effet de mettre l'accent non plus sur la maladie mais sur la

capacité de résistance et d'adaptation de la personne; de même, elles ont démontré qu'il existait une corrélation étroite entre les conditions sociales et les manifestations de la maladie.

3.1.1 Les capacités d'autonomie de la personne

Il importe de souligner que c'est l'effet de la maturation de nos sociétés, marquée entre autres par l'adoption de chartes des droits et des libertés de la personne, de même que la reconnaissance des limites du système de soins qui ont conduit à proposer ce recentrement sur la personne. Cette orientation porte en elle des possibilités de transformation majeure dans la dispensation des soins, dans la reconnaissance de la légitimité des ressources auxquelles la personne fait appel et même dans les modalités de contrôle des différentes instances du système. Toutefois, la primauté accordée à la personne ne doit pas signifier un désengagement de l'État dans la prestation des services.

3.1.2 L'importance du réseau naturel

La personne existe et agit à travers un réseau de relations sociales formé de parents, d'amis, de voisins, de compagnons de travail. Elle peut y faire appel de façon immédiate et naturelle en cas de besoin. Parmi ces ressources, la famille occupe la place centrale, mais non exclusive. Au sein de la famille, les femmes assument encore la responsabilité la plus lourde dans la relation d'aide.

De nombreux besoins, qu'ils soient bénins ou importants, peuvent être satisfaits à ce premier niveau, sans que le recours aux réseaux officiels ne soit nécessaire. Dans certains cas, ces derniers pourront apporter des compléments à l'aide déjà fournie par le réseau naturel. Bien que l'on ne sache pas encore comment le réseau naturel a une influence, par sa qualité et sa densité, sur l'apparition ou la disparition de certains problèmes de santé, accidents cardiaques, cancer, hypertension et de certains problèmes sociaux, mauvais traitements aux enfants, hébergement des personnes âgées, cette influence n'en demeure pas moins très réelle. On observe aussi que les ruptures au sein de ce réseau telles que les deuils, divorces, déménagements, mises à pied, peuvent provoquer des problèmes de santé aussi bien que des problèmes sociaux. En outre, le réseau naturel permettrait à la personne d'établir un lien significatif et dynamique avec son environnement social plus vaste.

Par ailleurs, les résultats des recherches ont inspiré, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social, des interventions expérimentales dont le but est de vérifier l'effet thérapeutique du réseau naturel.

3.1.3 Le soutien de la communauté

Si la personne peut compter sur elle-même et sur son réseau naturel, elle peut aussi faire appel au secteur communautaire qui pourra lui offrir des services plus structurés.

Un fait s'impose. Les organismes communautaires prennent de l'expansion. Leur vitalité, leur diversité et leur nombre en témoignent. Les organismes communautaires peuvent être des groupes d'entraide, des groupes d'intérêt, de promotion et de défense de droits, des organismes bénévoles offrant assistance, des ressources « alternatives ». Ils se distinguent du réseau naturel par leurs structures. Les organismes communautaires et le réseau privé ont comme caractéristique commune un autofinancement partiel. Ils se différencient par les objectifs et les approches qu'ils privilégient ainsi que par le type d'engagement de leurs membres. Bien que parfois très près du secteur public quant aux services qu'ils offrent, ils s'en distinguent par une plus grande autonomie, une plus grande disponibilité et des règles de fonctionnement plus souples. En somme, les organismes communautaires offrent aux personnes une ressource d'aide supplémentaire.

3.1.4 Une appréciation réaliste

Si on reconnaît aujourd'hui les ressources de la personne, du réseau naturel et des organismes communautaires, il ne faudrait pas, cependant, surestimer leurs capacités. Certaines personnes, à cause des problèmes qu'elles ont à affronter, perdent au moins temporairement une partie de leur autonomie. De même, certaines familles ou certains réseaux naturels sont éclatés ou clairsemés, notamment dans les régions en voie d'appauvrissement démographique ou dans les nouvelles régions d'implantation des migrants. Parfois aussi, le soutien apporté par le réseau naturel tient à un nombre restreint de personnes, souvent les mêmes qui, à la longue, débordées ne sont plus en mesure d'apporter ce soutien. Plusieurs problèmes dépassent aussi de loin les capacités d'aide du réseau naturel ou de la famille. Sans aide professionnelle adéquate, réseau naturel et famille seront rapidement débordés, ce qui les amènera à se décharger complètement et à faire appel au réseau public qui verra s'accroître son fardeau.

Il faut ajouter que les communautés n'ont pas toutes le potentiel qui leur permettrait de donner naissance à des ressources du type communautaire. Certaines communautés sont plus dynamiques que d'autres, mais ce ne sont pas toujours celles où les besoins sont les plus grands. Il faut donc

se garder d'angélisme lorsque l'on se réfère aux capacités d'autonomie des personnes et au soutien qu'ils peuvent obtenir de leur entourage ou de la communauté.

Par ailleurs, si l'on a redécouvert la capacité d'autonomie de la personne, il serait abusif d'en conclure qu'elle est seule responsable de ses habitudes de vie en niant l'influence bonne ou mauvaise exercée par l'entourage et la société. Il s'agit de faire appel au potentiel d'autodétermination de la personne pour amener celle-ci à adopter des comportements plus sains. Il faut alors éviter le recours à une approche culpabilisante comme c'était le cas il y a quelques années.

Dans ce contexte, il semble donc important de rappeler ce potentiel des personnes, des réseaux naturels et des communautés. C'est pourquoi, la Commission fait du renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés un objectif général. Il s'agit là d'un objectif qu'il faut chercher à atteindre de toutes les façons possibles et pour lequel il faut mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires.

3.2 L'accessibilité universelle et gratuite à des services personnalisés, continus et de qualité

3.2.1 Un acquis

Le concept d'accessibilité universelle s'est imposé graduellement au Canada au cours des années 60. Ainsi, en 1964, le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (le rapport Hall) a proposé une définition de l'universalité des services de santé: « des services de santé convenables (...) accessibles à tous les Canadiens, où qu'ils habitent et quelle que soit leur situation financière, dans le cadre des limites imposées par les facteurs géographiques »[274]. Quelques années plus tard, la Commission Castonguay-Nepveu faisait sien ce concept d'accessibilité.

Cette notion d'accessibilité universelle s'est concrétisée principalement de deux manières. D'une part, certains services sont accessibles gratuitement à toute personne qui décide d'y recourir, par exemple les services des médecins. D'autre part, certains ne sont accessibles gratuitement qu'à une catégorie de la population, par exemple les services pharmaceutiques pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

L'accessibilité universelle et gratuite au système de services de santé et de services sociaux constitue certes l'un des acquis les plus précieux de la réforme des années 70 et l'objectif le moins controversé. Par ailleurs,

malgré les réformes majeures réalisées et malgré les améliorations appréciables apportées à ce chapitre depuis quinze ans, des obstacles à l'accessibilité demeurent et ont maintes fois été soulignés au cours de la consultation. Aussi, la Commission désire-t-elle réaffirmer que l'accessibilité universelle reste un des objectifs du système, en tenant compte de ce qu'il signifie maintenant au Québec et en souhaitant que soient levés les obstacles qui subsistent, à savoir:

- les barrières géographiques: c'est sans doute l'aspect qui demeure aujourd'hui le plus problématique et l'inégale distribution territoriale des ressources doit faire l'objet de mesures correctrices efficaces;
- certaines barrières financières: malgré l'accessibilité universelle aux services, des contraintes financières demeurent telles que les coûts du transport pour les personnes des régions éloignées;
- les barrières physiques dans l'accès aux établissements pour certaines clientèles;
- les barrières socio-économiques, culturelles, psychologiques qui réduisent l'accès à un état de santé et de bien-être stable.

3.2.2 Un concept en évolution

Le concept d'accessibilité universelle doit cependant être compris dans le contexte précis d'une époque. La dernière récession et les contraintes budgétaires nous ont rappelé que la couverture et la gratuité des services de santé ne pouvaient pas être étendues à l'infini. De même, si les services sociaux sont en principe accessibles et gratuits pour tous, les ressources limitées en ont souvent restreint l'accès à ceux dont les besoins étaient les plus criants.

L'objectif d'universalité ne signifie pas que tous les services doivent être disponibles et gratuits en tout temps et en tout lieu. Mais cela signifie dans l'esprit de la Commission que tous les services nécessaires au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes soient accessibles. Il faut donc préciser les applications des concepts d'universalité et de gratuité. C'est le consensus collectif et politique qui permet de définir ce qui doit ou ne doit pas être accessible de façon universelle et gratuite, donc la charge qui doit être assumée par l'ensemble de la société. Cette définition peut se modifier dans le temps selon l'évolution des valeurs, des besoins de la population et des modalités d'intervention. Ce que l'État doit assurer, c'est le maintien de la santé et du bien-être par les moyens les plus appropriés et les plus efficaces.

La Commission suggère à cet égard qu'on procède donc avec prudence aux modifications qu'on voudrait apporter au régime public d'accès universel et gratuit aux services de santé et de services sociaux tel qu'on le connaît actuellement au Québec. Il faut éviter que les urgences budgétaires ou politiques ne viennent modifier un équilibre qui s'est empiriquement construit à la très grande satisfaction de la population au cours des dernières décennies.

Plutôt que de procéder à l'examen de chacun des programmes actuellement offerts pour déterminer s'ils devraient être universels et gratuits, la Commission juge plus important d'identifier les éléments de référence qui permettraient de mieux juger si tel service doit demeurer universel et gratuit, ou si tel autre service devrait être laissé au libre jeu du marché.

Quant aux éléments de référence qui devraient être pris en considération, la Commission les définit en ces termes:

- Les services retenus doivent couvrir autant la prévention et la réadaptation que l'intervention ou les soins eux-mêmes.
- Les services retenus doivent assurer le développement des personnes, des réseaux naturels et des communautés.
- Ils doivent tenir compte des dimensions psychologiques et sociales autant que des dimensions biologiques.
- Leur pertinence doit être évaluée en fonction de leur efficacité à atteindre des résultats.
- Le système doit aussi éliminer les barrières socio-économiques, culturelles, psychologiques, physiques et géographiques qui limitent l'accès aux services.

3.2.3 Des jalons pour l'avenir

Consciente que certaines limites peuvent s'imposer à la capacité de payer de l'État mais désireuse aussi de maintenir les acquis, la Commission croit que le principe de l'universalité des services de santé et des services sociaux doit s'appliquer en fonction des quatre axes suivants:

1. L'État a la responsabilité d'offrir de façon universelle et gratuite à toute personne qui a besoin des services de santé ou des services sociaux l'aide requise pour que ses besoins soient évalués et qu'elle soit par la suite orientée vers les services adéquats.

   Donc, l'évaluation doit mener à une prise en charge par des services appropriés. L'orientation doit permettre d'assurer le res-

pect des principes de globalité dans l'approche et de continuité dans l'intervention. Le patient ou l'usager ne doit pas avoir l'impression qu'à chaque fois qu'il franchit une étape, les prestateurs de services se désintéressent de lui jusqu'à la prochaine étape. Selon la Commission, de tels problèmes sont plus évidents dans certains secteurs, par exemple dans celui des services aux ex-patients psychiatriques. Mais de telles préoccupations doivent être partagées par l'ensemble des dispensateurs de services. C'est souvent une question d'attitude, et la Commission juge cet élément suffisamment important pour en faire une priorité du réseau.

2. L'État doit continuer à assurer l'accès universel et gratuit aux services de santé médicalement requis. La gamme des services peut évoluer non seulement en fonction des besoins de la population, mais aussi en fonction de l'efficacité des services en cause, c'est-à-dire de leur capacité réelle d'atteindre les résultats recherchés.

3. L'État doit aussi assurer l'accès universel et gratuit aux services sociaux requis pour prévenir ou corriger des situations qui, en raison de leur degré de sévérité ou de gravité, font courir des risques à la personne et à son entourage.

   Selon la Commission, trois ordres de problèmes sont plus susceptibles d'entraîner de tels risques: la violence faite aux personnes, la déviance et la mésadaptation sociale et les problèmes graves d'intégration sociale. L'évaluation de la gravité de la situation demeure la responsabilité d'un professionnel oeuvrant dans un établissement du réseau.

4. L'État doit aussi offrir l'accès gratuit aux services sociaux nécessaires à toute personne qui vit au-dessous d'un seuil de revenu donné. La Commission considère important qu'on pallie, dans la mesure du possible, les problèmes découlant d'une insuffisance de revenu ou accentués par elle, la pauvreté étant un des plus importants facteurs de vulnérabilité face aux problèmes sociaux et aux problèmes de santé. Les seuils de revenu qui donnent accès à ces services gratuits doivent être supérieurs aux seuils de pauvreté. Il faut éviter de marginaliser davantage les personnes à faible revenu.

3.3 Prévenir les problèmes de santé

Des progrès importants ont été réalisés au Québec depuis 1970. L'espérance de vie s'est accrue, le taux de mortalité périnatale est maintenant l'un des plus bas au monde. Mais il reste encore beaucoup à faire pour prévenir la morbidité, la mortalité et les problèmes de santé qui réduisent la qualité de

vie. L'atteinte de résultats tangibles exige certes le développement des services curatifs mais surtout des stratégies concertées de prévention. Il faudra, en effet, agir sur les déterminants des problèmes de santé et mettre en oeuvre les programmes de dépistage qui ont fait leurs preuves auprès de populations cibles. Ces stratégies auront un effet dans la mesure où tous les intervenants seront mobilisés autour des mêmes objectifs et que la population elle-même les partagera.

Pour ce faire, il faut concentrer les ressources dans les secteurs où il est possible d'avoir des répercussions sur l'état de santé collectif. À partir du bilan de l'état de santé des Québécois qu'elle a dressé, la Commission a identifié dix problèmes de santé qui devraient principalement faire l'objet de politiques et de programmes de prévention au cours des prochaines années.

- les maladies cardio-vasculaires
- le cancer
- les traumatismes
- les maladies chroniques dégénératives
- les problèmes de santé mentale
- la prématurité, les maladies héréditaires et les malformations congénitales
- les maladies transmissibles sexuellement
- le SIDA
- les risques pour la santé rattachés à l'environnement
- l'alcoolisme et les toxicomanies

1. *Les maladies cardio-vasculaires*: c'est la cause de décès la plus importante ainsi qu'une cause majeure de restriction d'activités. On a connu cependant quelques améliorations récentes comme la baisse des décès par infarctus du myocarde chez les hommes de 45 à 64 ans. Les recherches épidémiologiques depuis 30 ans ont permis de révéler l'importance de certains facteurs de risque. La prévention devient possible lorsqu'on peut les repérer précocement, les modifier ou les contrôler.

   La Commission propose donc qu'une politique concertée de prévention, de dépistage précoce et de suivi soit élaborée et mise en oeuvre. Par cette politique, on devrait notamment chercher à contrôler ou modifier les facteurs suivants: hypertension artérielle, taux de cholestérol, mauvaises habitudes alimentaires, manque

d'activités physiques, usage du tabac, usage immodéré de l'alcool et stress. Cette politique devrait viser des groupes cibles en vertu du facteur considéré: les adolescents et les jeunes adultes quant aux habitudes de vie, la population adulte pour le dépistage précoce et le contrôle des facteurs de risque biologique.

2. *Le cancer*: Les tumeurs malignes viennent au second rang des principales causes de décès. Elles sont en effet responsables respectivement d'environ 30 % et 40 % de la totalité des décès chez les hommes et chez les femmes dans le groupe d'âge 35-64 ans. Chez les hommes, le cancer du poumon vient en premier lieu. Chez les femmes, son incidence a rapidement augmenté au cours des dernières années. Dans la plupart des cas, il est imputable au tabac, surtout à la cigarette, et est également lié au développement d'autres formes de cancer.

   Le cancer du sein occupe depuis longtemps le premier rang des causes de décès par cancer chez les femmes. Aucune mesure efficace de prévention n'a encore été identifiée, mais diverses études démontrent qu'il est possible, par le dépistage et le diagnostic précoces, d'en modifier l'évolution et de réduire ainsi la mortalité. Dans le cas du cancer du col de l'utérus, une importante baisse de mortalité a été observée entre 1971 et 1980, ce qui démontre bien que l'utilisation massive d'un test de dépistage valide et l'application d'un traitement à une phase précoce de la maladie constituent des interventions efficaces. Il faut cependant constater que l'incidence de ce cancer semble récemment augmenter chez les jeunes femmes. Il est donc nécessaire de réévaluer les groupes à risque et les moyens pour les rejoindre. Il est pertinent de se préoccuper de ce problème dans le cadre des interventions portant sur les MTS.

   Le lien entre le cancer et les facteurs de risque n'est pas toujours évident. Bon nombre de ceux-ci seraient reliés à l'environnement, au milieu de travail ou à l'alimentation qui devraient constituer des cibles pour les actions préventives.

   La Commission juge donc qu'on devrait élaborer une stratégie concertée de prévention et de dépistage des types de cancers pour lesquels existent des interventions efficaces. Cette stratégie devrait notamment être vigoureuse à l'égard du tabagisme, responsable à lui seul du tiers des décès par cancer dans le groupe d'âge 35-64

ans. Elle devrait s'adresser en particulier aux jeunes dans le but de les convaincre de ne pas commencer à fumer et aux femmes chez qui l'usage du tabac ne cesse d'augmenter. Quant au cancer du sein, la Commission juge qu'il serait justifié d'instaurer un programme de dépistage qui tienne compte des données les plus récentes à ce sujet, particulièrement sur le plan de l'efficience et de l'efficacité.

3. *Les traumatismes*: au Québec, chaque année, un décès sur dix est attribuable à un accident ou à un suicide. On compte plus de 60 000 victimes d'accidents de la route, près de 200 000 accidents de travail. De plus, il faut ajouter plusieurs milliers d'accidents domestiques et un grand nombre de tentatives de suicide.

   Le suicide est traité dans la section sur la santé mentale. Quant aux accidents de travail, la Commission juge qu'ils sont du domaine de la santé publique au même titre que les maladies professionnelles et qu'ils ne doivent pas par conséquent être exclus de ce champ d'intervention.

   Nous allons donc aborder plus particulièrement les traumatismes routiers à cause de leur impact sur la mortalité et la morbidité et des possibilités de prévention qui existent dans ce domaine. Même s'il faut reconnaître que les efforts de prévention se sont accentués depuis quelques années, on constate que les traumatismes routiers n'ont pas fait l'objet d'une politique globale d'intervention publique qui tienne compte des disparités régionales et ce, malgré un accroissement de la concertation multisectorielle. Les soins préhospitaliers, par exemple, sont peu intégrés et les soins médicaux sont dispensés par l'ensemble des hôpitaux même s'il y a une certaine concentration dans certains d'entre eux. Un autre constat s'impose. Les services de réadaptation et le soutien à long terme des victimes se sont améliorés même s'ils sont de qualité inégale eu égard aux différents types de clientèles.

   Pour atteindre de meilleurs résultats dans la résolution des problèmes liés aux traumatismes routiers, il est d'abord nécessaire de reconnaître leur complexité et leur diversité et de mettre en place des stratégies d'intervention. Il est urgent que l'on puisse rassembler les intervenants autour d'un objectif commun et d'une stratégie d'ensemble. À cet égard un responsable doit être choisi.

Au sujet de la prévention, la Commission croit qu'il faut endosser les principes suivants qui ont déjà fait leurs preuves: adopter une approche multifactorielle qui vise la personne, le véhicule, et l'environnement soit avant l'impact, soit au moment du choc ou après l'accident; privilégier les mesures efficaces (par exemple, les mesures passives qui réclament un minimum de participation de la personne: mécanismes automatiques, législation concernant les permis de conduire pour les jeunes, ballons gonflables, les mesures dont l'impact est durable comme celles qui permettent d'apporter des corrections aux sites dangereux) et viser autant les personnes que les véhicules et les lieux à risque; associer la population, les entreprises et les gouvernements.

Pour prévenir les complications dues aux traumatismes, les services pré-hospitaliers, hospitaliers et de réadaptation devront faire l'objet d'une coordination étroite dans un système adapté aux différentes réalités régionales. L'on doit renforcer l'intégration des différentes composantes des services pré-hospitaliers, et l'organisation des services hospitaliers de soins aigus doit être conçue dans l'optique d'un réseau de services et donc d'établissements complémentaires. Pour ce faire, il faudrait assigner des responsabilités de services en traumatologie aux centres hospitaliers, par niveau et par champ de spécialisation, en tenant compte de critères épidémiologiques et organisationnels. La Commission suggère que soit enclenché un tel processus de désignation des centres hospitaliers sans conseiller pour autant la création de centres ultra spécialisés voués exclusivement à la traumatologie. Finalement, la Commission préconise une intervention précoce et des plans de services plus homogènes pour les différentes clientèles qui ont besoin de services de réadaptation.

4. *Les maladies chroniques dégénératives*: si on a réussi à ajouter des années à la vie, on a moins bien réussi, par contre, à ajouter de la vie aux années. L'espérance de vie en bonne santé n'a que peu augmenté depuis 1951.

   Les personnes atteintes d'une maladie du type dégénératif qui entraîne une limitation d'activité sont donc de plus en plus nombreuses. Selon la Commission, c'est là un des défis les plus importants que le réseau de services de santé et de services sociaux aura à relever au cours des prochaines décennies. Il faudra en effet concevoir et mettre en place des stratégies concertées de

maintien de l'autonomie de ces personnes et de prévention de la perte d'autonomie puisque ces problèmes affectent directement leur qualité de vie.

Les maladies ostéo-articulaires, l'insuffisance respiratoire, certaines maladies du système nerveux ont une conséquence commune: elles réduisent sensiblement l'autonomie des personnes qui en sont atteintes.

Déjà en 1984, *Objectif: santé* du CASF relevait qu'il n'existait pas de programmes de recherche systématique et intégrée, faisant appel à plusieurs disciplines, en vue de pallier le manque de connaissances sur l'origine de ces maladies et d'améliorer les traitements. La Commission réaffirme l'importance du développement de telles connaissances, mais elle insiste aussi sur la nécessité d'instaurer dès maintenant des stratégies d'action pour exploiter le plus possible les connaissances existantes.

Les moyens d'intervention efficaces sont moins bien connus en matière de maladies chroniques dégénératives. Il faut donc accroître les efforts de recherche et d'expérimentation en ces domaines mais on peut déjà réduire grandement les conséquences d'une perte d'autonomie en fournissant le soutien professionnel et communautaire adéquat aux groupes à risque et aux populations atteintes: des interventions précoces et suivies peuvent limiter la détérioration physique et psychologique et retarder l'apparition d'handicaps permanents. Ces interventions touchent le maintien à domicile, l'adaptation de l'environnement de vie et le soutien au réseau naturel.

5. *Les problèmes de santé mentale*: domaine controversé, la santé mentale fait la manchette depuis quelques années et souvent sur un mode alarmiste. Au cours des dernières années, le Comité de la santé mentale du Québec a publié des avis nombreux et précieux sur la question. La Commission a elle-même publié un dossier de consultation d'experts sur le sujet et a collaboré étroitement avec le Comité de la politique de santé mentale. Plus récemment, celui-ci à proposé une politique en la matière à la Ministre responsable des services de santé et des services sociaux. Ce projet de politique peut servir de base à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une politique intégrée en matière de santé mentale.

Les deux principes mis de l'avant, soit la primauté du respect de la personne et l'équité, devraient servir d'assises pour élargir ou améliorer les services à des clientèles cibles prioritaires: les ex-patients psychiatriques itinérants ou hébergés dans des familles d'accueil et les malades qui pourraient demeurer dans leur milieu à condition de recevoir de l'aide et d'êtres suivis.

On a identifié d'autres clientèles cibles prioritaires qui doivent faire l'objet d'un programme d'intervention préventive, à cause des risques élevés que leur situation présente:

- les jeunes qui vivent des problèmes nombreux et complexes tels que la non-insertion sur le marché du travail, l'alcoolisme, la polytoxicomanie, des problèmes de santé mentale;
- les enfants qui vivent dans un climat de violence ou qui ont déjà été victimes d'abus, ceux qui présentent des troubles d'apprentissage ou de comportement;
- les familles en situation de crise ou de tension chronique à cause de problèmes de santé ou de comportement d'un de leurs membres;
- les personnes placées dans des situations d'isolement social, particulièrement les personnes âgées;
- les personnes qui connaissent des problèmes de fonctionnement à cause de leur statut social, économique ou éducationnel.

Malgré les incertitudes qui demeurent quant à l'efficacité des interventions, la Commission estime que le temps est venu d'innover et d'expérimenter, dans le cadre de projets structurés, des moyens d'aider ces clientèles. Elle estime également important d'évaluer les programmes existants et d'augmenter le soutien aux interventions dont la qualité est reconnue.

Ces clientèles cibles font partie des groupes où le risque de suicide est élevé; elles doivent donc être l'objet d'interventions visant à détecter les signaux de détresse ou les gestes suicidaires et avoir un meilleur accès aux ressources adaptées. La Commission insiste sur la nécessité d'une concertation précédant la mise en place de services destinés aux personnes suicidaires afin de tenir compte de l'expérience des groupes qui ont adopté une approche particulière en prévention du suicide.

Enfin, dans une perspective de prévention, la Commission appuie les propositions contenues dans le projet de politique de santé mentale.

6. *La prématurité, les maladies héréditaires et les malformations congénitales*: le Québec a le taux de mortalité infantile le plus bas au Canada et l'un des plus faibles au monde. Malgré cela, on peut encore améliorer la situation en agissant sur certains problèmes de mieux en mieux identifiés, tels la naissance d'enfants de petit poids et les maladies héréditaires et congénitales. La prématurité cause à elle seule 85 % de la mortalité chez les nouveau-nés et est responsable de handicaps majeurs chez 12 % des survivants.

   La prévention constitue un outil capital pour réaliser des progrès, car on peut agir sur plusieurs facteurs de risque liés aux habitudes de vie: alcoolisme, toxicomanie, alimentation, tabagisme, conditions de travail.

   D'autres facteurs de risque de malformations congénitales et de maladies héréditaires sont connus. Pour un nombre croissant de pathologies, les connaissances permettent, par le diagnostic génétique et prénatal et le dépistage précoce, de déceler, dès les premières semaines de grossesse certaines anomalies de développement du foetus. Il existe des interventions efficaces pour traiter un certain nombre de maladies héréditaires ou congénitales.

   La Commission, tout en reconnaissant la valeur des interventions réalisées jusqu'à maintenant, insiste sur l'importance d'accentuer les actions préventives structurées s'attachant aux différents facteurs de risque. Elle propose que soit assuré, aux personnes et familles à risque, l'accès aux services de conseil génétique et de diagnostic prénatal. Les services très spécialisés sont dans les grands centres, mais on doit pouvoir trouver dans les diverses régions des lieux où l'information et le soutien adéquats sont disponibles et où sont possibles de telles consultations en cas de besoin. Le traitement et le suivi des enfants victimes de maladies héréditaires et d'anomalies congénitales représentent un fardeau très lourd pour les parents et les familles. Le nombre et la complexité des conséquences de ces problèmes exigent une approche globale et concertée de la part des professionnels qui ont à suivre et à aider ces familles dans leurs démarches. Les efforts

dans ce domaine devraient donc viser l'amélioration de l'accessibilité aux services, une meilleure coordination des interventions et la poursuite des travaux de recherche.

7. *Les maladies transmissibles sexuellement*:

   Les MTS ont repris de l'importance ces dernières années. La gonorrhée devient plus résistante à la pénicilline, l'herpès inquiète, la chlamydia, peu connue il y a dix ans, devient la MTS la plus répandue. En tout, il y a au moins vingt-cinq MTS connues et ces maladies ont des dimensions à la fois médicales, sociales, culturelles et économiques.

   La lutte efficace contre les MTS exige un ensemble d'actions coordonnées. Actuellement, malgré certains efforts, des lacunes subsistent: le système d'information n'atteint que difficilement les groupes cibles, l'éducation sexuelle est un sujet délicat et les interventions en santé publique sont disparates.

   La Commission juge que les traitements sont importants mais ne peuvent constituer qu'une partie d'un plan d'ensemble visant à diminuer l'incidence des MTS. Ce plan ne peut réussir que si l'on renforce les liens entre le curatif et le préventif, les praticiens en cabinet, l'hôpital et la santé publique. Il doit comprendre un meilleur programme de surveillance et de contrôle. Il doit également favoriser des programmes coordonnés d'intervention, notamment pour le dépistage de certains groupes à risque, le traitement, la recherche des contacts et le suivi de la clientèle. On doit améliorer le système de déclaration en fonction de ces objectifs et diminuer les disparités dans les interventions, le cas échéant. La promotion de la santé, y compris la promotion de pratiques sexuelles protégées, doit faire l'objet d'une collaboration inter et intrasectorielle sur les plans central et local.

8. *Sida*: La peur du SIDA a non seulement modifié les moeurs sexuelles, mais a aussi suscité des réactions de crainte dans une large partie de la population. Le problème est réel et on prévoit une augmentation des cas dans les années à venir. Les conséquences sur le plan humain, social et culturel sont inquiétantes. Elles sont aussi très importantes sur le plan économique, en particulier le traitement représente des coûts très élevés. Comme il n'y a ni traitement curatif ni vaccin, la prévention demeure clairement l'approche à privilégier.

La Commission est convaincue de la nécessité d'agir à tous les niveaux, car le problème est à la fois individuel, familial, local, national et international. De plus, en raison de sa complexité scientifique, humaine et sociale, ce problème ne peut être abordé sans la participation, la concertation et la collaboration de tous les niveaux d'intervention.

La prévention, dans ce cas, doit viser trois objets, soit l'infection, la transmission par les produits du sang et la réaction psychologique.

L'infection peut être prévenue par l'éducation et l'information qui doivent être cependant adaptées et coordonnées. Tous les intervenants doivent être de la partie. On doit viser particulièrement les groupes cibles.

La transmission des virus par la transfusion, les sous-produits du sang ou les seringues et aiguilles souillées, peut être contrôlée en partie par la stérilisation des produits utilisés et le dépistage.

Les réactions psychologiques des victimes, de l'entourage, des intervenants, des politiciens et même de la population en général constituent, enfin, le troisième objet de prévention. Il faut, d'un côté, éviter de minimiser le problème au point de ne rien faire, de l'autre, éviter la panique. Ces deux réactions sont aussi dangereuses l'une que l'autre.

La Commission juge donc nécessaire que l'on planifie des actions qui, en respectant les personnes, permettent aussi d'assurer une information adéquate, une coordination des activités aussi bien préventives que curatives sur le plan de la santé et sur le plan social, et un cheminement collectif sur le plan de l'éthique.

9. *Les risques pour la santé rattachés à l'environnement*: ces risques sont multiples: précipitations acides, déversements de produits chimiques, contamination des poissons en constituent des exemples.

Tous les constituants de la société ont une part de responsabilité dans le contrôle de ces risques. Il s'agit notamment des ministères et organismes fédéraux et provinciaux, des gouvernements régionaux, des centaines de municipalités, des entreprises industrielles

et commerciales et, ultimement, de chacun des citoyens. Paradoxalement, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a que peu d'influence sur les déterminants à l'origine des risques pour la santé liés à l'environnement même si, en dernier lieu, il doit faire face aux effets produits.

Le Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie proposait récemment une nouvelle relation entre économie et environnement. La Commission considère que la santé doit faire partie de cette nouvelle relation. Le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux sera, dans ce contexte, de promouvoir et de favoriser la concertation intersectorielle.

La Commission est convaincue que le succès, en matière de prévention, exige une vigilance accrue de la part des scientifiques et l'amélioration des connaissances sur les relations qui existent entre l'environnement et la santé. C'est là un préalable à l'adoption de tout programme ou projet public ou privé pouvant affecter la qualité de la vie.

Le Ministère sera notamment responsable d'une meilleure coordination intra et intersectorielle autant au niveau central que sur le terrain. Des mécanismes de concertation et de collaboration devront être prévus à cet effet. C'est sur le terrain, entre autres, que devra prendre place la participation des citoyens, notamment à travers des mécanismes du type Bureau d'audiences publiques sur l'environnement. Ils devront disposer d'une information et d'un soutien adéquats.

Par ailleurs, la Commission juge qu'il est important de développer davantage, aux niveaux central et régional, les systèmes qui permettent d'assurer une surveillance et un contrôle des phénomènes environnementaux, dont l'existence constituerait un risque pour la santé, ainsi que des maladies aiguës et chroniques qui peuvent en résulter. Des mécanismes d'intervention rapide et coordonnée en cas d'urgence devraient aussi être prévus. Enfin, il est nécessaire de créer, dans le réseau, des équipes spécialisées qui auraient pour fonction de mieux mesurer et de qualifier les risques et de mettre en place les procédures et méthodes de travail nécessaires à l'intervention.

10. *L'alcoolisme et les toxicomanies*: il est prouvé que la consommation d'alcool est un des principaux facteurs qui contribuent aux problèmes sociaux et aux problèmes de santé. La société dans son ensemble paye très cher les conséquences de la consommation excessive d'alcool: cirrhoses du foie, accidents de la route, homicides, maladies cardio-vasculaires, cancers. Un décès sur onze en 1984 était attribuable à l'alcool. C'est aussi une source importante de problèmes psychologiques et sociaux: divorce, violence conjugale, abus et négligence des enfants, criminalité, maladies mentales, absentéisme et accidents de travail.

    La consommation de drogues et de médicaments doit également retenir l'attention à cause de son augmentation chez certaines clientèles. Les habitudes de consommation semblent reliées à des facteurs comme l'isolement social, la marginalisation et le sentiment d'impuissance qui s'y rattache.

    La Commission considère qu'il faut accentuer les efforts faits auprès des jeunes et des groupes à risque pour éviter qu'ils ne développent une dépendance par rapport à l'alcool, aux drogues et aux médicaments. Les stratégies choisies devront permettre d'accroître l'accès aux ressources « alternatives » et le soutien social à ceux qui adoptent de tels comportements de fuite. Elles devront chercher à réduire l'influence des groupes d'appartenance lorsqu'elle est négative. Il faut aussi favoriser l'expansion des groupes communautaires d'aide et celle des ressources professionnelles qui sont en mesure d'offrir à ces personnes des services d'animation, de soutien ou d'orientation.

    Les interventions doivent donc s'inscrire dans une stratégie d'ensemble où la collaboration et la concertation des acteurs sont privilégiées. Outre les efforts d'éducation qui doivent être faits directement auprès des personnes, il faut aussi se préoccuper des modalités d'usage de l'alcool et des drogues. Ainsi, diverses mesures législatives qui viseraient à mieux contrôler l'accessibilité à ces produits doivent venir renforcer les effets escomptés des campagnes de publicité dissuasives.

    La Commission tient à souligner que plusieurs travaux de qualité ont été exécutés, entre autres par le MSSS et le CASF, pour mieux cerner les phénomènes de l'alcoolisme et des toxicomanies. Ces travaux comportent beaucoup d'éléments pouvant donner lieu très rapidement à des actions concrètes.

La Commission identifie donc dix problèmes importants en matière de santé, pour lesquels elle propose la mise en place de stratégies de prévention et d'intervention. Il est bien évident que certains facteurs ont une influence sur plus d'un problème. C'est notamment le cas de la consommation d'alcool, du tabagisme, de la sédentarité et des mauvaises habitudes alimentaires. Les politiques de prévention que propose de mettre en oeuvre la Commission dans chacun des dix secteurs prioritaires s'insé-reront dans une politique globale de santé et de bien-être. Elles en constituent des éléments indispensables.

3.4 Prévenir les problèmes sociaux

Même si le principe de l'universalité en matière de services sociaux est reconnu, son application a été plutôt restreinte. Tel qu'on l'a mentionné précédemment, la politique du gouvernement fédéral de ne contribuer qu'au financement des services de bien-être à l'enfance, des services offerts en vertu de la *Loi des jeunes contrevenants* et des services qui s'adressaient aux plus démunis, a obligé le Québec à assumer une part plus importante du financement des services sociaux.

La Commission considère, malgré tout, qu'il faut non seulement continuer de reconnaître ce principe, mais dans les faits rendre universels, accessibles et gratuits tous les services sociaux d'accueil, d'évaluation et d'orientation ainsi que ceux qui, selon le jugement des professionnels, sont requis pour résoudre l'un ou l'autre des problèmes sociaux fondamentaux identifiés par la Commission: ceux de la violence, ceux de la déviance ou de la mésadaptation sociale et ceux reliés à l'intégration sociale des personnes. Quant aux autres services sociaux, tout en s'assurant de leur accessibilité, ils seront gratuits pour les personnes au-dessous d'un seuil déterminé, mais fixé à un niveau assez élevé pour inclure les personnes à faible revenu.

Si l'existence des problèmes sociaux fondamentaux doit continuer à justifier la dispensation des services sociaux, on ne saurait se limiter à intervenir sur les conséquences des problèmes sociaux existants. Il faut aussi viser à empêcher leur apparition ou, tout au moins, à les dépister dès leurs premières manifestations et ainsi empêcher leur aggravation. Dans les sections qui suivent, on explicitera les objectifs poursuivis par les services sociaux en ce qui a trait aux trois types de problèmes fondamentaux déjà identifiés. Il sera enfin question des objectifs à se fixer pour empêcher l'apparition des problèmes chez certaines populations vulnérables.

3.4.1 Prévenir la violence et protéger les personnes

Les problèmes de violence qui interpellent les services sociaux sont ceux reliés aux mauvais traitements, aux agressions sexuelles, à la négligence à l'égard des enfants, et à la violence conjugale à l'égard surtout des femmes ainsi qu'aux agressions de toutes sortes à l'égard des personnes âgées ou handicapées. La Commission considère que, dans une société moderne, de tels abus sont inacceptables et que tous les efforts doivent être faits pour les prévenir, protéger les victimes, leur venir en aide et, enfin, réadapter les agresseurs, lorsque c'est possible, ou sinon mieux les contrôler.

En ce qui concerne la violence faite aux enfants, la Commission souscrit à l'ensemble des objectifs poursuivis par les services mis en place dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* afin d'assurer la protection aux enfants victimes de mauvais traitements, de négligence ou d'agressions sexuelles. Dans une optique de prévention, il est, pour la Commission, inacceptable qu'il existe des listes d'attente, ce qui implique des délais dans la prise en charge d'enfants ayant des besoins de protection. De plus, pour atteindre les objectifs en matière de protection, l'intervention doit tenir compte de l'ensemble de la famille et faire appel aux ressources communautaires sans négliger les questions liées à la réadaptation ou, au moins, au contrôle des agresseurs.

Il faut viser à une interprétation large des dispositions de la Loi pour offrir aux familles en difficulté les services requis. De même, on devrait mettre l'accent sur le dépistage des situations à risque en tenant compte des situations de rejet à la naissance, des constatations faites à l'occasion de la dispensation de soins, des constatations faites à la garderie ou à l'école.

Du côté de la violence faite aux femmes, de nombreux services se sont mis en place pour assurer l'accueil et l'hébergement à court terme des femmes victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale. À partir de l'examen de ces initiatives, la Commission est d'avis qu'on doit avoir comme objectif d'assurer partout au Québec l'accueil, le soutien, l'hébergement et l'orientation des femmes violentées. Il faut aussi trouvé les moyens d'effectuer le dépistage des femmes en situation de détresse et d'aider le réseau communautaire et professionnel à y participer. Dans les approches d'aide, il y a lieu de tenir compte des dynamiques propres à chaque milieu. Donc, il n'est pas question d'établir un modèle institutionnel complexe ou rigide, ce qui ne signifie pas une déresponsabilisation des agents concernés. En même temps, des programmes destinés aux hommes qui sont à l'origine de la violence doivent être mis en place afin de les aider à modifier leurs comportements.

Quant à la violence à l'égard des personnes âgées, même s'il s'agit d'un phénomène qui n'a été que récemment porté à l'attention du public, la Commission considère que les préoccupations à leur égard doivent tenir compte à la fois des droits de la personne à être respectée et de la situation de plus grande dépendance dans laquelle certaines d'entre elles se retrouvent à cause, en particulier, d'une perte d'autonomie. D'ailleurs, ces considérations sont tout aussi pertinentes lorsqu'il s'agit des personnes handicapées. Il faut mettre en place des mécanismes leur permettant d'avoir recours facilement à une aide si elles en sentent le besoin, de considérer cette possibilité de recours comme un droit, de leur fournir une évaluation appropriée et, au besoin, d'obtenir la protection requise. Mais il s'agit là d'un problème nouveau qu'il faut explorer davantage pour mieux comprendre les situations conduisant à la violence.

Compte tenu de l'ampleur du phénomène de la violence dans l'ensemble de la société, il y a lieu d'augmenter les efforts de sensibilisation de la population du Québec à ce phénomène, par des moyens appropriés, à l'exemple de certaines campagnes d'information et d'éducation faites sur cette question par le ministère de l'Éducation et de la Justice. Une telle sensibilisation devrait permettre de responsabiliser l'ensemble des citoyens face au problème et de prendre conscience des efforts à faire pour le diminuer, sinon le supprimer.

3.4.2 Prévenir la déviance et la mésadaptation sociale

La délinquance, les troubles sérieux de comportement et les tentatives de suicide qui caractérisent certains adolescents sont des problèmes qui mettent en jeu la sécurité de tiers et de la société, ou leur propre sécurité, et sont le reflet de problèmes de mésadaptation sociale. Il en est de même de l'itinérance, phénomène qui ne touche plus seulement le clochard traditionnel mais aussi des jeunes, des femmes et des ex-patients psychiatriques.

La Commission considère que ces problèmes de déviance et de mésadaptation constituent un champ d'action prioritaire dans le domaine social. Il faut non seulement offrir les services requis lorsque les problèmes sont devenus apparents, mais aussi prévenir ceux-ci. Il faut également mettre l'accent sur la réadaptation des adolescents. En ce sens, la Commission considère important, notamment, qu'on dispose de ressources suffisantes pour mieux connaître la réalité et le développement de ces problèmes et pour en dépister l'apparition de façon plus précoce.

En ce qui concerne la délinquance chez les jeunes, la *Loi sur les jeunes contrevenants* poursuit des objectifs de réadaptation et de prévention par la responsabilisation des jeunes et l'utilisation de mesures de rechange. L'intervention préventive dès les premiers délits peut permettre au jeune de prendre conscience des conséquences de son comportement et empêcher qu'il ne s'enlise dans des habitudes qui le conduiraient à la délinquance. Quant aux troubles de comportement qui se manifestent, entre autres, par les fugues du foyer familial, le refus de fréquenter l'école et les manifestations aiguës d'hostilité à l'égard de l'autorité parentale, ils nécessitent eux aussi un ensemble d'interventions qui permettraient de prévenir une aggravation de ces troubles. Ils sont souvent des symptômes de l'existence de problèmes d'adaptation non seulement à la vie au foyer mais aussi à la vie en société. Même si l'on doit continuer à avoir pour objectif le soutien du jeune en situation conflictuelle, il ne faut pas perdre de vue le développement de l'autonomie et l'intégration sociale. On les atteint parfois mieux en faisant appel aux ressources communautaires telles que les maisons de jeunes.

Qu'il s'agisse de délinquance ou de troubles sérieux de comportement, si on veut vraiment en diminuer l'apparition chez les adolescents, il faut élaborer des programmes de sensibilisation, d'information et d'éducation à l'usage des parents, dont les enfants sont à la pré-adolescence ou en début d'adolescence, pour les aider à dépister les situations susceptibles de se transformer en problèmes. Les parents seront ainsi mieux en mesure de faire face. Parallèlement, il faut encourager la diffusion de programmes d'éducation et d'information s'adressant aux adolescents et destinés à décourager certains comportements comme le vol, l'absence de respect des lois routières, la consommation de drogues; cela vaut aussi pour tous les programmes qui aident l'adolescent à s'engager dans sa communauté et à développer ses responsabilités civiques.

Pour contrer les tentatives de suicide ou les tendances suicidaires chez l'adolescent, les objectifs à se donner sont d'abord le dépistage des adolescents en situation de crise et donc susceptibles de vouloir se suicider. Il est évident que, dans chaque milieu, des ressources comme les centres de prévention du suicide doivent être connues des adolescents. De plus, tout signe laissant présager le recours au suicide doit entraîner une intervention.

Quant aux itinérants, l'hébergement, l'accueil et une meilleure coordination entre les ressources disponibles demeurent les objectifs de base. Il

est aussi nécessaire de procéder au dépistage des problèmes les plus aigus dont ils souffrent de manière à intervenir pour prévenir la détérioration de leur situation.

3.4.3 Prévenir les problèmes les plus sérieux reliés à l'intégration sociale

Pour la Commission, il est essentiel que le système des services sociaux s'occupe de façon prioritaire des problèmes reliés à l'intégration sociale des personnes qui font face à des difficultés graves, durables et cumulatives. Ces problèmes naissent le plus souvent lorsqu'il y a absence de réseaux naturels de soutien dans l'environnement immédiat ou carence de leur part.

Des carences sérieuses peuvent affecter les relations parents-enfants et donc engendrer d'importants problèmes d'intégration sociale chez les enfants qui en souffrent. Dans le cas des familles monoparentales, l'ensemble des tâches dévolues au chef de famille, en particulier à la femme, constitue souvent une charge trop lourde qui les empêche d'apporter toute l'attention requise à ses enfants. Il faut pouvoir lui offrir de l'aide. Il en est de même pour les familles qui ont un enfant souffrant de déficiences physiques, psychologiques, intellectuelles ou émotionnelles sérieuses, trop importantes pour que les parents suffisent à la tâche. Dans d'autres situations, il est nécessaire de compenser l'incapacité complète ou partielle, temporaire ou permanente des parents. Dans les cas extrêmes, lorsqu'il s'agit d'enfants abandonnés ou rejetés, il faut pouvoir trouver des familles substituts ou des familles d'adoption stables leur offrant un milieu propice à une croissance et à un développement normaux. Enfin, lorsqu'une rupture dans les liens conjugaux intervient, il faut favoriser le maintien des liens parentaux, les plus susceptibles de contribuer au développement de l'enfant. Cela constitue une mesure de prévention.

Pour les personnes dont l'autonomie fonctionnelle est à toute fin pratique inexistante ou diminuée de façon considérable, il devient nécessaire dans certaines circonstances de recourir à l'hébergement ou aux soins dispensés dans des institutions de longue durée. Malgré tout, dans ces situations, on doit viser à maintenir le plus possible les personnes concernées en relation avec la société extérieure.

Mais c'est surtout à l'extérieur des milieux institutionnels que les services sociaux interviennent pour empêcher, retarder et prévenir l'institutionnalisation et favoriser le maintien dans leur milieu naturel des personnes ayant des difficultés d'autonomie fonctionnelle. On peut y

arriver en fournissant des lieux d'insertion intermédiaires entre le milieu naturel et l'institution du type centre de jour, en offrant certains services d'aide à domicile, en obtenant l'appui des proches et en facilitant l'accès aux ressources disponibles dans le milieu.

Les services sociaux doivent enfin être en mesure d'aider certains immigrants, en particulier les réfugiés, surtout dans le cas où il n'existe pas de structure d'intégration sociale. Les services sociaux sont là pour les aider à surmonter leurs difficultés d'adaptation, à sortir de leur isolement, à vaincre les barrières culturelles et à surmonter l'anxiété liée à l'insertion dans un nouveau milieu et à la rupture avec leur pays d'origine.

Jusqu'à présent, la prévention a été abordée par rapport à des problèmes vécus ou susceptibles d'être vécus par des personnes provenant de groupes à risque. Pour chacun des problèmes abordés, on a pu fixer des objectifs en matière de prévention. Or, la prévention doit s'adresser à des sous-ensembles plus vastes de la société, car sans connaître l'un ou l'autre des problèmes circonscrits, certaines populations peuvent être plus susceptibles de se trouver confrontées à eux un jour. En l'occurrence, ce sont les populations qui se retrouvent en situation de pauvreté, souffrent d'un handicap, sont peu ou mal intégrées dans la société.

Pour empêcher l'apparition des problèmes, il est nécessaire que des programmes sociaux de prévention soient élaborés à leur intention. Ceux-ci devraient viser prioritairement les enfants de moins de 15 ans, les jeunes de moins de 30 ans à l'extérieur du milieu scolaire et du monde du travail, les familles monoparentales, les personnes âgées et les personnes handicapées. Chaque programme de prévention envisagé doit être défini en tenant compte des besoins particuliers de certains groupes cibles à l'intérieur des populations concernées.

Chapitre 3

Des orientations fondamentales pour un système de services

Introduction

Face aux problèmes de fonctionnement relevés dans le premier chapitre de cette partie et devant les objectifs à atteindre présentés au second chapitre, la question qui se pose maintenant va de soi: Que faire et comment? L'interrogation peut paraître simple. Elle est cependant lourde d'enjeux multiples et complexes, car elle soulève toute la question du fonctionnement et du financement des services de santé et des services sociaux.

Comment recentrer toutes les énergies des milieux de la santé et des services sociaux sur la personne, sur ses problèmes et sur ses attentes? Comment faire en sorte que la voix des personnes et des communautés soit davantage entendue dans les débats entourant la définition des objectifs sociaux et des objectifs de santé et le partage des ressources nécessaires à leur atteinte?

Comment faire en sorte que les décisions prises dans les secteurs de l'industrie et du commerce, de l'environnement, de l'agriculture, de l'éducation et des loisirs tiennent davantage compte des enjeux de la santé et du bien-être? Comment tenir compte des dynamismes professionnels, organisationnels et communautaires qui se manifestent dans plusieurs régions? Comment conserver les bénéfices découlant du caractère essentiellement public du système? Enfin, comment mieux agir sur les conditions sociales, sur les valeurs, sur l'environnement, éléments qui ont une influence sur l'état de santé et de bien-être des personnes?

Répondre à ces interrogations constitue un défi de taille car, derrière les problèmes de fonctionnement que connaît le système, la Commission fait la lecture d'une culture organisationnelle repliée sur elle-même et non

tournée vers l'extérieur. C'est cette culture qu'il faut changer, qu'il faut réorienter vers la personne humaine et son environnement économique, social et écologique, qu'il faut recentrer d'abord sur des objectifs et des résultats à atteindre plutôt qu'uniquement sur des moyens. Cela suppose du courage politique et des modifications organisationnelles, techniques et opérationnelles coûteuses en efforts et en temps. Cela implique que tous les acteurs du système acceptent, sans exception, de placer la personne humaine au centre de leurs débats. Ce recentrement devrait permettre de faire tomber certains obstacles au bon fonctionnement du système, qui ont pour origine un égocentrisme professionnel et institutionnel. L'exercice demandera aux acteurs eux-mêmes de travailler à créer la synergie et la complémentarité des services sans lesquelles ce recentrement restera lettre morte.

Dans ces conditions, les mesures à court terme, prometteuses de résultats tangibles et rapides, sont rares. C'est dans ce contexe que la Commission veut proposer des orientations générales qui devraient inspirer l'évolution du système de services de santé et de services sociaux au cours des prochaines années. La Commission espère que ces orientations sauront alimenter et motiver tous les agents du système. Surtout, elle espère qu'elles inspireront une recherche plus assidue de l'excellence et, par voie de conséquence, stimuleront les innovations techniques, organisationnelles et humaines qui seules peuvent permettre d'atteindre cette excellence. Ces changements supposeront des expérimentations et des apprentissages auxquels il faudra faire une place.

Pour la Commission, ces orientations générales sont les suivantes:

1. orienter le système vers des résultats à atteindre;
2. accroître la participation dans les processus de prise de décisions;
3. favoriser le développement de stratégies et d'actions intersectorielles;
4. construire sur les réalités régionales;
5. favoriser le développement d'un secteur essentiellement public;
6. fonder une partie substantielle des interventions sur des approches de population.

1. Un système orienté vers des résultats à atteindre

Orienter un système vers des résultats à atteindre, c'est se préoccuper des retombées des sommes investies, de l'organisation du système et des services dispensés sur la santé et le bien-être de la population. C'est donc rappeler continuellement à ceux qui oeuvrent dans le système que l'objectif

final de leur intervention, à quelque niveau que ce soit, est d'améliorer la qualité de la vie et l'autonomie des personnes, de les protéger de la violence ou de les aider à sortir de leur isolement social et de leur permettre de vivre en meilleure santé et avec une meilleure qualité de vie. Replacer la personne au centre d'un système où les moyens sont devenus trop souvent des fins en soi, c'est s'adapter à l'évolution et à la diversité des besoins.

C'est, enfin, s'assurer que ce système remplit bien sa mission fondamentale, à savoir de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être et – pour reprendre l'image utilisée par l'Organisation mondiale de la santé – d'ajouter des années à la vie et de la vie aux années.

Une telle démarche est à la fois nécessaire, longue et difficile. On ne change pas du jour au lendemain toute la dynamique de fonctionnement d'un système. Il y a des étapes à respecter, des outils à bâtir, des processus à repenser.

1.1 Des objectifs de santé et de bien-être

L'élaboration d'une politique de santé et de bien-être est le corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats. Elle suppose que se déroule un débat et que se dessine un consensus autour des priorités que le système doit se donner. De ces priorités doivent découler des objectifs précis, quantifiés dans la mesure du possible, correspondant à ce que le système veut améliorer, diminuer ou prévenir. Les jalons de ce que pourrait être une politique de santé et de bien-être pour les prochaines années ont été posés par la Commission dans le chapitre précédent. Il reste à les transformer en réalité.

1.2 Des outils permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs

Il ne suffit pas de s'entendre sur des résultats prioritaires. Il faut également collecter des informations et bâtir les indicateurs qui permettront de mesurer l'atteinte de ces résultats.

- L'existence d'un système d'information permettant de mesurer les conséquences des interventions sur la population est donc indispensable à l'approche par résultats, par exemple, des informations sur l'état de santé et les conditions de vie de la population en général ou de certains groupes, des informations très précises sur l'effet de certaines interventions chirurgicales, des informations concernant les conséquences d'une relation d'aide sur l'autonomie fonctionnelle d'une personne

âgée et sur la qualité de vie de son entourage sont précieuses. Le défi que représente la collecte de telles informations est énorme.

- Il ne suffit pas de collecter des informations. Il faut également bâtir des indicateurs qui permettront de mesurer les résultats obtenus pour chacun des objectifs que le système s'est fixés. Ces indicateurs doivent aussi permettre d'évaluer dans quelle mesure les résultats obtenus sont attribuables au système.

Cela n'est pas toujours facile. Plus on s'éloigne d'un problème très précis et d'un groupe de population bien circonscrit, plus on multiplie les acteurs en jeu, plus on accroît l'incertitude sur la contribution réelle du système ou d'un acteur en particulier. Prenons l'exemple de l'espérance de vie. Aucun pays au monde n'a été capable d'évaluer, même de façon imprécise, la contribution des systèmes de santé dans l'amélioration de l'espérance de vie qu'on pourrait tout aussi bien attribuer, au moins en partie, à l'amélioration générale du niveau et des conditions de vie.

Ceci explique d'ailleurs que des politiques de santé requièrent inévitablement des stratégies et des interventions intersectorielles, réunissant d'autres acteurs que ceux qui oeuvrent dans le système de santé. Cela veut dire également qu'une approche axée sur les résultats n'est pas concevable en-dehors de l'action concertée des différents acteurs concernés à l'intérieur ou à l'extérieur du système, autour d'objectifs communs.

L'approche par résultats est moins développée en matière de services sociaux, mais elle est applicable. Une fois les problèmes identifiés, par exemple en matière de négligence ou de violence faite aux enfants dans un quartier donné, il est possible pour tous les intervenants concernés de se fixer des résultats à atteindre qui soient réalistes.

Le lien entre les interventions choisies et les indicateurs de résultats n'est pas toujours facile à établir. Il est particulièrement difficile de le faire, par exemple dans le domaine de la santé mentale. Il n'y a pas consensus quant à la façon la plus efficace de traiter les différents problèmes. Dans les nombreux cas où peuvent survenir des polémiques scientifiques ou politiques, il peut s'avérer plus sage et plus prudent de fixer des résultats à plus long terme. S'il faut reconnaître avec une certaine modestie qu'on n'est pas nécessairement en mesure de préciser quelles stratégies peuvent être les plus efficaces compte tenu des limites à court terme des connaissances, on peut par contre stimuler l'imagination, la recherche et l'expérimentation.

Encore faut-il pouvoir s'entendre sur les résultats que l'on cherche à atteindre. Ce consensus s'obtient de plus en plus difficilement à mesure que l'on s'éloigne d'une conception biomédicale de la santé, et que l'on se préoccupe d'objectifs d'intégration ou de développement social, de protection de l'intégrité physique et mentale, de santé positive, d'autonomie fonctionnelle, de qualité de la vie. La notion de résultat devient alors plus subjective. Voilà qui plaide en faveur de la variété et de l'adaptabilité des indicateurs de résultats: il n'y a pas une façon de mesurer l'atteinte d'un objectif, il n'y a pas une intervention qui en garantisse l'atteinte. L'une et l'autre doivent être adaptées aux valeurs, aux préférences, aux particularités des populations et des milieux concernés.

1.3 Des processus d'évaluation basés sur des résultats

Le fonctionnement global du système, c'est-à-dire l'allocation des ressources, les politiques, les programmes, les organisations, les pratiques professionnelles devraient être régulièrement évalués en fonction des objectifs fixés et des résultats obtenus.

Il s'agit en premier lieu d'évaluer dans quelle mesure l'allocation des ressources, des personnels, des budgets correspond aux objectifs énoncés. Le cas de la désinstitutionnalisation est un des nombreux exemples qui prouve l'existence d'un décalage entre l'énoncé des politiques qui, dans ce cas, prônent la désinstitutionnalisation et la réinsertion sociale des patients psychiatriques, et l'allocation des budgets. Celle-ci favorise encore aujourd'hui les grosses institutions, aux dépens des ressources résidentielles et ambulatoires nécessaires à la réinsertion sociale.

Il s'agit ensuite d'évaluer les moyens mis en oeuvre pour atteindre ces objectifs: les programmes existent-ils? Des services pertinents ont-ils été mis sur pied? Sont-ils accessibles aux personnes que l'on a identifiées comme groupe cible? L'organisation et le fonctionnement des ressources permettent-ils d'assurer la continuité des services à l'intérieur d'un programme? Quelle est la qualité des services dispensés? Existe-t-il des mécanismes permettant d'évaluer l'efficacité et les risques des nouvelles technologies?

On cherchera enfin à évaluer les résultats, c'est-à-dire les effets de l'ensemble des interventions sur la population. Ces résultats peuvent concerner, par exemple, la modification du recours à un certain type de service. Ainsi, l'un des résultats recherché d'un programme de maintien à domicile des personnes âgées est sûrement de retarder, sinon d'éviter le placement en centre d'hébergement.

Les résultats peuvent être évalués également sur le plan des effets produits sur l'usager ou le groupe cible. Il est important d'évaluer non seulement si l'objectif a été atteint, par exemple une diminution du nombre de fumeurs à risque ou du pourcentage de naissances de petit poids, mais également l'ensemble des conséquences, positives ou négatives, qui ont pu affecter la personne, son entourage, sa communauté. La capacité de rejoindre les personnes visées par des programmes spécifiques est une autre façon d'évaluer les résultats. Enfin, il faudra identifier les résultats à atteindre tant au niveau national que régional et local.

En conclusion, la Commission juge essentiel de recentrer le système et l'ensemble de ses ressources sur la personne humaine, sur ses besoins sociaux et ses besoins en santé et, donc, de traduire en résultats concrets les objectifs que le système doit poursuivre. Les interventions professionnelles et institutionnelles devraient aussi être orientées en fonction d'une recherche de résultats.

Corollairement, les modalités de fonctionnement et de financement du système de services de santé et de services sociaux devraient être conçues de façon à promouvoir, tant sur le plan politique que dans les lieux de distribution des services, la poursuite et l'atteinte de résultats, évalués en fonction de leur efficacité et de leur efficience par rapport aux personnes et aux populations desservies. Ces modalités devraient aussi être conçues pour permettre l'instauration, dans les lieux appropriés du système, de mécanismes d'évaluation permettant une autocritique et une rétroaction constructive et pour promouvoir l'excellence par une reconnaissance plus nette des résultats. Il s'agit ici de fournir les moyens organisationnels et opérationnels susceptibles d'entraîner une modification progressive des mentalités et des comportements des consommateurs et des producteurs. En tout état de cause, c'est la culture même de l'entreprise qu'il est question de transformer. À l'heure actuelle, attachée qu'elle est aux ressources et aux processus, elle devra faire siens les objectifs et les résultats à atteindre.

C'est donc la volonté d'atteindre ces résultats qui devrait dorénavant inspirer et motiver tous ceux qui oeuvrent dans les services de santé et les services sociaux. Ils devraient trouver là une partie importante de leur satisfaction et de leur valorisation professionnelle.

2. Une participation effective

En faisant davantage participer le bénéficiaire dans la définition et la prise en charge de ses problèmes sociaux et de ses problèmes santé, en rendant plus clairs les enjeux et les fondements des arbitrages liés au financement et au fonctionnement du système, en donnant aux communautés une responsabilité et un pouvoir accrus dans la définition des enjeux et dans les arbitrages, en rendant les producteurs plus directement responsables de leurs activités devant ces communautés, le système sera moins refermé sur lui-même. Cette ouverture apparaît comme une des clés de l'efficacité et de l'efficience.

Les systèmes publics de santé ou de services sociaux représentent un cas unique, parmi l'ensemble des secteurs qui produisent des biens et des services pour la population en ce sens que la survie d'une institution, d'un programme, d'un service n'est pas ou est peu affectée par le jugement que peut porter l'usager.

Si l'on oriente le système vers des résultats, cela signifie qu'on replace la personne, son entourage, la communauté au centre d'un système qui a pour mission de répondre à ses besoins. Cela veut dire que la population participe au débat sur les priorités, que les objectifs, les résultats, les moyens sont adaptés à ses valeurs et à ses préférences, qu'elle est la principale responsable et destinataire du processus d'évaluation que nous avons décrit précédemment.

Dans un système orienté vers des résultats, le processus d'évaluation ne peut être réduit à un outil de gestion technocratique. L'évaluation du type administratif devrait être dépendante d'une évaluation de nature politique qui s'exerce à tous les niveaux du système:

- Au niveau central, par les élections, les commissions parlementaires, ou les commissions d'enquête, qui ont comme la nôtre, le mandat de consulter tous les groupes intéressés, et les personnes qui veulent se prononcer sur le fonctionnement ou le financement du système.
- Au niveau régional, par l'existence d'organismes dont les conseils d'administration seraient élus par la population et imputables devant elle de la gestion des ressources régionales.
- Au niveau local, par la participation active de la personne et des communautés dans les programmes de services mis sur pied et l'action des comités de bénéficiaires dans les établissements.

L'évaluation du système par la population ne peut se réduire aux opinions qu'elle exprime dans les enquêtes de satisfaction. Elle doit être à la base de toute la dynamique de fonctionnement du système. Elle doit avoir une influence décisive sur la façon dont les ressources sont allouées. La pertinence ou l'utilité d'un programme, d'une intervention, d'un service ne devrait pas reposer uniquement sur le jugement du professionnel ou de l'administrateur. C'est la population qui ultimement juge de l'ensemble des résultats, positifs et négatifs, obtenus par le système de services de santé et de services sociaux.

Il faut aussi mettre à contribution tous les dynamismes locaux ou régionaux qui se manifestent à travers les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les associations, lesquels permettent de connaître les besoins de la population. La participation de la population sous ses diverses formes aux différentes instances de décision constitue, en dernier ressort, le contrepoids nécessaire au pouvoir « de facto » que les experts détiennent nécessairement dans le réseau. Ce pouvoir des experts professionnels, technocrates ou gestionnaires tend, en effet, à exclure les citoyens, les usagers et les représentants d'organismes communautaires ou bénévoles des vrais lieux de prise de décision.

La Commission est fermement convaincue qu'il faut davantage démocratiser le système et favoriser la participation. Elle identifie pour ce faire trois modes principaux de participation et trois groupes cibles.

1. La participation décisionnelle: il est important que la population puisse faire valoir directement et fermement son opinion auprès des instances de prise de décision. Mais c'est en même temps un mode de participation qui ne peut être multiplié à l'infini et qu'il faut d'abord réserver aux instances déterminantes.

2. La participation consultative: lors des consultations qu'elle a menées, la Commission a souvent entendu dire que la participation des usagers s'exerce au sein d'instances dont les pouvoirs sont limités et où ils sont de toute façon minoritaires. Par ailleurs, dans le modèle actuel de participation, les usagers sont trop souvent réduits à traiter de strictes questions de gestion. Pour la Commission, il est important que les usagers puissent aussi s'exprimer sur les orientations de l'ensemble du système. La participation décisionnelle des représentants de la population en matière de gestion sera à cet égard d'autant plus fructueuse qu'elle s'appuiera sur une participation consultative plus large et bien structurée qui aura pour objet les

orientations générales et les objectifs que le système doit poursuivre. Cette participation, pour essentielle qu'elle soit dans la mobilisation des usagers, ne peut cependant être décisionnelle, puisque les arbitrages et les décisions finales doivent être du ressort des instances responsables de la gestion. Bien sûr, les usagers peuvent être consultés par le biais d'organismes de consultation reconnus comme les commissions parlementaires, mais ils devraient aussi pouvoir l'être au sein d'instances plus institutionnalisées.

3. La participation du type concertation: nombreux sont les exemples d'expériences de concertation entre établissements d'une même catégorie ou de catégories différentes, entre établissements du réseau et organismes communautaires. Cette concertation se fait certes à travers des instances structurées au niveau régional, mais elle se fait aussi au niveau local ou sous-régional.

   Cette concertation se fait d'abord sur une base volontaire. Dans quelques cas, les organismes communautaires – peu importe l'ampleur de leur budget – ont une voix égale à celle des organismes du réseau. Il n'en reste pas moins que par l'entremise de ce mécanisme, qui s'est développé de façon empirique depuis la réforme, ces organismes ont réussi à faire connaître les besoins et les préoccupations de la population.

   Il est important d'encourager au niveau local la participation des citoyens à travers des structures qui permettent le développement d'une plus grande cohésion entre les différents réseaux sociaux. Dans son effort de démocratisation, le réseau doit pouvoir être réceptif aux démarches et sollicitations des comités de bénéficiaires, des associations d'usagers et des groupes communautaires. Cela sera d'autant plus facile si ces groupes communautaires ou bénévoles sont invités à siéger à des tables locales ou régionales de concertation qui leur permettront de faire valoir leur point de vue et celui des usagers qu'ils regroupent.

   Cette forme de participation doit être offerte non seulement aux personnes à titre de citoyen ou d'usager mais aussi aux producteurs de services qui constituent des agents importants dans la dynamique du système.

La Commission considère donc que la participation, à l'intérieur du système de services de santé et de services sociaux, des personnes à titre

de citoyenne, d'usagère ou de productrice constitue une priorité. Elle peut s'exprimer de façon décisionnelle, consultative ou par la voie de la concertation.

3. Des stratégies fondées sur l'action intersectorielle

L'action intersectorielle est dorénavant une nécessité. Comme nous l'avons vu, il faut chercher l'origine des problèmes de santé et des problèmes sociaux aussi bien dans l'environnement que dans les habitudes de vie. Des facteurs géographiques autant que financiers peuvent contribuer à leur apparition. Par exemple, un jeune en difficulté peut avoir besoin de la collaboration du réseau de la santé et des service sociaux, de l'aide sociale, des ministères du Travail et de la Justice. Il faut dans la pratique pouvoir compter sur une action concertée des différents secteurs concernés par le même problème.

L'intersectorialité ne doit donc pas rester qu'un voeu pieux. Pour cela, elle réclame des divers milieux qu'ils adhèrent aux principes et aux processus qui à certains égards vont à l'encontre de leur pratique. En voici quelques exemples. Les organisations ont plus souvent tendance à promouvoir leur propre croissance qu'à intégrer dans leurs préoccupations des objectifs de société ou de réseau. La compétition est souvent plus naturelle que la concertation et la collaboration. Les résultats des travaux des comités interministériels sont plutôt mitigés. Le MSSS n'a pu faire entériner ses politiques à connotations intersectorielles sur l'usage du tabac ou sur la nutrition. Ce même Ministère s'est retiré des dossiers à caractère intersectoriel à partir du moment où il n'en n'était plus le maître d'oeuvre, par exemple en matière de santé au travail ou d'hygiène du milieu.

L'intersectorialité ne se limite pas à la formulation de principes ou à l'énumération de constats auxquels, somme toute, les organisations peuvent adhérer. Elle implique une action et c'est alors que les choses se compliquent. C'est en effet lorsque l'on parle de qui fait quoi, de qui aura l'argent, de qui sera responsable que les vrais enjeux apparaissent. Pour toutes ces raisons, l'intersectorialité réclame des changements majeurs dans la manière de traiter les problèmes, dans le choix des principes d'action et dans les modes de fonctionnement et de financement.

Une des conditions de base à l'intersectorialité est la relation de confiance entre les partenaires. Elle doit permettre à chacun d'y « trouver son compte ». Ainsi, il est clair que le ministère de l'Environnement du Québec a la responsabilité de l'environnement tout comme le MSSS a la responsabilité de la santé et des services sociaux. Ce dernier est donc

légitimement responsable de la protection de la santé publique. Cela implique que le MSSS a la responsabilité de préciser les situations où la santé est affectée par l'environnement. Le ministère de l'Environnement doit donc se demander comment les décisions qu'il prend dans son secteur peuvent influencer la santé. Cet exemple prouve bien qu'il est nécessaire que les deux ministères travaillent ensemble, chacun apportant ses compétences, si l'on veut en arriver à des résultats bénéfiques.

L'action intersectorielle doit au moins s'intéresser aux secteurs suivants: l'environnement physique, l'environnement social, l'environnement économique, le milieu de travail, les habitudes de vie, le stress.

Cette approche intersectorielle, qui suppose une cohérence et une coordination des interventions publiques ayant des répercussions sur la santé et le bien-être, repose sur un double postulat:

- L'état de santé et de bien-être d'une population est la résultante de l'état de son développement culturel, social et économique.
- La santé et le bien-être des personnes conditionnent le développement d'une société.

Loin de s'opposer, ces postulats mettent en lumière que santé, bien-être et développement sont des éléments d'une même dynamique sociale et que vouloir les isoler ne ferait que les affaiblir.

L'intersectorialité est donc un concept à la fois englobant et dynamisant, qui interpelle tous les acteurs sociaux dans leur rapports avec la santé et le bien-être de la personne et de la collectivité. Plusieurs intervenants lors de la consultation du printemps 1986 ont qualifié le ministère de la Santé et des Services sociaux de « ministère des conséquences ». Or, on a trop tendance à laisser toute la responsabilité à ce Ministère, alors que plusieurs autres instances peuvent agir pour prévenir l'apparition des problèmes.

Plusieurs problèmes requièrent une approche intersectorielle. Les traumatismes, l'alcoolisme, le suicide, la violence, la santé au travail, les maladies professionnelles en sont quelques exemples. De même, les problèmes que rencontrent diverses clientèles exigent l'action concertée de plusieurs acteurs sociaux. Pensons seulement aux besoins des personnes âgées, des jeunes, des femmes et des personnes handicapées, besoins qui ont d'ailleurs nécessité l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques concertées. Malgré les divergences institutionnelles, il est donc important

que l'on puisse exiger la participation de tous ceux qui peuvent avoir une contribution significative. Les ministère et organismes continuent trop souvent à adopter une approche essentiellement sectorielle et à défendre leur « territoire ». Ainsi, les actions de l'un contrecarrent souvent les actions de l'autre.

Bref, l'action intersectorielle est indispensable à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être. Seuls, les milieux des services de santé et des services sociaux ne pourront solutionner tous les problèmes. Ils ont au contraire besoin de la participation et de la collaboration de tous les autres agents qui assument une part de responsabilité dans tel ou tel dossier particulier.

Cette collaboration intersectorielle doit avoir certaines assises:

- Elle doit être orientée vers l'action.
- Elle doit permettre la circulation la plus large possible de l'information afin que chacun des partenaires ait les connaissances nécessaires pour jouer son rôle.
- Elle doit être fondée sur une approche globale de la personne.
- Elle doit se concrétiser jusqu'aux niveaux d'action locaux et régionaux et notamment favoriser la participation des organismes communautaires.

4. Construire sur les réalités et les dynamismes régionaux

Les régions du Québec ne sont pas que des territoires administratifs, elles sont avant tout des espaces et des assises socio-politiques où se sont affirmés au fil des décennies de forts sentiments d'appartenance. Ces sentiments d'appartenance reflètent aussi l'isolement de certaines régions, leur réalité géographique et sociale, leur volonté de se développer, leur maturité et leur autonomie. Les dynamismes des régions se manifestent dans des secteurs fort diversifiés tels que le développement économique, les loisirs, la culture, le développement social.

La Commission a pu constater la vigueur des dynamismes régionaux et c'est sur cette réalité qu'elle entend appuyer et construire le système de services de santé et de services sociaux. La Commission opte, en effet, pour la régionalisation de ce système et pour son adaptation aux besoins spécifiques des régions et à leur réalité propre; elle mise sur leurs capacités de présider à leur destinée.

La régionalisation du système de santé et de services sociaux s'inscrit dans cette volonté de rapprocher les activités gouvernementales des populations auxquelles les services s'adressent. Elle s'inscrit aussi dans une démarche où les régions sont appelées à définir leurs besoins, à préciser leurs problèmes et à dégager les éléments de solution pour y répondre. C'est dans cette perspective qu'ont été créés les conseils régionaux de développement économique, les conseils régionaux des loisirs, de la culture, de la santé et des services sociaux par exemple.

C'est aussi sur des territoires façonnés par l'histoire et le développement économique et social que s'articulent les corps intermédiaires tels que les chambres de commerce, les organisations syndicales, les associations professionnelles. Enfin, c'est de leur tissu social que naissent les initiatives de concertation de toutes sortes, comme celle qui a donné naissance aux sommets socio-économiques si louangés.

La régionalisation du système de services de santé et de services sociaux a connu une première impulsion dans les années 70 avec la création des CRSSS. Cette régionalisation et cette décentralisation n'ont pas donné lieu cependant à une délégation claire de pouvoirs aux instances régionales.

Malgré l'ambiguïté et la timidité de la décentralisation, des efforts considérables ont été consentis dans les régions afin de donner une légitimité certaine aux instances régionales et de promouvoir la concertation et la collaboration à l'intérieur d'un réseau de ressources et d'établissements de santé et de services sociaux. L'apprentissage de la concertation et de la collaboration a été laborieux mais il commence à porter ses fruits. Toutefois, nous sommes encore loin de réaliser le potentiel qu'elles recèlent. Alors que, au début de la réforme, chaque établissement évoluait de façon isolée et négociait directement avec le pouvoir central, il existe maintenant autour des CRSSS une certaine dynamique régionale qui permet la mise en oeuvre de stratégies plus globales et finalement plus équitables pour les populations des régions.

La mise en place de comités régionaux d'admission en centre d'accueil, l'élaboration de plans régionaux de développement, la coordination des urgences dans certaines régions constituent autant d'exemples de la façon dont le dynamisme régional a pu s'exprimer en matière de services sociaux et de services de santé. La Commission est convaincue que le système de services de santé et de services sociaux doit construire sur ces acquis.

Selon la Commission, les régions doivent assumer des responsabilités plus étendues, à savoir prendre en main tous les services de santé et les services sociaux généraux dont a besoin la population d'un territoire. La région est en effet le lieu privilégié d'identification des besoins de planification des programmes et des services généraux. Elle est la clé de voûte dans la détermination des objectifs, l'allocation des ressources, la coordination des activités sous-régionales, la concertation des ressources humaines et l'évaluation des résultats obtenus.

Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, la reconnaissance institutionnelle de la réalité régionale est déjà amorcée. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont en effet été mis sur pied dès les premiers moments de la réforme. Après une période de démarrage de quelques années, c'est principalement au cours des années 1977 à 1981 qu'ils se sont vu confier leurs mandats les plus importants. Le mouvement de décentralisation se serait cependant sensiblement ralenti depuis[275]. Pour aller plus loin, il faut modifier des règles du jeu établies il y a déjà plus de 15 ans.

La région est aussi un lieu de concertation important. Le gouvernement du Québec reconnaissait ce principe en 1983 dans un document de consultation intitulé *Le Choix des régions*[276]. Il proposait alors la région comme lieu de concertation privilégié pour instaurer la cohésion nécessaire entre les approches sectorielles des différents ministères ou organismes gouvernementaux.

La Commission souscrit à ces analyses et suggère de renforcer le palier régional à l'intérieur du réseau des services de santé et des services sociaux. Car c'est aussi, en bonne partie au niveau régional que la nécessaire collaboration intersectorielle pourra se réaliser.

En conclusion, quatre grandes raisons justifient le choix de la Commission en faveur des régions. La région constitue d'abord un lieu d'identification réelle pour la population. Une certaine dynamique de concertation s'est déjà développée entre les établissements du réseau. On retrouve ce même mouvement de régionalisation dans d'autres réseaux, par exemple dans le domaine de l'éducation, dans le mouvement coopératif, dans le mouvement syndical. Plusieurs ministères ont déjà régionalisé en partie leurs activités. Enfin, c'est au niveau régional que pourra le mieux s'amorcer la nécessaire collaboration intersectorielle.

Compte tenu de ces raisons mais aussi de la nécessité d'avoir une masse critique suffisante pour permettre une organisation efficace et efficiente des services, la Commission croit que le découpage régional adopté par le gouvernement pour l'administration publique devrait aussi être adopté en ce qui concerne les services de santé et les services sociaux. Il définit 16 régions: la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, Saguenay – Lac-Saint-Jean, Québec, Québec-Sud, Mauricie – Bois-Francs, Estrie, Île de Montréal, Laurentides, Montérégie, Lanaudière, Laval, Outaouais, Abitibi – Témiscamngue, Côte-Nord, Nord du Québec.

La Commission veut cependant souligner aussi le caractère particulier des grandes agglomérations urbaines, comme celles de Montréal et de Québec, en matière de planification et d'organisation des services de santé et des services sociaux.

La population et particulièrement celle des personnes âgées y est plus importante. Les écarts entre populations favorisées et défavorisées y sont marqués. On y trouve donc une forte concentration de ressources. En même temps, les établissements ultra-spécialisés de ces régions doivent accueillir de nombreux bénéficiaires d'autres régions. Enfin, c'est à Montréal qu'on trouve aussi le plus grand nombre d'anglophones et de représentants des minorités ethniques. Il est évident pour la Commission que les régions urbaines de Montréal et de Québec devront faire les ajustements nécessaires pour adapter à leur réalité le modèle et les recommandations qui sont proposés pour l'ensemble du Québec.

5. Maintenir un système de services de santé et de services sociaux public fort

La récession du début des années 80 et la nécessité pour l'État de restreindre ses dépenses ont largement contribué à la remise en question de son rôle dans les différents secteurs de la vie québécoise. Il n'appartient pas à la Commission de se prononcer sur les secteurs pour lesquels elle n'a pas reçu de mandat. Elle s'est cependant penchée de près sur la question de l'intervention de l'État en matière de services de santé et de services sociaux. Depuis les années 60, les interventions de l'État dans ces domaines sanctionnent un choix collectif: la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises ne doivent pas dépendre de leur capacité individuelle de payer.

La consultation extensive menée par la Commission de même que les analyses qu'elle a réalisées ne mettent aucunement en cause ce principe. Au contraire, il y a eu à ce propos une unanimité remarquable chez tous

ceux qui sont intervenus à un titre ou à un autre auprès de la Commission. Celle-ci tient donc à réaffirmer clairement l'adhésion des Québécois à ce principe.

Par ce choix collectif est confiée à l'État une responsabilité fondamentale, celle d'identifier les besoins prioritaires de la population et de s'assurer que ces besoins sont satisfaits sans égard à la capacité individuelle de payer.

Historiquement, au Québec, l'État a assumé ses responsabilités en matière de services de santé et de services sociaux en offrant lui-même, par un système public, les services qu'il jugeait nécessaires. Il reconnaît que le droit à la santé et au bien-être ne doit pas s'acheter et se négocier comme tout autre bien de consommation courante et que l'entraide basée sur la famille, la communauté ou la charité est insuffisante pour répondre aux besoins des personnes. La consultation a prouvé que cette intervention de l'État n'était pas fondamentalement remise en question. Les analyses démontrent cependant que la part de l'État dans le financement des services de santé et des services sociaux tend progressivement à diminuer au fur et à mesure que de nouveaux services sont offerts sur le marché privé.

Dans ce contexte, la Commission tient à réaffirmer la nécessité du maintien d'un système public fort en matière de services de santé et de services sociaux. Trois raisons fondamentales motivent cette orientation.

D'abord, l'existence d'un système public au Québec a permis un contrôle plus efficace mais aussi la mise en place d'un réseau de services adéquats et de qualité. Ces acquis doivent être préservés dans l'intérêt de la santé et du bien-être de la collectivité québécoise. Le système québécois en fait se compare avantageusement avec les systèmes étrangers, dont celui des États-Unis qui est principalement fondé sur l'entreprise privée.

Selon la Commission, maintenir un système public fort n'interdit pas à l'État de soutenir le développement des ressources communautaires ni de faire appel à certaines ressources privées. Toutefois, la Commission est d'avis que le recours aux ressources privées doit demeurer marginal.

Quant aux ressources communautaires, le mouvement de soutien financier et d'encouragement, amorcé par le gouvernement québécois à la fin des années 70, doit être soutenu et même accentué. Les organismes communautaires ont fait largement la preuve de leur capacité d'innover, de

leur aptitude à répondre souvent les premiers aux nouveaux besoins qui émergent et de la nécessité de leur présence. Comme l'État a la responsabilité ultime de voir à ce qu'on réponde adéquatement aux besoins des personnes, l'État a donc, selon la Commission, la responsabilité, de financer adéquatement les organismes communautaires et aussi de leur assurer une place au sein des différentes instances de consultation et de décision.

La Commission considère cependant que, nonobstant le fait que les services peuvent être dispensés par des ressources privées ou communautaires, c'est l'État qui en conserve la responsabilité ultime. C'est lui en dernier ressort qui demeure responsable de la quantité, de la qualité et de l'accessibilité des services offerts. Et lorsque ces services sont insuffisants, il a l'obligation morale de les assurer lui-même.

En second lieu, la Commission croit que c'est en maintenant un système public fort qu'on pourra le mieux assurer l'équité dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Les études poursuivies pour le compte de la Commission ont largement démontré la persistance d'écarts importants concernant l'état de santé et de bien-être de plusieurs couches de la population.

Cela ne signifie pas cependant que tous les services doivent être disponibles partout et en tout temps. Le développement technologique entre autres exerce une pression continue sur les coûts de fonctionnement du système. Il n'est pas pensable, par exemple, que tous les centres hospitaliers soient équipés en même temps des nouveaux mais coûteux appareils de diagnostic ou de traitement. Il faut, à ce moment, établir des priorités et faire des choix. Cela signifie aussi que tous ne pourront avoir accès à ces appareils ou à ces traitements. C'est le cas, par exemple, en matière de transplantation d'organes où la contrainte provient, d'une part, du nombre limité d'organes disponibles et, d'autre part, du coût élevé de l'opération. Dans de tels contextes, il est inévitable qu'un rationnement s'impose.

Tout en reconnaissant l'importance pour le système québécois de rester dans la mesure du possible à l'avant-garde du développement technologique, la Commission est aussi fermement convaincue que ce rationnement, lorsqu'il est inévitable, doit être imposé de façon équitable. En d'autres termes, tous doivent avoir un accès égal à ces appareils ou à ces traitements. Si une sélection doit être effectuée, elle doit s'appuyer sur des critères objectifs, donc surtout sur les chances réelles de guérison, plutôt

que sur la capacité de payer du patient ou sur d'autres caractéristiques personnelles. Seul un système public fort peut garantir un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux, même lorsque ceux-ci doivent être rationnés.

Enfin, en troisième lieu, il faut que l'État continue à assumer ses responsabilités en matière de définition des droits sociaux fondamentaux qui, comme les recours qui leur sont associés, doivent être confirmés dans des textes législatifs. En ce sens, des pas importants ont été franchis avec l'adoption des lois sur la protection de la jeunesse, sur la promotion des droits des personnes qui souffrent de handicaps et sur les services de garde. L'État québécois doit rester à l'écoute des groupes les plus vulnérables de notre société pour intervenir sur le plan législatif, lorsque l'intégrité ou les droits des personnes sont en cause ou lorsque certaines valeurs fondamentales sont compromises.

Bref, l'État québécois doit continuer à jouer un rôle significatif et majeur dans l'orientation et le développement du réseau de services de santé et de services sociaux au Québec. Cependant, l'État devra prendre les moyens pour mieux connaître les forces, les dynamismes et les tendances qui animent le réseau de services. Il devra aussi apprendre à mieux collaborer avec ses partenaires et à devenir plus efficace.

6. Favoriser l'adoption d'une approche de population

L'approche de population est nécessaire pour comprendre les conditions d'apparition et d'évolution des problèmes, pour orienter l'allocation des ressources et pour évaluer l'efficacité des interventions.

Les problèmes de santé et de bien-être ne sont pas répartis de façon aléatoire au sein de la population. Leur fréquence varie en fonction de plusieurs facteurs dont l'âge, le sexe, la région, le niveau socio-économique. Ainsi, par exemple, on sait qu'il y a plus de traumatismes routiers chez les jeunes, plus de suicides dans certaines régions, plus de cas de négligence d'enfants dans les milieux défavorisés.

C'est principalement par des comparaisons que l'approche de population permet de mieux saisir l'importance d'un problème, des facteurs associés, des risques et des causes. Le taux le plus significatif demeure toujours celui qui met en rapport le nombre de situations problématiques avec le nombre de personnes qui risquent d'avoir ce problème.

L'approche de population implique deux étapes. Dans un premier temps, il faut déterminer la prévalence et la distribution des problèmes en regard des caractéristiques des personnes et de l'environnement. Dans un second temps, il faut analyser les facteurs associés à l'apparition du problème et à son évolution. Les principaux facteurs qu'il faut prendre en considération sont l'environnement, incluant les modes d'organisation sociale et la capactié des milieux de se prendre en charge, les habitudes de vie, les facteurs liés à la biologie humaine, comme les caractéristiques génétiques et le vieillissement, et l'accessibilité aux services.

Partie IV

Pour une nouvelle dynamique des pouvoirs

Chapitre 1

Pour une nouvelle dynamique décisionnelle

Introduction

Lorsqu'il s'agit d'enjeux de première importance, les vérités tiennent souvent du sens commun. Tout le monde s'accorde pour dire, par exemple, que le processus décisionnel à l'intérieur du système est trop centralisé et que le système est « trop gros ». Les problèmes commencent quand on désire changer les choses.

Comment un ministère peut-il prendre toutes les décisions qui s'imposent pour gérer 900 établissements ? Comment peut-il éteindre tous les feux qui s'allument et prétendre en même temps fournir les orientations nécessaires, planifier, établir les programmes, évaluer, se concerter avec les autres ministères concernés par les problèmes sociaux et les problèmes de santé ? Le système devient tellement complexe, réglementé, embourbé, traversé par des conflits qu'il est à toutes fins pratiques ingouvernable.

D'emblée s'impose l'idée d'un partage du pouvoir décisionnel : cela a été tenté, bien timidement, à l'intérieur du système par l'intermédiaire des CRSSS. Or, il est apparu clairement à la Commission, à la lumière de la consultation et des recherches effectuées, que les pouvoirs des CRSSS en matière de planification, de coordination et d'évaluation régionale des services sociaux et des services de santé ont été insuffisants pour en faire des instances régionales décisionnelles et responsables.

De l'avis de la Commission, un nouveau partage du pouvoir doit être établi entre le centre et les régions, à l'intérieur même du système de services, et une nouvelle dynamique décisionnelle doit être mise en place.

Cette nécessité repose autant sur le constat des faiblesses du passé que sur la perception de faits porteurs d'avenir et sur les défis inévitables qui doivent être relevés à moins de vouloir s'enliser dans le statu quo. Malgré les insatisfactions qui s'expriment à l'égard des CRSSS, il reste qu'ils ont contribué à ce que s'affirment à l'intérieur du système les réalités régionales: désormais, toute planification doit tenir compte des spécificités des régions et de leur apport respectif. De plus, il existe un mouvement de concertation à l'échelle des régions et des sous-régions qui constitue un acquis, une force et une promesse pour l'avenir. Enfin, on peut affirmer que les établissements se reconnaissent dans les mécanismes de planification et de décision mis en oeuvre par les CRSSS. Du côté du Ministère, la prise de conscience de son engorgement amène une revalorisation de la planification et une accentuation des efforts nécessaires à la mise en oeuvre de mécanismes d'évaluation efficaces et utiles. De plus, dans ce retour à l'essentiel, la protection de la santé publique apparaît comme un des mandats fondamentaux que doit assumer celui qui est au sommet stratégique du système.

En conséquence, la Commission propose les trois mesures suivantes: 1) le remplacement des CRSSS par des régies régionales; 2) le recentrage du rôle du Ministère autour de missions de planification et d'évaluation des services, de coordination inter-régionale, de coordination des services de portée provinciale et de protection de la santé publique; 3) la mise en place d'un Conseil de la santé et du bien-être, afin de fournir au gouvernement un outil de planification à long terme et à la population un instrument de plus pour conseiller le gouvernement sur les politiques de santé et de bien-être. Cette dynamique décisionnelle étant assurée, elle devra laisser le terrain libre pour une nouvelle distribution des services et devra inspirer une nouvelle dynamique administrative, comme on le verra dans les chapitres suivants.

1. De nouveaux pouvoirs aux régions

En choisissant de remplacer les CRSSS par des régies régionales, la Commission souhaite marquer clairement les nouvelles attributions de ces instances régionales, à savoir jouir d'une autonomie de gestion, être davantage imputable, avoir à moyen terme le pouvoir de taxer. La région régira. Pour ce faire, la Commission précise les missions et fonctions des régies, ainsi que les dispositions relatives au conseil d'administration; elle propose ensuite la mise sur pied d'un comité régional des priorités, consultatif auprès du conseil d'administration de la régie.

1.1 Les missions et les fonctions des régies

Les missions de la régie seraient de: 1) assurer la participation de la communauté aux décisions entourant la planification, l'évaluation des programmes et l'allocation des ressources; 2) planifier, de manière continue et transparente, les programmes en fonction des problèmes socio-sanitaires de la population de sa région, dans une perspective intersectorielle; 3) allouer les budgets aux établissements et aux organismes communautaires en fonction des programmes; 4) favoriser la concertation des professionnels, des établissements et des organismes communautaires autour des programmes régionaux de santé et de services sociaux.

De façon plus précise, les fonctions de la régie régionale pourraient être de planifier, de coordonner, d'évaluer les programmes sociaux reliés aux problèmes d'intégration sociale, les programmes de santé de niveau primaire et secondaire et les fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi des bénéficiaires. Dans le cas des centres hospitaliers universitaires, il appartiendrait à la régie de financer les services de santé de niveau primaire de ces centres, dans le cadre de ses programmes.

Les établissements concernés par ces programmes de santé de niveau primaire et secondaire et ces programmes sociaux sont les CLSC, les CH, les CSS, les CAH; on devra compter aussi sur la participation des organismes communautaires. Les responsabilités de la régie régionale devraient comprendre principalement les programmes qui concernent plus d'un établissement et ceux qui nécessitent une action intersectorielle. La Commission est d'avis que les régies devraient, dans la mesure du possible, se limiter à leur rôle de planificateur, de coordonnateur et d'évaluateur des programmes et des établissements, et ne pas assumer elles-mêmes des fonctions de production de services.

L'accomplissement du mandat de la régie devrait donner lieu à une planification et à une évaluation triennales des services de santé et des services sociaux sur le territoire. En plus de fournir aux organismes de santé et de services sociaux de la région une toile de fond pour la planification des services, le plan triennal servirait de base au plan régional de financement et d'allocation des ressources.

Dans le cadre de la planification des programmes relevant de sa juridiction, la régie devra:

- élaborer, pour sa région, des programmes inter-établissements et intersectoriels de services sociaux et de services de santé de première et de deuxième ligne conformes aux politiques provinciales;

- procéder à l'allocation des budgets d'exploitation et d'immobilisation des établissements et des autres organismes de services de santé et de services sociaux, conformément aux modalités d'allocation intra-régionale des ressources;
- assumer la planification, la coordination et le contrôle des systèmes d'information destinés à la planification et à l'évaluation des programmes et des services intra-régionaux;
- adopter à l'égard des établissements les mesures incitatives ou coercitives – tutelle incluse – visant à assurer le respect des budgets;
- collaborer avec le Ministère à la conduite des études épidémiologiques, économiques et sociologiques sur son territoire et à la planification triennale des politiques provinciales;
- formuler au Ministère des recommandations sur les ressources financières à accorder aux programmes de portée provinciale en regard des besoins de la population de sa région;
- préparer son budget et le soumettre au MSSS, conformément aux procédures budgétaires établies dans la formule de financement des régies régionales.

Dans le cadre de la coordination des programmes relevant de sa juridiction, la régie devra:

- concevoir et mener les actions intersectorielles requises avec les instances régionales des autres ministères, les municipalités et les autres organismes socio-économiques;
- établir, le cas échéant, avec d'autres régions les ententes pertinentes pour la distribution de services sociaux ou de services de santé non disponibles dans la région;
- s'assurer de la mise en place des fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, sur son territoire, ainsi que des programmes de santé de première et de deuxième ligne et des programmes sociaux;
- établir avec les établissements les ententes pour l'implantation de programmes inter-établissements et intersectoriels;
- procéder à la nomination de certains membres des conseils d'administration d'établissements;
- coordonner les services utilisés en commun par les établissements de la région; choisir les organisations chargées de la gestion immédiate de ces services et négocier avec elles les ententes appropriées;

- négocier, en collaboration avec les établissements de sa région, les clauses de conventions collectives qui ont une incidence sur l'efficacité et l'efficience des programmes régionaux, entre autres les clauses relatives à la mobilité intra-régionale, à la formation, et au recyclage.

Dans le cadre de l'évaluation des programmes relevant de sa juridiction, la régie devra:

- procéder à l'évaluation continue des programmes;
- élaborer les programmes d'appréciation de la qualité des services appliqués dans les établissements de santé et de services sociaux;
- évaluer les profils de consommation des services sociaux et sanitaires sur son territoire du point de vue de leur efficacité et de leur efficience.

1.2 Les dispositions relatives au conseil d'administration

L'élection des membres du conseil d'administration se ferait au suffrage universel, mais transitoirement elle pourrait se faire par un collège électoral représentatif des principaux corps intermédiaires de la région. Pour l'élection au suffrage universel, il y a lieu de prévoir, selon les régions, une base électorale correspondant aux comtés provinciaux ou à celle des municipalités. Il importerait aussi de synchroniser les élections à la régie avec celle des élections provinciales ou municipales selon le cas.

Le collège électoral serait principalement formé des maires des municipalités de la région, de représentants du secteur de l'enseignement, de membres des groupes communautaires déjà enregistrés dans les CRSSS, de représentants des établissements de santé et de services sociaux de la région, de représentants du milieu des affaires, des organisations syndicales et d'autres groupes socio-économiques. Le nombre des membres des collèges électoraux pourrait varier selon les régions et se situer entre 100 et 150. Le collège électoral élirait le premier conseil d'administration de la régie, à partir de candidatures qui seraient choisies selon des modalités à déterminer et qui ne pourraient faire partie du collège électoral. Le MSSS coordonnerait l'opération de formation des collèges électoraux et de nomination du premier conseil d'administration de chacune des régies.

Pour être éligible au conseil d'administration de la régie, il faudrait avoir son domicile, au sens légal du terme, sur le territoire de la région et ne pas être associé à un établissement du réseau comme membre du conseil d'administration, professionnel ou employé. Le processus électoral devrait désigner ceux et celles qui ont fait preuve d'une participation active dans

les organismes socio-économiques, d'un intérêt pour les besoins sociaux et les problèmes de santé ainsi que d'une connaissance de l'administration.

Le nombre des membres du conseil d'administration de la régie pourrait être de 15. Les membres seraient élus pour un mandat de trois ans, renouvelable. Des dispositions devront être prévues afin d'assurer la continuité et la rotation des membres au sein du conseil d'administration. Les membres recevraient une compensation financière pour leur participation aux réunions formelles du conseil.

Le président du conseil d'administration de la régie serait élu par les membres du conseil pour un mandat de deux ans renouvelable une fois. Il serait chargé de représenter la régie aux différentes tribunes provinciales et régionales.

En plus d'avoir un conseil d'administration composé d'élus, la régie serait administrée par un directeur général et une équipe administrative composée de directeurs adjoints, dont le mandat serait directement relié à la planification et à l'évaluation des programmes et des services, à l'allocation des ressources, au contrôle régional des budgets, de même qu'à la coordination des services auxiliaires ou de soutien mis en commun à l'échelle régionale.

Le directeur général serait le fondé de pouvoir du conseil d'administration. Il serait directement imputable devant ce dernier pour ce qui concerne la gestion interne de la régie. Il siégerait *ex officio* et sans droit de vote au conseil d'administration.

1.3 Le comité régional des priorités

Au sein de chaque régie, un comité régional des priorités, consultatif auprès du conseil d'administration, participerait activement à la planification triennale et à l'évaluation des programmes régionaux de services de santé et de services sociaux. Il formulerait au conseil d'administration les recommandations pertinentes concernant le lancement de nouveaux programmes, la reconduction des programmes établis et l'amélioration des services sociaux et sanitaires dans la région.

Il produirait et rendrait public un rapport annuel destiné au conseil d'administration. Ce comité serait composé de personnes provenant des groupes socio-économiques et des établissements, de gestionnaires, de professionnels et d'employés. Il serait formé par le conseil d'administration de la régie et les membres y seraient nommés pour trois ans en vertu

d'un mandat renouvelable. Le comité des priorités pourrait être alimenté par les tables de concertation sous-régionales déjà constituées sous l'égide des CRSSS.

Voilà, pour l'essentiel, les composantes de la régie régionale des services de santé et des services sociaux, dont la Commission recommande la création dans chacune des régions du Québec. La Commission est consciente que la mise en place des régies régionales, selon les modalités décrites ci-haut, de même que la répartition des pouvoirs qui lui seront dévolus, devra se faire graduellement, dans le respect de la dynamique et de la capacité de changement propres à chacune des régions. Dans cette perspective, des mesures à court terme devront être imaginées, comme l'élection des membres du conseil d'administration de la régie par un collège électoral, pour favoriser une transition harmonieuse entre les CRSSS actuels et les futures régies.

De plus, lors de la formation d'une régie régionale, le personnel actuel du CRSSS de cette région devrait avoir priorité dans l'attribution des postes de la régie, dans la mesure où il possède la compétence.

Les pouvoirs de planification, de coordination et d'évaluation de la régie régionale nécessiteront des transferts de juridiction et de ressources de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces transferts devraient se faire progressivement et respecter le rythme des régions. À court terme, les régies pourraient, comme il a été dit, se voir confier le mandat d'organiser et de financer des programmes mettant en jeu plus d'un établissement ou des programmes de nature intersectorielle. Au fil de l'expérience, d'autres programmes sociaux et sanitaires de niveau primaire et secondaire devraient être transférés aux régies.

Finalement, la Commission reconnaît que, en donnant aux régions de nouveaux pouvoirs, elle propose en même temps que l'exercice du pouvoir à l'intérieur du système se fasse avec plus de transparence et de manière plus démocratique, qu'il mette à contribution les communautés et les établissements. Pour les associations d'établissements, cette nouvelle donne va devoir les amener à changer leur stratégie de représentation en s'associant plus étroitement à leurs instances régionales. Car, désormais, la définition des programmes, les arbitrages institutionnels et une partie du pouvoir de dépenser seront gérés en région.

2. Une mission recentrée du Ministère

De l'avis de la Commission, la création de régies régionales de la santé et des services sociaux devrait progressivement entraîner une modification et une réarticulation des fonctions du ministère de la Santé et des Services sociaux autour des quatre activités suivantes: 1) la planification et l'évaluation de l'ensemble du système dans le but d'assurer et de maintenir la cohérence interne entre les finalités et les objectifs globaux du système et les réalisations concrètes; 2) la coordination inter-régionale; 3) la coordination des programmes sociaux et des programmes de santé de portée provinciale; 4) la protection de la santé publique.

2.1 La planification et l'évaluation des services

Le niveau central est, du point de vue de la Commission, le lieu de conception, d'élaboration et d'évaluation des politiques provinciales en matière de santé et de services sociaux. Planification et évaluation devraient reposer sur des études épidémiologiques, sociales et sanitaires, sur des enquêtes ou des consultations effectuées auprès des bénéficiaires et de la population en général, et sur des analyses de profils de consommation des services, dans le but de mettre en évidence leurs besoins et leurs attentes. Elles devraient, de plus, s'appuyer sur des indicateurs d'efficacité et d'efficience des politiques et des programmes sociaux et sanitaires et sur des comparaisons inter-régionales. Elles devraient, enfin, contenir des prévisions économiques, sociales et sanitaires à moyen terme.

Le Ministère devrait sensibiliser les différents ministères aux conséquences et à l'apport potentiellement positif de leurs actions concertées pour le bien-être et la santé des personnes et des collectivités. Il assumerait un rôle de leadership à cet égard, au sein de comités interministériels ou par des collaborations directes avec d'autres ministères. Les interventions du Ministère viseraient à élargir la portée des politiques socio-sanitaires et à harmoniser les procédures aux niveaux régional et local.

La Commission se permet d'insister sur la nécessité d'une planification triennale du développement et du financement du système de la santé et des services sociaux. Cette planification triennale doit encadrer la budgétisation annuelle et être articulée à tous les niveaux hiérarchiques du système. Ainsi, les établissements et les organismes producteurs devraient effectuer une planification triennale de leurs activités et la soumettre à la régie régionale, laquelle devrait l'incorporer à la planification des programmes et activités projetés au niveau régional pour la même période. Enfin, au niveau central, on devrait présenter, sur une base triennale, les

grands objectifs sociaux et sanitaires proposés à la société québécoise. La planification triennale devrait être la plus transparente possible, c'est-à-dire faire l'objet de communications publiques et, même, mettre à contribution les communautés concernées.

2.2 La coordination inter-régionale

En raison du déséquilibre entre les différentes régions du Québec sur les plans démographique, social, sanitaire et économique, le Ministère doit assurer la cohérence des programmes et de l'allocation des ressources à l'intérieur de la province. Cette coordination doit être assurée par le Ministère, afin de maintenir, par des partages inter-régionaux de ressources et de services plus adéquats, un équilibre dans l'accès aux services. Le Ministère assumera aussi cette fonction de gestion de l'équité inter-régionale par un contrôle des programmes et des services de portée provinciale.

2.3 La coordination des programmes de portée provinciale

Certains services requièrent, en raison de leur nature ou de leur caractère multisectoriel, une planification, un développement et une coordination sur une base territoriale plus large que celle des régions socio-sanitaires.

C'est le cas des services de santé tertiaires, assurés par les centres hospitaliers universitaires et les instituts spécialisés. Ces établissements ont un rayonnement qui s'étend à plusieurs régions ou à l'ensemble de la province. Aussi, les politiques, programmes, budgets et évaluations qui les concernent doivent-ils être pensés en fonction de l'ensemble de la province; ils relèveront donc de la responsabilité directe du ministère de la Santé et des Services sociaux qui devra collaborer avec d'autres ministères, tels que le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la science.

Il en sera de même pour les services sociaux concernant la protection des personnes et de leur entourage. Ces services sont associés aux problèmes de violence contre les personnes et aux problèmes de déviance et de mésadaptation sociale. Ils relèvent des centres de services sociaux avec lesquels collaborent les organismes communautaires et les centres d'accueil de réadaptation.

2.4 La protection de la santé publique

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est le mandataire officiel de l'État en matière de protection de la santé publique pour l'ensemble de la

population. Cette responsabilité lui incombe pour trois raisons: la solution des problèmes de santé publique requiert des interventions qui posent des problèmes d'équilibre à maintenir entre les droits individuels des personnes et les droits collectifs; en situation d'urgence, les responsabilités d'intervention appartiennent à l'autorité politique qui en a le mandat et les pouvoirs; la concertation intersectorielle, si souvent nécessaire en ce domaine, doit être faite au plus haut niveau.

La protection de la santé publique s'actualise dans trois stratégies: la promotion de la santé, la prévention, ainsi que la surveillance et le contrôle. La promotion vise à renforcer chez les personnes et les communautés le contrôle qu'elles exercent sur leur santé et leur bien-être; elle cherche à augmenter leur capacité de modifier des comportements et d'influencer des décisions favorables à la santé publique. La prévention concerne l'ensemble des mesures collectives et individuelles qui visent à réduire les facteurs de nuisance; ces mesures portent sur le contrôle des agents agresseurs et des risques environnementaux, sur le renforcement de la résistance des personnes par le recours à l'immunisation ou par la promotion de l'exercice physique. Quant à la surveillance et au contrôle, ils s'exercent sur les dangers collectifs qui déterminent souvent des situations d'urgence; pour ce faire, il faut recourir à la législation et à la réglementation, identifier des responsabilités et adopter des moyens d'intervention qui ont souvent un caractère directif et contraignant.

Au fil du temps, le Ministère s'est peu à peu désintéressé de sa mission en matière de protection de la santé publique, notamment en santé environnementale depuis la création du ministère de l'Environnement, et en santé et sécurité des travailleurs depuis la mise sur pied de la CSST. Ce faisant, les professionnels intéressés par cette problématique ont développé leur propre expertise en dehors du cadre ministériel et ils se sont donné des mécanismes de concertation qui trouvent un appui dans les associations d'établissements. Une redéfinition du rôle du Ministère en santé publique s'impose donc, de la même manière que s'impose un rapprochement du Ministère avec le milieu professionnel qui a développé une compétense en la matière. Aussi la Commission recommande-t-elle de mettre à jour et de repréciser les responsabilités du Ministère en ce domaine d'une part, et de doter le Ministère d'un Centre de santé publique, à qui il déléguerait la responsabilité de certaines de ses fonctions en santé publique, d'autre part.

2.4.1 Les responsabilités du Ministère en santé publique

Dans la redéfinition des responsabilités du Ministère en matière de protection de la santé publique, la Commission est d'avis que les principales

fonctions du Ministère en ce domaine concernent directement la législation et la réglementation, la coordination des programmes, la surveillance et le contrôle de la santé publique, et l'élaboration de programmes cadres.

Le Ministère doit revoir l'encadrement légal de la protection de la santé publique: il faut fournir un cadre de référence qui soit centré sur des fonctions de surveillance et de contrôle, et qui soit capable de guider les interventions du Ministère, celles des intervenants et des autres ministères concernés.

De façon plus spécifique, dans cette révision de la *Loi sur la protection de la santé publique*, il faut réaffirmer et préciser le pouvoir d'enquête et d'inspection, dont celui incombant aux chefs des DSC; préciser, en fonction des objectifs de santé publique, le rôle du Ministère vis-à-vis d'autres intervenants comme la CSST, les ministères de l'Environnement et de l'Agriculture. Les mécanismes de coordination et de partage des informations entre les intervenants concernés doivent aussi être définis. Par la même occasion, cette mise à jour législative devrait servir à épurer l'actuelle Loi des dispositions aujourd'hui désuètes ou non pertinentes. De plus, les normes de protection de la santé publique devront être ajustées en conformité avec la nouvelle loi.

En ce qui concerne son rôle de coordination, le Ministère s'occupera plus précisément de recevoir l'information pertinente et de la diffuser aux intervenants concernés; de standardiser certaines règles de pratique qui reposent sur des décisions professionnelles; de définir les programmes provinciaux de santé publique, et de se donner les moyens pour assurer la coordination intersectorielle souhaitable en fournissant l'aide nécessaire, en faisant les pressions qui s'imposent et en concluant des ententes avec les autres ministères et organismes comme la CSST.

Le rôle de surveillance et de contrôle du Ministère doit être exercé par les chefs de DSC qui agiront comme officiers responsables de la santé publique dans leur territoire respectif. Ceux-ci seront imputables devant le Ministère.

Finalement, le Ministère doit exercer, en matière de protection de santé publique, un rôle de planification et d'évaluation tout comme il le fait en matière de services de santé et de services sociaux. À cette fin, il est responsable de l'élaboration de programmes cadres et doit proposer des modèles de pratique.

2.4.2 Un Centre de santé publique

En vue de doter le Ministère des connaissances techniques et professionnelles nécessaires à l'élaboration de ses programmes en santé publique, la Commission recommande la création d'un Centre de santé publique. Cet instrument aurait un caractère analogue à celui que donne parfois le gouvernement à des régies, offices ou commissions pour l'exécution de certains mandats.

Le Centre aurait pour fonctions principales d'animer le milieu des intervenants en vue de dégager les consensus professionnels nécessaires à la standardisation des pratiques, de concevoir des programmes de santé publique grâce à la compétence de ses membres, d'arbitrer les conflits de fond et de travailler à la mise en place de la collaboration intersectorielle.

Pour ce faire, le Centre pourrait créer des groupes de travail en mobilisant les ressources du milieu, organiser des colloques d'experts, faire le point des connaissances, préparer des projets de démonstration. Ses ressources devraient être disponibles pour les autres ministères, organismes publics et établissements du réseau, en vue justement de promouvoir les connaissances et les complicités nécessaires à la protection de la santé publique.

Le Centre serait constitué d'une légère équipe de coordination et d'animation, composée de personnes reconnues pour leur compétence en santé publique. Il serait imputable de ses activités, et son statut lui assurerait l'autonomie dans la publication de ses avis, l'élaboration et la mise en oeuvre de son plan d'action, et le choix de ses moyens d'intervention. Ce statut lui fournirait aussi la visibilité nécessaire et la capacité d'établir des relations directes avec ses collaborateurs. Il fonctionnerait avec une enveloppe budgétaire protégée.

Le Centre serait autonome et répondrait pour son mandat devant le ministre de la Santé et des Services sociaux. On peut penser aussi, dans une hypothèse minimale, à une structure interne au Ministère, dont l'autonomie relative serait assurée et qui relèverait directement du sous-ministre.

Étant donné le recentrage de la mission du Ministère, il va de soi que sa structure devra être révisée. Les fonctions de planification et d'évaluation devraient y tenir une place de choix. Les activités du Ministère pourraient être regroupées autour de directions de la planification et de l'évaluation des politiques et des programmes, de la coordination inter-

régionale, de la coordination des programmes de portée provinciale, de la protection de la santé publique. La structure du Ministère comprendrait aussi les directions du budget, des relations de travail, et de l'administration.

3. Un outil de planification à long terme pour le gouvernement

Aux yeux de la Commission, il est clair que la véritable cohérence du fonctionnement du système ne sera établie que dans la mesure où les acteurs qui y oeuvrent verront leurs interventions guidées par des objectifs clairs, mobilisateurs, constamment revus. La nouvelle dynamique décisionnelle souhaitée n'a de sens que si elle s'articule d'abord et avant tout sur la gestion des objectifs.

Pour cela, on pourra faire appel à des mesures administratives, telles que la mise en place de systèmes d'information et de moyens de communication, une organisation des services centrée sur les objectifs. Mais, au préalable, si l'on veut donner aux dimensions administratives un sens et une efficacité, la nouvelle structure de décision doit pouvoir se donner des objectifs, les changer au besoin et, surtout, adapter en conséquence les moyens dont elle a la responsabilité.

À cette fin, il apparaît urgent que le système socio-sanitaire se dote de moyens qui lui permettront de prévoir son devenir sur un horizon de plusieurs années. La Commission ne peut qu'insister sur la nécessité d'une planification triennale et à long terme des politiques et des programmes de services de santé et de services sociaux.

De plus, la Commission veut aussi réaffirmer que, en raison du caractère éminemment social et intersectoriel des enjeux qui sous-tendent une telle planification et de leurs implications économiques pour l'ensemble de la société, un tel exercice ne doit pas s'effectuer en vase clos, mais il doit faire appel à la collaboration des instances les plus diverses et les plus représentatives de la communauté.

Aussi, dans le but de rendre plus visibles les enjeux économiques, sociaux et politiques en matière de services de santé et de services sociaux, en vue aussi de tenir compte du caractère multisectoriel de la santé et du bien-être et de proposer au gouvernement des objectifs à long terme en cette matière, un Conseil de la santé et du bien-être devrait être créé. Ce Conseil aurait principalement pour mandat d'évaluer de façon continue l'apport des divers ministères et acteurs socio-économiques à la réalisation

des objectifs de long terme en matière de santé et de bien-être et, le cas échéant, de proposer des réaménagements à la stratégie gouvernementale en matière de politique sociale et de politique de santé. Le gouvernement devrait s'obliger à consulter le Conseil sur l'ensemble de ses politiques sociales, lequel jetterait, de façon permanente et autonome, un regard critique sur l'ensemble de ces politiques dans une perspective intersectorielle.

Le Conseil serait directement imputable devant le gouvernement. Il devrait rendre public, périodiquement, un rapport sur les différents aspects relevant de son mandat. Il posséderait un budget lui permettant au besoin de conduire les recherches et les analyses propres à l'exécution de son mandat.

Il serait composé de leaders d'opinion de la société québécoise dans les divers secteurs de l'activité sociale et économique du Québec. Son rôle consisterait à développer les connaissances et à élaborer des scénarios prospectifs au regard de l'évolution des valeurs de la société québécoise et des facteurs déterminants des problèmes sociaux et des problèmes de santé. Les membres de ce Conseil seraient nommés par le gouvernement pour un mandat de cinq ans, renouvelable.

Conclusion

Dans le but d'introduire une nouvelle dynamique décisionnelle dans le système de services de santé et de services sociaux, la Commission propose un nouveau partage du pouvoir: au niveau régional, en remplaçant les conseils régionaux de la santé et des services sociaux par des régies régionales qui devront se fonder sur le dynamisme des régions; au niveau central, en recentrant la mission du Ministère autour des fonctions que lui seul peut assumer. De plus, elle propose un organisme conseil comme instrument de planification à long terme dans le domaine de la santé et du bien-être.

· De façon plus précise, la Commission propose que chaque région socio-sanitaire du Québec soit dotée d'une régie régionale dont la mission serait d'assurer la participation de la communauté aux décisions relatives à la planification, l'évaluation des programmes et l'allocation des ressources; de planifier

les programmes en fonction des problèmes sociaux et sanitaires dans une perspective intersectorielle; d'allouer les budgets aux établissements et aux organismes communautaires dans le cadre de ses programmes; de favoriser la concertation des professionnels, des établissements et des organismes communautaires.

Le conseil d'administration de la régie serait composé de quinze membres, élus au suffrage universel pour un mandat de trois ans. Les membres du conseil devront être extérieurs aux établissements afin d'assurer la représentation de la population. De façon transitoire, les membres du conseil pourraient être élus par un collège électoral d'environ 150 membres, choisis parmi les différents groupes socio-économiques et les institutions de la région.

Un comité régional des priorités, composé de personnes provenant des groupes socio-économiques et des établissements et formé par le conseil d'administration de la régie, conseillera la régie sur ses priorités et sur l'évaluation des services.

Compte tenu de l'importance de la santé publique pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la Commission précise le rôle du Ministère en matière de protection de la santé publique. Elle propose que la standardisation des pratiques et le développement des connaissances en santé publique soient confiés à un Centre de santé publique relié au Ministère.

Par ailleurs, la Commission recommande la création d'un Conseil de la santé et du bien-être, mandaté pour conseiller le gouvernement sur les politiques à long terme en matière de santé et de bien-être dans une perspective d'intersectorialité.

Chapitre 2

Pour une nouvelle dynamique des services

Introduction

Un système ne peut se réduire à son sommet. Les fonctions de planification, de coordination, d'évaluation et de contrôle devant se répartir entre les différents niveaux décisionnels décrits dans le chapitre précédent, le nouveau partage de pouvoir et de responsabilités entre le centre et les régions donnera lieu à une nouvelle dynamique de services.

Le système doit donc se redéployer en fonction d'une nouvelle manière de penser et d'offrir les services; ses diverses composantes doivent se détacher de leurs réflexes institutionnels afin de développer une approche par programme; cette réorganisation doit faire éclater les monopoles corporatifs, mettre un terme aux guerres de clochers, pour finalement enclencher de nouvelles concertations entre établissements et entre le réseau institutionnel et les organismes communautaires. À ces fins, des clarifications devront être apportées concernant les mandats des établissements, le rôle et la composition des conseils d'administration et la gestion des établissements.

Finalement, s'il fallait faire la preuve que le système doit penser autrement sa dynamique de services, on n'a qu'à se référer aux changements déjà survenus ou à ceux qui sont encore à faire pour améliorer l'accès aux services des autochtones et des communautés culturelles. Ces adaptations, bien loin de constituer des exceptions à la règle, découlent de cette exigence fondamentale qui doit faire loi dans le système: ne pas adapter les besoins aux établissements, mais les établissements aux besoins.

1. Les services

Les services sont actuellement morcelés, les établissements étant cloisonnés dans leur mission respective et s'ignorant les uns les autres; d'où la plainte, souvent exprimée au cours des consultations menées par la Commission, ayant trait à la déshumanisation des soins et à l'absence d'une approche globale de la personne. L'accessibilité, la continuité, la globalité et la personnalisation des soins sont demeurées des mots qui ont trouvé jusqu'ici peu d'assises dans la réalité.

Cette distance entre le discours et la réalité doit s'amenuiser. C'est là, du point de vue de la Commission, un des objectifs les plus importants à réaliser au cours des prochaines années. Les ressources doivent être organisées de façon qu'elles soient accessibles et disponibles au moment où le bénéficiaire les requiert. Le bénéficiaire qui s'adresse au système des services de santé et des services sociaux devrait y trouver un milieu accueillant et personnalisé où l'on s'occupe de lui et où l'on se charge de le piloter à travers les dédales des services que sa condition requiert.

À cet égard, les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation devraient être améliorées de façon à assurer une plus grande accessibilité aux services. En corollaire, on devrait assurer un meilleur suivi du bénéficiaire tout au long de son cheminement dans le système.

1.1 Améliorer les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation

La Commission juge important que les établissements du réseau se dotent d'objectifs et de stratégies concrètes afin de consolider un certain nombre de droits des usagers des services de santé et des services sociaux. Ainsi, l'usager doit pouvoir:

- accéder à un lieu de service et y être accueilli;
- faire évaluer ses besoins de façon adéquate;
- être guidé, le cas échéant, vers les ressources appropriées et bénéficier d'un suivi tant que son état l'exige.

L'accueil

Le droit d'accès à un service et aux fonctions d'accueil soulève la question de l'accessibilité géographique et temporelle. À cet égard les conditions d'accès aux services pourraient, grâce aux progrès technologiques, être appelées à changer très rapidement. Déjà à Montréal, l'utilisation du code unique 911 permet, par contact téléphonique, d'orienter les gens vers les services disponibles. À Québec, Info-Santé remplit les

mêmes fonctions. Sans que cela ne remette en question le rôle du professionnel, il reste que, en cas d'anxiété, de douleur ou de problème aigu, ce premier contact téléphonique peut être vital. De l'avis de la Commission, la mise en place de ces réseaux téléphoniques constitue un pas important dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. Demain, l'ordinateur pourra d'ailleurs décupler ces possibilités; déjà en France, le système Minitel permet à ses abonnés d'avoir accès par ordinateur à un praticien. À Montréal, on conçoit des logiciels qui permettront à l'usager de porter un jugement plus éclairé et plus systématique sur son état de santé et de mieux apprécier les gestes qu'il a à poser.

Mais ce droit à l'accès et à l'accueil dépasse largement les seules dimensions de l'accès physique. C'est aussi une question d'attitude. L'usager doit avoir le sentiment qu'il est le bienvenu et que son problème sera pris en considération. Il ne doit pas se sentir comme un cas anonyme ou un simple numéro dans une machine. Certains établissements ont d'ailleurs réussi à offrir un accueil chaleureux aux usagers de leur territoire. Mais ces efforts en vue d'humaniser les services restent insuffisants: il y a lieu de les accroître et de les systématiser. Pour la Commission, les usagers n'existent pas en fonction de l'appareil de services; celui-ci doit au contraire se définir en fonction des personnes qu'il sert.

L'évaluation

Une évaluation doit être faite chaque fois qu'un client entre en relation avec un professionnel. Avec les connaissances qu'il a acquises, le professionnel doit pouvoir évaluer les symptômes ou les problèmes, leur gravité et leurs conséquences possibles; il doit proposer, le cas échéant, les actions les plus appropriées.

À ce chapitre, rien dans notre système ne pourra remplacer ces relations directes entre le professionnel et son client. Ces évaluations peuvent parfois être simples; elles peuvent par ailleurs nécessiter la mise en oeuvre de processus complexes de diagnostic et d'évaluation. Du point de vue de la Commission, toute personne qui se présente à l'une des portes d'entrée du réseau, que ce soit en cabinet privé, dans un CLSC, un CSS, une urgence ou une clinique externe d'un centre hospitalier, a le droit de voir son problème évalué.

Si la relation professionnel-client demeure au centre du processus d'évaluation, il reste que des instruments, tels des grilles d'évaluation, peuvent être utilisés pour mieux en assurer la rigueur. Ainsi, en matière

d'hébergement des personnes âgées, des grilles d'évaluation plus rigoureuses ont été conçues. La lourdeur relative de leur application est peut-être le prix à payer pour réduire l'arbitraire et l'injustice qui étaient parfois liés aux anciens modes d'évaluation. Ces nouveaux instruments permettent aussi des évaluations de meilleure qualité.

L'orientation

L'orientation constitue la troisième phase du processus d'intervention. Elle n'est pas toujours nécessaire; ainsi, il peut arriver qu'après évaluation, le professionnel soit en mesure de régler le problème de l'usager. Toutefois, cette étape est particulièrement déterminante pour plusieurs catégories de personnes dont le cheminement est souvent long et complexe: par exemple, les personnes atteintes de maladies chroniques ou qui perdent leur mobilité, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ou les personnes dont l'état requiert la mise en oeuvre de moyens techniques importants.

Le réseau a déjà mis sur pied certaines pratiques d'orientation. C'est le cas du médecin qui envoie un patient à un collègue ou du travailleur social qui oriente une personne vers un centre d'accueil. Mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la situation. Des initiatives en ce sens sont déjà prises: par exemple, la nomination d'infirmières de liaison dans certains CH a permis d'améliorer progressivement la coordination entre CH et CLSC; les centres hospitaliers sont ainsi assurés qu'une réponse plus adéquate sera fournie aux usagers dont l'état nécessite par exemple des services de maintien à domicile.

De tels mécanismes permettent d'améliorer l'orientation des usagers dans le système et leur expansion mérite, aux yeux de la Commission, d'être encouragé.

En insistant sur la qualité des fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, la Commission propose en quelque sorte une revalorisation de la personne. Elle est d'avis que les moyens organisationnels qui ont permis au système de devenir plus efficace peuvent aussi lui permettre de redevenir plus sensible aux besoins des usagers.

Ce changement de cap doit d'abord commencer chez les professionnels. Sans leur adhésion, aucun changement significatif n'est possible. Qu'ils travaillent à leur compte en cabinet privé ou en établissement, ou qu'ils soient salariés et qu'ils travaillent pour le réseau, les professionnels

disposent souvent d'une autonomie qui n'empêche en rien leur adhésion aux objectifs que propose la Commission.

De leur côté, les établissements peuvent appuyer ces orientations de différentes façons : premièrement en mettant en place un ensemble d'incitations qui valorisent la participation active du personnel dans le processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation ; deuxièmement, en faisant de la qualité des services rendus un critère d'évaluation du personnel ; troisièmement, en créant des instruments d'évaluation qui permettent de mesurer l'atteinte des objectifs. Le développement des systèmes informatisés de gestion des données sur les clientèles, par exemple, pourraient permettre de suivre le cheminement d'un usager à travers l'ensemble du système.

Avec la réforme proposée, le traitement de ces informations relèvera des instances régionales. En tant que responsables des programmes régionaux de services, elles devront s'assurer que les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation sont correctement offerts sur leur territoire et qu'ils sont efficaces.

En proposant de renforcer les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, la Commission ne veut surtout pas ajouter un nouveau palier de services à un système déjà suffisamment structuré. Au contraire, elle vise d'abord à responsabiliser les dispensateurs de services de façon à recentrer le système sur les besoins des usagers.

1.2 Améliorer le suivi

Toute personne qui s'adresse au système de services s'engage dans un processus dont l'accueil, l'évaluation et l'orientation ne constituent souvent que la première étape. En fonction de sa condition de santé ou de bien-être, le bénéficiaire reçoit un ensemble de services plus ou moins diversifiés de la part d'un nombre plus ou moins grand de professionnels. Dans plusieurs cas, les problèmes seront réglés à ce premier niveau et ne requerront ni la consultation d'autres professionnels ni un transfert dans des unités spécialisées. Cependant, certains cas sont beaucoup plus complexes et requièrent, pour de longues périodes, les services de divers professionnels. Comment, dans un tel contexte assurer la continuité des services et appliquer une approche globale et personnalisée ?

Il apparaît à la Commission que trois conditions doivent être remplies à cette fin. En premier lieu, il est essentiel d'avoir de façon continue toute l'information sur l'itinéraire du bénéficiaire dans le système. En second lieu, cette information doit pouvoir être utilisée par les professionnels et

appuyer leurs décisions concernant le bénéficiaire. Enfin, il est tout aussi essentiel que l'on puisse vérifier, sur la base de l'information ainsi recueillie, si les services rendus ont respecté les objectifs de continuité et de globalité et s'ils ont satisfait les besoins et répondu aux attentes du bénéficiaire.

Ces trois conditions mettent en évidence la nécessité d'enregistrer les observations des professionnels appelés successivement à intervenir dans un même cas, de noter de façon précise les services reçus et de rendre accessible cette information à tous les professionnels concernés par le traitement. Bref, il est nécessaire de décrire le plus exactement possible l'épisode de services reçus par chaque bénéficiaire. Par épisode de services, il faut entendre ici la période au cours de laquelle une personne reçoit un ou plusieurs services visant à améliorer sa condition sociale ou sanitaire. L'épisode de services peut être plus ou moins long, selon la condition de la personne. Dans la plupart des cas cependant, il est de courte durée et ne requiert qu'une intervention médicale ou sociale en service externe.

Les trois conditions énoncées ci-dessus ne pourront être satisfaites sans la mise en place de systèmes d'information permettant la reconstitution ou le suivi de l'épisode de services du bénéficiaire. Les moyens informatiques modernes offrent à cet égard des possibilités nouvelles dont il faudra profiter au cours des prochaines années.

De plus, là où il peut s'appliquer, le plan d'intervention individuel peut s'avérer utile pour assurer un meilleur suivi du bénéficiaire dans le système de services. Le plan d'intervention individuel permet d'identifier, au moins de façon préliminaire, les services requis par un bénéficiaire dès son premier contact avec le système. Le plan doit tenir compte de l'ensemble des interventions médicales et psychosociales requises pour répondre aux besoins et aux attentes du bénéficiaire. Il est préparé par un professionnel avec la participation du bénéficiaire; le cas échéant, d'autres professionnels peuvent être consultés.

Ce plan d'intervention individuel ne doit pas être conçu de façon rigide, car dans de nombreux cas, d'autres services non prévus au plan initial peuvent venir s'y greffer. Les objectifs du plan d'intervention dépendent évidemment de l'état du bénéficiaire. Dans certains cas, ils visent la guérison complète d'une maladie ou la suppression d'un problème psychologique ou social. Dans d'autres cas, les objectifs sont davantage formulés en fonction de l'amélioration de la condition sociale de la

personne (par exemple, améliorer son autonomie fonctionnelle), ou du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie à domicile ou en institution.

Le plan d'intervention individuel comporte un avantage important: il permet d'envisager l'épisode de services de façon prospective plutôt que rétrospective. On peut également lui fixer des objectifs de résultats. Enfin, la participation du bénéficiaire à l'élaboration de son plan d'intervention rend plus transparent le contrat implicite qui s'établit entre lui et le professionnel. Elle peut permettre également au bénéficiaire, le cas échéant, d'entrevoir quelle pourra être sa contribution personnelle à l'atteinte des objectifs fixés. L'entente qui intervient entre le professionnel et le bénéficiaire à cet égard peut être l'occasion d'une participation accrue de ce dernier aux décisions touchant les services que son état requiert; elle peut amener aussi le bénéficiaire à prendre davantage en main sa santé, sa condition sociale ou sa qualité de vie.

Il importe de souligner qu'il existe déjà dans plusieurs secteurs de l'activité médicale et sociale des plans d'intervention individuels connus sous diverses appellations: plans de soins, plans de traitements ou plans de services. C'est notamment le cas dans le domaine de l'intégration sociale des personnes handicapées physiques et intellectuelles et dans le domaine de la santé mentale.

En milieu médical, on utilise implicitement cette formule. Dans plusieurs secteurs, son adoption plus systématique ne nécessiterait donc pas une modification profonde des façons de faire actuelles. Le changement majeur consisterait à déterminer, au moment du diagnostic, des objectifs de résultats à atteindre, à élaborer un plan de services en fonction de l'atteinte de ces objectifs et à prévoir des moyens pour évaluer le chemin parcouru pendant l'épisode de services et le résultat à son terme. En fait, le plan d'intervention individuel pourrait fournir au professionnel l'occasion de s'engager concrètement dans le processus d'élaboration d'objectifs de résultats. Sans doute imparfaites dans un premier temps, de telles formules se raffineraient progressivement à l'usage.

2. Les programmes

La Commission préconise que les divers services dispensés dans le domaine de la santé et dans le domaine social soient conçus en fonction de programmes dotés d'objectifs de résultats. Ces programmes se composeraient d'un ensemble d'activités, dispensées en concertation par un ou

plusieurs établissements, et viseraient à atteindre des résultats de santé ou de bien-être pour des personnes ou pour des collectivités.

Ces programmes poursuivraient cinq objectifs généraux: l'accessibilité aux services, dans un délai minimum, pour la population d'un territoire donné; l'adéquation entre les besoins, les attentes des personnes et les services rendus; la continuité des services, c'est-à-dire la coordination entre les dispensateurs pour offrir les différents services requis en temps opportun, du début à la fin de l'épisode de services; la personnalisation des services, c'est-à-dire la capacité des dispensateurs d'adapter les modalités de prestation des services à la situation particulière de la personne; et la résolution effective du ou des problèmes en cause.

La Commission croit qu'une approche par programmes est préférable aux modalités actuelles de fonctionnement et de financement par catégories d'établissements ou types de ressources. Plusieurs programmes vont nécessiter l'apport de ressources professionnelles diversifiées et situées dans des établissements différents. Il est en effet reconnu que, dans certains cas, les interventions professionnelles débordent largement le cadre d'un seul et même établissement. Qu'il suffise de penser au maintien à domicile des personnes âgées, à la réintégration sociale des personnes handicapées intellectuelles ou physiques, à la prévention sociale et sanitaire pour différents groupes d'âge comme les enfants en milieu scolaire et les travailleurs dans les entreprises, aux interventions environnementales nécessitant l'intervention de plusieurs juridictions gouvernementales ou privées, et à l'information sociale et sanitaire. La mise en oeuvre de tels programmes nécessite la collaboration de plusieurs catégories d'établissements, y compris celle des organismes communautaires ou bénévoles.

Pour coordonner ces ressources, il faut procéder à des changements à l'intérieur des établissements, faciliter la complémentarité entre les établissements, et favoriser une collaboration active entre le réseau institutionnel et les organismes communautaires.

En premier lieu, le système de services ne pourra réorganiser son fonctionnement autour d'une approche par programmes que dans la mesure où les services dispensés par les établissements seront eux-mêmes recentrés autour d'objectifs de résultats. Dans certaines catégories d'établissements telles les CLSC, les CSS et les CAR, l'approche par programmes est déjà appliquée. Dans les centres d'accueil d'hébergement et dans plusieurs organismes communautaires, l'adoption d'une telle approche ne devrait pas constituer un problème dans la mesure où, souvent, la vocation

même d'un établissement ou d'un organisme renvoie en fait à un programme. Les objectifs poursuivis par ces programmes, qu'il s'agisse du maintien et de l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle ou de la qualité de vie, pourraient être exprimés plus formellement, de façon à rendre visibles les résultats à atteindre. En cumulant les plans d'intervention individuels, on devrait pouvoir établir des sous-programmes en fonction de problèmes particuliers.

L'introduction d'une approche par programmes supposera cependant le réexamen des modes et des structures de fonctionnement des centres hospitaliers: ceci entraînera inévitablement une nouvelle articulation des services cliniques (par exemple: soins infirmiers, laboratoires, radiologie) et des départements cliniques (par exemple: médecine, chirurgie, orthopédie, pédiatrie) en fonction des programmes. À cet égard, une intégration accrue des professionnels, et en particulier des médecins, à la gestion des centres hospitaliers s'avérera de plus en plus indispensable à la réalisation de la mission de ces établissements. L'approche par programmes est actuellement en voie d'être mise en œuvre dans quelques établissements.

Par ailleurs, la Commission ne croit pas que c'est en imposant de l'extérieur une redéfinition, si cohérente soit-elle, du rôle des établissements, que le défi du décloisonnement et de la complémentarité sera relevé. Il faut laisser aux établissements leurs capacités d'initiative et d'innovation et la responsabilité de définir leur propre position stratégique dans le réseau de services et ce, dans le cadre de leur mission fondamentale.

C'est en créant une dynamique de fonctionnement différente, contenant des incitations à la complémentarité et au décloisonnement institutionnel et professionnel, que l'objectif de la complémentarité sera davantage atteint. Les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, le recours aux plans d'intervention individuels et à un mode de fonctionnement par programmes constituent, du point de vue de la Commission, trois mesures susceptibles de contribuer à une nouvelle dynamique des services. D'autres moyens devront se conjuguer aux précédents pour réaliser la complémentarité des services et la collaboration inter-établissements. Par ailleurs, l'approche par programmes, privilégiée par la Commission, requiert une collaboration active entre le réseau d'établissements et les organismes communautaires.

Nous avons vu précédemment que plusieurs organismes communautaires considèrent qu'ils font actuellement les frais d'une « complémentarité

piégée » avec le réseau public. Certains, par exemple, ont dû subir un déversement de clientèles à la suite des politiques de désinstitutionnalisation; d'autres ont été fortement incités, le plus souvent par des arguments financiers, à redéfinir leur action et à jouer un rôle carrément supplétif par rapport au réseau, sans égard pour leurs objectifs propres. La Commission estime que ce type de complémentarité, et surtout les conditions qui l'ont entourée, ne sont pas souhaitables; elle n'endosse pas davantage l'idée d'une opposition systématique et d'une incompatiblité de fond entre le réseau public et les organismes communautaires.

En fait, la Commission insiste sur la valeur et l'originalité de la contribution de ces organismes et souhaite respecter leur autonomie et leur marge de manoeuvre. Elle propose de les associer directement, par le biais du comité régional des priorités, à l'élaboration de la planification triennale et à l'évaluation des programmes régionaux de santé et de services sociaux. Les organismes communautaires, ayant ainsi participé à la définition des priorités régionales et à l'élaboration des programmes, trouveraient facilement intérêt à contribuer à la réalisation des objectifs poursuivis par ces programmes. C'est dorénavant sur ce terrain que devrait s'établir l'association entre le réseau public et les organismes communautaires. De telles expériences sont d'ailleurs, à notre avis, déjà en marche dans le cadre, par exemple, de tables de concertation régionales sur la violence ou sur les problèmes de santé mentale.

En résumé, le mode de fonctionnement par programmes appliqués tant à l'intérieur des établissements qu'entre les établissements eux-mêmes, et auquel peut s'associer le réseau communautaire, devrait mobiliser les énergies de tous autour de la réalisation d'objectifs de résultats. Il stimulerait la création progressive d'indicateurs de résultats portant sur l'efficacité et l'efficience des interventions, qu'elles soient d'ordre individuel ou collectif. Il fournirait une base de données plus intégrée pour la planification et l'évaluation du système. Ce mode rendrait plus visible le caractère multisectoriel des interventions qui portent sur des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Enfin, l'approche par programmes faciliterait l'atteinte d'objectifs de continuité, de globalité et de personnalisation des services.

La Commission est d'avis que la stratégie prévue dans les plans régionaux de services pour rendre cette approche opérationnelle à court terme, stratégie qui fait actuellement l'objet d'études internes au ministère de la Santé et des Services sociaux, est un pas dans la voie qu'elle préconise. À court terme, plusieurs types de services pourraient être

encadrés par des programmes: par exemple, les services de promotion de la santé, d'intégration sociale des personnes handicapées physiques et intellectuelles, de maintien à domicile des personnes âgées. De même, plusieurs problèmes devraient être traités dans le cadre de programmes: par exemple, les risques provenant de l'environnement et des habitudes de vie, les traumatismes, la violence, les problèmes liés à la santé mentale et plus particulièrement, les problèmes rattachés à la désinstitutionnalisation et à la non-institutionnalisation. Le mode de fonctionnement par programmes devrait être prioritairement appliqué à un certain nombre de services, puis progressivement généralisé à d'autres secteurs d'activités et implanté dans les établissements qui ne fonctionnent pas déjà sur cette base.

3. Les établissements

En vue de favoriser la nouvelle dynamique des services, dont les sections précédentes ont défini le contenu, la Commission croit utile de clarifier les missions des établissements, les rôles et la composition des conseils d'administration des établissements, et de proposer des orientations à l'intention des gestionnaires des établissements.

3.1 Les missions des établissements

La nouvelle dynamique des services mobilisera les établissements pour autant que leurs missions respectives soient bien différenciées, claires et bien comprises des intervenants. Dans un système qui se veut intégré, chaque établissement et organisme dispensateur de services doit avoir une mission qui lui est propre et qui découle logiquement de la finalité du système dont il est partie.

Dans cette perspective, et tout en reconnaissant que chaque établissement assume, à des degrés divers, l'ensemble des objectifs de base du système, que ce soit la prévention des problèmes de santé, la prévention des problèmes sociaux, le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés ou l'accessiblité universelle et gratuite à des services continus et de qualité, la Commission juge essentiel de réaffirmer les missions fondamentales qu'elle entrevoit pour chaque catégorie d'établissements, missions qui, en vertu de la technologie employée et du champ d'exercice des professionnels, permettent de différencier un établissement d'un autre et concourent à l'atteinte de la finalité fondamentale du système. De plus, et de façon particulière, il convient de proposer de nouvelles orientations pour les CAH et les CHSP, les DSC et les CHU.

Le centre hospitalier (CH)

Le centre hospitalier doit demeurer le lieu privilégié où le diagnostic est posé et où les malades sont traités. Cependant, avec le vieillissement de la population et l'alourdissement des clientèles, le centre hospitalier doit perfectionner ses connaissances dans le domaine de la gériatrie et de la réadaptation. En intégrant ces nouvelles missions, le centre hospitalier doit élaborer des stratégies de concertation avec les établissements qui s'occupent déjà de ces clientèles.

Le centre local de services communautaires (CLSC)

Le CLSC demeure essentiellement un lieu de prestation de services de première ligne. Les programmes de base proposés en mars 1987 par le rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, à savoir un programme de services courants médicaux et psychosociaux, le maintien à domicile, les programmes pour les groupes cibles (enfants et familles à risque, jeunes en difficultés, adultes vivant des problèmes de santé mentale) devraient constituer la mission de base des CLSC. La Commission croit cependant que, tout en évitant l'éparpillement, il faut laisser une plus grande latitude aux CLSC quant à la création de programmes précis et locaux. Compte tenu des modalités de financement recommandées par la Commission, le CLSC pourrait développer plus d'un programme propre à son milieu, dans la mesure des ententes prises au niveau régional, ou si ses ressources le lui permettent.

Le centre de services sociaux (CSS)

Le CSS demeure un organisme dispensateur de services de protection contre la violence faites aux enfants, aux femmes, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Cette catégorie d'établissements est aussi responsable des programmes visant à résorber les problèmes de déviance et de mésadaptation sociale. Son action en ces domaines doit être coordonnée avec celles des organismes communautaires et des centres d'accueil de réadaptation. Le CSS peut intervenir aussi, en conjugaison avec d'autres organismes, tels les CLSC, les CAH et les organismes communautaires, dans les problèmes relatifs à l'intégration sociale, les problèmes reliés aux carences dans les relations parent-enfant et à la surcharge découlant de la monoparentalité et dans les problèmes causés par la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes et par les difficultés d'insertion en société des immigrants.

La Commission a reconnu que le rattachement des familles d'accueil à un établissement a assuré aux premières un développement coordonné et

l'avantage d'un système de paiement uniforme. Toutefois, il est apparu qu'une nouvelle étape doit être franchie.Par exemple, on éprouve des difficultés à recruter des familles d'accueil pour recevoir les clientèles des divers établissements, qui sont de plus en plus nombreuses à nécessiter ce service. Il faut favoriser une plus grande continuité dans la prestation des services aux clientèles. Il est nécessaire d'utiliser de façon plus appropriée l'ensemble des ressources intermédiaires ou des ressources de soutien dans le processus d'intégration sociale ou de maintien dans le milieu naturel. Ainsi, le développement et la coordination des ressources intermédiaires, et plus particulièrement des familles d'accueil, ne devraient pas être la responsabilité d'un seul établissement. De surcroît, la dynamique nouvelle que la Commission souhaite voir s'instaurer entre les établissements et d'autres organismes dispensateurs de services, devrait inciter chaque établissement à faire preuve d'innovation et l'amener à imaginer des moyens de produire des services plus diversifiés, dans le respect des objectifs du système et des principes de son fonctionnement.

Le centre d'accueil de réadaptation (CAR)

Les centres d'accueil de réadaptation ont essentiellement pour mission la réadaptation des handicapés physiques et mentaux, des alcooliques et des toxicomanes de même que des jeunes contrevenants et mésadaptés sociaux. Cependant les CAR devraient, de plus en plus, avoir pour mission de travailler, en concertation avec le CSS et les organismes communautaires, à la réadaptation en milieu ouvert. Le financement des programmes devrait aller de pair avec cette mission élargie.

Le centre d'accueil d'hébergement (CAH) et le centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

Les CAH demeurent prioritairement des lieux d'hébergement. Toutefois, les centres d'accueil d'hébergement reçoivent aujourd'hui une clientèle aussi lourde que celle des centres hospitaliers de soins de longue durée, mais ils n'ont ni les mêmes ressources ni les mêmes bases de financement.

Compte tenu de la similarité de leurs clientèles, la Commission propose de regrouper les CAH et les CHSLD en une seule catégorie d'établissements et de leur attribuer la même mission: l'hébergement et le traitement des malades chroniques en perte d'autonomie fonctionnelle, mentale ou physique. Ces établissements devraient, de plus, avoir la même base de financement.

Le département de santé communautaire (DSC)

Comme on l'a vu dans le chapitre portant sur l'évolution du réseau, les DSC vivent une phase de transition et devront rationaliser davantage leurs activités. La Commission se propose de préciser leur mission, leurs fonctions générales et les fonctions spécialisées que certains peuvent assumer. De même, la Commission présente certaines considérations sur leur nombre, les territoires qu'ils devraient couvrir et leur mode d'organisation.

À partir d'une approche de population, la mission du DSC est de fournir des informations sur l'état de santé et de bien-être des populations et des communautés et sur les facteurs qui y sont associés, et de lancer et d'appuyer les actions sectorielles et intersectorielles, régionales et locales, dans les domaines de la promotion de la santé et du bien-être, de la prévention, de la surveillance et du contrôle des risques à la santé publique.

Les fonctions des DSC

- Acquérir les connaissances pertinentes en effectuant des travaux de repérage, de collecte et d'analyse de données et fournir à la régie régionale et à la communauté l'information ainsi recueillie sur l'état de santé et de bien-être de la population et sur les facteurs qui y sont associés.
- Assurer la surveillance et le contrôle des risques biologiques, chimiques et physiques qui peuvent mettre en danger la santé publique dans son territoire.
- Élaborer et mener à terme des programmes et des actions en faveur de la promotion de la santé et du bien-être de la population.
- Faciliter la mobilisation des communautés autour d'actions sectorielles et intersectorielles locales et régionales en faveur de la promotion et de la prévention.
- Participer à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes régionaux et intra-régionaux des services préventifs.

Par ailleurs, un certain nombre de problèmes et de champs d'intervention en santé communautaire exigent, en raison de leur complexité, une grande compétence dans une grande variété de disciplines. C'est le cas, entre autres, dans le domaine de la santé environnementale et de la santé et sécurité au travail. Il est probablement impossible que chacun des DSC acquière cette compétence, mais tous les DSC doivent y avoir accès. Il

faut favoriser la constitution et le développement, dans les DSC, d'équipes spécialisées, situées près des communautés où les problèmes existent. Ces équipes pourront aussi contribuer au développement des connaissances en participant à la recherche et à la formation en santé communautaire.

En outre, la Commission juge que les DSC doivent participer à la formation en santé communautaire. Elle souhaite, de même, que les universités conçoivent plus de programmes multidisciplinaires de formation de deuxième cycle, inter-départementaux et inter-facultaires en santé communautaire et assurent à ces programmes une grande visibilité. La solution de rechange serait la création d'une école de santé publique.

Le nombre de DSC et leur territoire

Pour accomplir leur mission, les DSC ont besoin de constituer des masses critiques de ressources professionnelles et doivent disposer de budgets suffisants pour leur fonctionnement. Dans une perspective d'utilisation optimale des ressources disponibles, la Commission s'interroge sur la capacité de chacun des 32 DSC actuels de constituer cette masse critique. Le nombre des DSC devrait donc être réduit de façon à regrouper les ressources et les compétences.

La répartition des ressources entre les DSC et les régions est fort inégale. Les DSC des régions urbaines sont de façon générale plus favorisés que les autres. De nouveaux critères de financement devraient être établis, qui tiendraient compte des particularités géographiques, des problèmes particuliers des populations, et des conditions d'expansion des programmes.

En vertu de leurs fonctions, les DSC doivent disposer d'une autonomie importante, tout en maintenant des relations étroites avec le Ministère et avec les organisations de services de santé et de services sociaux dans leur région. Les DSC doivent demeurer intégrés à un établissement de leur région. De plus, le mandat du chef du DSC, en ce qui a trait à la fonction de surveillance et de contrôle, doit relever directement du Ministère. À long terme, selon l'évolution de leurs fonctions et de leurs activités, les DSC pourraient se détacher de leurs établissements et devenir autonomes.

La responsabilité locale de la surveillance et du contrôle relèvera du chef de DSC qui agira comme officier responsable de la santé publique et disposera de pouvoirs d'enquête, d'inspection et d'intervention. Exerçant un pouvoir délégué par le Ministère, il sera nommé par ce dernier, après recommandation de la régie régionale et de l'établissement.

Le centre hospitalier universitaire (CHU) et l'institut universitaire

Concluant qu'il est nécessaire de fournir des orientations précises en vue de rationaliser le développement des centres hospitaliers universitaires, la Commission propose des critères de reconnaissance des CHU et identifie es centres et instituts qui correspondent à ces critères. Cette clarification s'impose principalement parce qu'il y a lieu de se donner collectivement des moyens plus efficaces pour développer les connaissances et la recherche, pour développer et mieux évaluer l'utilisation des technologies et pour satisfaire aux exigences de concentration des moyens qui sont liées à la formation et à la spécialisation. Ainsi, on doit reconnaître de véritables centres hospitaliers universitaires qui se situent directement dans le prolongement de la mission universitaire de recherche et d'enseignement. En dépit des distances géographiques qui séparent les universités des CHU, ces derniers doivent être considérés comme partie des campus universitaires du Québec.

Pour constituer de véritables centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers et instituts concernés doivent respecter quatre critères: être engagés activement dans la recherche universitaire, au point où celle-ci constitue une mission du centre hospitalier ou de l'institut, et loger au moins un centre de recherche universitaire; être engagés dans l'enseignement et la formation de chercheurs et d'étudiants de niveau universitaire dans les disciplines médicales et paramédicales; être très engagés dans une gamme variée de soins du type tertiaire afin de fournir à la recherche et à l'enseignement universitaire un lieu propice au développement des spécialités et des sur-spécialités, notamment en médecine; enfin, être le lieu privilégié du développement et de l'évaluation des technologies lourdes et légères.

Les quatre critères présidant à la reconnaissance d'un centre hospitalier universitaire devraient permettre à celui-ci d'accueillir, de manière prioritaire, des patients dont les soins requièrent sa compétence particulière et dont le cas peut contribuer à la formation de spécialistes et de surspécialistes et au développement de la recherche. La mission fondamentale d'un centre hospitalier universitaire n'exclut pas pour autant la mise en valeur de missions complémentaires, notamment dans le domaine de la santé communautaire.

De l'avis de la Commission, les centres hospitaliers du Québec qui correspondent le mieux à cette quadruple mission de recherche, d'enseignement, de soins tertiaires et de développement technologique, sont les suivants: Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, Centre hospita-

lier de l'Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Hôpital Général de Montréal, Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Notre-Dame, Hôpital Royal-Victoria, Hôpital Saint-Luc, Hôpital Sainte-Justine, Hôtel-Dieu de Québec. À la condition de satisfaire l'ensemble des critères, l'intégration de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu de Montréal et du Centre de recherches cliniques pourrait donner naissance à un autre CHU. Les politiques d'embauche de ces établissements devraient refléter leur caractère de centre hospitalier universitaire. Le financement de ces établissements, assuré directement par le Ministère, devrait refléter leur quadruple mission.

La Commission reconnaît, par ailleurs, que certains centres hospitaliers ou instituts spécialisés partagent la quadruple mission des centres hospitaliers universitaires et ce, dans des secteurs de recherche, d'enseignement, de soins tertiaires et de développement technologique bien précis. Ces centres et instituts devraient être affiliés aux universités sous l'appellation d'instituts universitaires. Ce sont les établissements suivants: le Centre hospitalier Douglas, le Centre hospitalier Laval pour la cardiologie et la pneumologie, le Centre hospitalier Louis-Hyppolite Lafontaine, le Centre hospitalier Robert-Giffard, l'Institut de Cardiologie de Montréal et l'Hôpital neurologique de Montréal.

Les treize centres hospitaliers universitaires et les six instituts universitaires que propose la Commission doivent constituer le prolongement des quatre universités québécoises profondément engagées dans la recherche et dans l'enseignement médical. Cette proposition n'exclut pas pour autant l'enseignement et la recherche dans d'autres disciplines universitaires.

Par ailleurs, en formulant cette proposition, la Commission n'entend pas réserver l'enseignement et la formation pratique aux seuls instituts et centres hospitaliers universitaires. Suivant les besoins des programmes universitaires, tout établissement de santé peut participer à l'enseignement universitaire et à la recherche sur la base de contrats de services ou de lettres d'entente.

Par ses propositions, la Commission souhaite clarifier les missions des établissements de santé qui participent à un titre ou à un autre à la recherche et à l'enseignement universitaire. Les dispositions concernant le mode de financement, le statut du personnel et les modes de rémunération devront être revues en conséquence. En matière de financement par

exemple, les services de santé de niveau primaire des CHU seront financés dans le cadre du programme de santé relevant de la régie régionale.

3.2 Le rôle des conseils d'administration

L'autonomie des établissements est relative mais, en même temps, elle a une valeur stratégique. Elle est inévitablement limitée par le fait que les établissements évoluent dans un système sous-régional et régional. Par ailleurs, la planification, l'évaluation, la gestion opérationnelle des programmes et des services prennent tout leur sens au niveau local. C'est dans ce contexte et à ce niveau que les conseils d'administration occupent une place stratégique.

De façon générale, c'est à eux qu'il appartient de définir des orientations générales en fonction de la mission fondamentale de l'établissement, de déterminer le positionnement de l'établissement dans le réseau sous-régional et de faire la planification stratégique quant à la production des services. En somme, le rôle du conseil d'administration demeure inchangé.

De façon plus particulière, son rôle est double. À l'interne, il lui revient de fournir les lignes directrices, de définir les objectifs plus opérationnels de l'établissement, de mettre en place les systèmes de gestion les plus propices à leur réalisation, de vérifier périodiquement le degré de succès ou d'échec de l'établissement dans la réalisation de ses objectifs. Il lui incombe enfin de recruter les officiers supérieurs chargés d'exécuter ses décisions et de gérer quotidiennement l'établissement. Il doit être l'intégrateur des activités, des programmes et des ressources, et l'arbitre ultime des conflits et des divergences internes.

Il est, par ailleurs, à l'externe, le point d'interface de l'établissement avec l'environnement: la communauté qu'il dessert, les autres établissements du réseau, la régie régionale, les différents groupes communautaires ou bénévoles. Le conseil d'administration doit être le stratège et le porte-parole de l'établissement aux tribunes du réseau de la santé et des services sociaux et, plus globalement, aux tribunes sociales, politiques et économiques de son milieu immédiat.

Par ailleurs, le rôle du conseil d'administration des établissements de santé et de services sociaux est éminemment complexe, car il doit composer avec une main-d'oeuvre professionnelle qui contrôle la plupart des facteurs de production. De surcroît, les résultats de ses décisions ne sont pas toujours tangibles, car ils ne se mesurent pas uniquement par les effets sur une clientèle, mais aussi par les effets sur une population.

L'établissement qu'il dirige doit rejoindre cette population, surmonter les barrières psychologiques, géographiques et sociales qui empêchent les clientèles et la population d'exprimer leurs besoins. Enfin, l'établissement s'insère lui-même dans un ensemble plus vaste: le système des services de santé et des services sociaux, d'où il tire sa légitimité et ses ressources. Il est assujetti à une planification centrale et régionale, à une concertation intersectorielle et à une interdépendance fonctionnelle avec les autres établissements, qui forment avec lui un réseau sous-régional pour la réalisation des finalités et des objectifs du système. Les décisions d'un conseil d'administration d'établissement ne peuvent donc pas être prises en vase clos, car elles doivent respecter les objectifs plus globaux qui mettent en cause d'autres établissements et organismes dispensateurs de services, et concourir à leur réalisation.

À cause de leur intégration dans un réseau, on ne peut comparer les pouvoirs qu'exercent les conseils d'administration avec ceux des entreprises indépendantes. Les décisions stratégiques prises par les conseils d'administration d'établissements de services de santé et de services sociaux ne peuvent aller à l'encontre des orientations régionales et centrales. Elles doivent plutôt respecter ces dernières et tenir compte de la mission fondamentale de l'établissement.

Tant par leur rôle interne qu'externe, les conseils d'administration d'établissements sont essentiels. Ils doivent réunir des personnes compétentes, susceptibles d'aider les gestionnaires d'établissements à innover dans les façons d'offrir de bons services à la population et de promouvoir un climat propice à l'épanouissement personnel et à la productivité des personnels et des professionnels.

3.3 La composition des conseils d'administration

La composition des conseils d'administration des établissements devrait refléter davantage leur double rôle interne et externe. On devrait y retrouver des personnes choisies pour l'intérêt qu'elles manifestent à l'égard de la mission de l'établissement, de même que pour leurs connaissances de l'administration, de la clientèle et de la population desservies.

La composition des conseils d'administration devrait être repensée à partir des principes suivants:

- Il importe de maintenir au sein des conseils la présence des professionnels, du personnel, et d'un représentant de la corporation propriétaire quand il y a lieu et ce, de façon minoritaire par rapport aux autres membres.

- Il appartient à la régie régionale, à cause de sa mission de planification et de coordination, de désigner des membres en nombre égal à celui des représentants de l'établissement qui, obligatoirement, ne devraient pas faire partie des établissements du réseau.
- Il appartient au Ministère de désigner un membre, à cause de sa responsabilité première de planificateur, de coordonnateur, et d'évaluateur des politiques.
- De plus, sans qu'il y ait pour eux obligation de le faire, les membres désignés des conseils peuvent coopter jusqu'à un maximum déterminé un nombre variable de membres qui n'appartiennent pas au réseau et ceci, dans le but d'équilibrer les intérêts et les compétences en fonction des priorités que se donne l'établissement.
- La représentation des bénéficiaires au conseil devrait être assurée, soit parmi des membres désignés par la régie, soit parmi les membres cooptés.

Pour chaque catégorie d'établissement, le conseil d'administration serait formé de la façon suivante:

A. CLSC: minimum 7, maximum 10
Composition:

- 1 médecin de l'établissement. En l'absence de médecins en CLSC, on devrait encourager un médecin oeuvrant sur le territoire à participer au conseil d'administration.
- 1 professionnel de l'établissement
- 1 membre du personnel
- 3 membres désignés par la régie régionale
- 1 membre désigné par le Ministère
- 3 membres, au maximum, nommés par cooptation.

B. Centre hospitalier: minimum 9, maximum 13
Composition:

- 1 médecin de l'établissement
- 1 professionnel qui n'est pas un médecin de l'établissement
- 1 membre du personnel
- 1 membre de la corporation propriétaire
- 4 membres désignés par la régie régionale
- 1 membre désigné par le Ministère
- 4 membres, au maximum, nommés par cooptation

C. Centre hospitalier universitaire: minimum 11, maximum 15
Composition:

- 2 représentants de l'université, dont un pour la recherche et un pour l'enseignement
- 1 médecin de l'établissement
- 1 professionnel qui n'est pas un médecin de l'établissement;
- 1 membre du personnel
- 1 membre de la corporation propriétaire
- 4 membres désignés par la régie régionale
- 1 membre désigné par le Ministère
- 4 membres, au maximum, nommés par cooptation

D. Centre de services sociaux: minimum 7, maximum 10
Composition:

- 1 professionnel de l'établissement
- 1 membre du personnel
- 1 membre du milieu de la justice
- 3 membres désignés par la régie régionale
- 1 membre désigné par le Ministère
- 3 membres, au maximum, nommés par cooptation

E. Centre d'accueil d'hébergement et centre hospitalier de soins de longue durée: minimum 9, maximum 13
Composition:

- 1 médecin de l'établissement
- 1 professionnel qui n'est pas un médecin de l'établissement
- 1 membre du personnel
- 1 membre de la corporation propriétaire
- 4 membres désignés par la régie régionale
- 1 membre désigné par le Ministère
- 4 membres, au maximum, nommés par cooptation

F. Centre d'accueil de réadaptation: minimum 7, maximum 10
Composition:

- 1 professionnel de l'établissement
- 1 membre du personnel

- 1 membre de la corporation propriétaire
- 3 membres désignés par la régie
- 1 membre désigné par le Ministère
- 3 membres, au maximum, nommés par cooptation

Enfin, dans tous les cas, le directeur général de l'établissement siège au conseil sans droit de vote.

3.4 La gestion des établissements

Au cours de la consultation tenue par la Commission, on a souligné le peu de mobilité des directeurs généraux et des cadres supérieurs. L'entrée de nouvelles ressources à la direction est rare. Les promotions se font plutôt à l'intérieur du réseau: on améliore son sort en accédant au même poste dans un établissement de plus grande taille ou simplement par la promotion interne. Une telle situation est peu propice à l'innovation. De plus, les directeurs d'établissements n'ont pas de véritables plans de carrière. On observe aussi que la formation en administration de la santé et des services sociaux se prend généralement sur le tas.

L'accès aux postes de cadres intermédiaires suit habituellement la filière interne: on accède à un poste de cadre après avoir acquis une certaine notoriété sur le plan de la compétence technique et professionnelle. La pratique de la gestion et, en particulier, de la gestion des ressources humaines y est souvent improvisée. De surcroît, les postes budgétaires alloués à la formation en cours d'emploi et au perfectionnement comptent habituellement parmi ceux qui sont le plus directement touchés par les restrictions budgétaires.

Quant aux méthodes de gestion, leur caractère plutôt traditionnel a été fréquemment souligné à la Commission. Cette situation est sans doute l'héritage d'une pratique de gestion qui généralise, à l'échelle du système, des règles et des directives. D'autres facteurs expliquent le peu d'innovation en matière de gestion: des transformations successives de structures, une réglementation professionnelle rigide, des conflits de travail aigus et répétés, des conventions collectives nombreuses et différentes au sein d'un même établissement, des périodes de restrictions budgétaires difficiles. Même si l'on ne peut établir de relations directes de cause à effet entre la qualité de la gestion et le climat de travail, ces caractéristiques de la gestion ne sont pas propices à l'amélioration du climat de travail dans les établissements.

La gestion des organisations de services de santé et de services sociaux demeure une des plus complexes qui soit, en raison des caractéristiques des établissements concernés, de la complexité de leurs structures, de la multiplicité des acteurs et des groupes d'intérêt en présence.

Toute planification entraîne un nécessaire arbitrage entre le monde des professionnels et celui de l'administration, ce qui suppose une gestion très ouverte, centrée sur la recherche de consensus qui ne peuvent être gagnés que par la confiance et le respect mutuel des acteurs en présence. L'évaluation des performances doit reposer, pour beaucoup, sur les stratégies d'auto-évaluation et d'évaluation par les pairs. Tout mode de gestion doit tenir compte de l'autonomie des professionnels et s'appuyer sur leur collaboration active à la prise de décision. Plusieurs mesures concrètes peuvent être envisagées à cet effet.

Ainsi, on devrait favoriser la gestion participative et la gestion par objectifs. Celle-ci devrait principalement se matérialiser au niveau de la planification stratégique et de la préparation des plans de financement et du budget de l'établissement. La planification, la gestion courante et l'évaluation des programmes devraient faire participer directement et activement les professionnels et les employés.

La création de comités de programmes formés de gestionnaires, de professionnels et de bénéficiaires constitue un autre moyen de promouvoir la participation. Les programmes de formation en cours d'emploi devraient être conçus et dispensés de façon à motiver les professionnels et les gestionnaires à s'associer dans la réalisation des programmes et des objectifs de l'établissement. Nous y reviendrons.

La direction des établissements devrait encourager aussi la participation des professionnels aux comités de gestion. Cet engagement ne devrait pas faire entrave à leurs activités professionnelles. Ils pourraient, par exemple, participer à des groupes de travail conjoints sur des sujets ponctuels et concrets, plutôt que de s'engager dans des processus de décision sur des sujets trop éloignés de leurs préoccupations, qui mobilisent parfois énormément de temps et d'énergie.

Ce ne sont là, bien sûr, que quelques suggestions. Le but poursuivi par la Commission est de sensibiliser le milieu des gestionnaires et des professionnels à la nécessité de remettre à jour des méthodes de gestion.

L'administration hospitalière devrait faire progressivement évoluer l'hôpital d'un modèle de bureaucratie professionnelle caractérisé par la distance et la dislocation des intérêts professionnels et administratifs, vers une organisation où sont associés les pouvoirs et les responsabilités médicales et administratives. La Commission croit que la séparation du médical et de l'administratif dans l'hôpital ne repose sur aucune logique rationnelle. De plus, elle est d'avis que le mode de rémunération des médecins oeuvrant en établissement ne devrait pas être un obstacle à leur engagement, mais devenir un élément facilitateur.

Les programmes de formation en administration de la santé et des services sociaux devraient être remaniés afin mieux préparer les praticiens de l'administration à leur rôle. Par ailleurs, toujours selon la Commission, un plan de carrière pour les administrateurs et les cadres intermédiaires des établissements de santé et de services sociaux devrait être établi.

De plus, le Ministère devrait soutenir les administrateurs qui désirent améliorer la gestion de leurs établissements; par exemple, une banque de consultants internes ou externes pourrait être constituée au Ministère; celui-ci pourrait communiquer sur demande les expériences fructueuses de gestion faites dans certains établissements, ou venir épauler une direction qui éprouve des difficultés.

La Commission n'a pas la prétention d'avoir épuisé le sujet touchant la gestion des institutions de services de santé et de services sociaux. C'est là un vaste domaine qui nécessiterait d'être appronfondi. Il faut cependant souhaiter que ces remarques serviront à sensibiliser les professionnels et les administrateurs à l'urgence d'une remise en question et à la nécessité de trouver de nouvelles façons de fonctionner à l'intérieur des établissements.

4. Les services à des communautés particulières

En proposant une nouvelle dynamique des services, la Commission insiste sur la nécessité de redonner la priorité aux clientèles, de faire de la personne le centre du système, de s'adapter aux particularités des communautés locales. Le système de services s'est déjà adapté à la situation de certaines communautés particulières notamment les communautés culturelles et les autochtones. La Commission invite à franchir de nouvelles étapes dans cette direction.

4.1 Les communautés culturelles

La composition de plus en plus multi-ethnique de la population québécoise a été présentée dans la première partie de ce rapport comme l'un des

changements socio-démographiques majeurs de notre société. C'est notamment le cas dans la région métropolitaine de Montréal, qui compte 69 % de francophones, 18 % d'anglophones et 13 % de groupes linguistiques divers, à l'intérieur desquels on peut repérer une trentaine de communautés culturelles. De plus, il devient évident que la vitalité démographique de la société québécoise a besoin de l'apport des immigrants.

Pour la communauté anglophone, les amendements votés en 1987 à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ont confirmé et amélioré l'accessibilité linguistique aux services sociaux et aux services de santé. Un problème d'accessibilité linguistique subsiste pour les communautés culturelles, spécialement pour leurs personnes âgées et les arrivants. S'ajoute aussi un problème d'accessibilité culturelle: des études ont démontré que, en matière de santé et de services sociaux, les concepts et l'expression des symptômes ont une consonance culturelle importante. Il faut donc penser à l'organisation d'un système de traduction et d'interprétation, qui assure la confidentialité requise et auquel les organismes représentatifs des communautés culturelles pourraient avoir recours pour les besoins de leurs commettants. D'autres mesures sont nécessaires: des programmes d'action positive pour l'intégration de membres des communautés culturelles dans les établissements, la sensibilisation des professionnels et du personnel aux besoins particuliers des communautés culturelles, l'information, aux communautés au sujet des services offerts, leur participation à la planification des services, la conduite de recherches appropriées.

4.2 Les autochtones

Les autochtones sont environ cinquante mille au Québec. Leur vie est aujourd'hui imbriquée à celle des autres citoyens québécois, mais ils n'y sont ni assimilés culturellement, ni intégrés socialement. Ils forment un monde différent dans la société québécoise et sont animés par une ferme volonté d'autodétermination collective et d'affirmation de leur identité culturelle originale.

Les autochtones sont répartis en trois grandes familles ethnolinguistiques, iroquoienne, algonquienne et inuit, et en dix nations.

Les deux tiers vivent dans le nord du Québec, au-delà du cinquantième parallèle, mais d'autres vivent au sud; on retrouve les descendants de la nation Mohawk, par exemple, des deux côtés de la frontière canado-américaine alors que d'autres nations couvrent un territoire interprovincial.

Les autochtones vivent en majorité dans des Réserves. La Constitution canadienne de 1867 accordait au gouvernement fédéral la juridiction exclusive sur « les Indiens et les terres réservées aux Indiens » et, en 1939, la Cour suprême précisa que cette juridiction incluait les Inuit.

Cependant, les autochtones sont de plus en plus amenés à utiliser les services publics mis en place pour l'ensemble de la population et en particulier les services sociaux, les services de santé et d'éducation. Même si le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord demeure le maître d'oeuvre et le premier bailleur de fonds des services publics aux Amérindiens et Inuit, le Québec s'est trouvé graduellement plus engagé dans les services offerts à ses résidents autochtones par le biais d'ententes de services ou autrement.

Le Québec a voulu pratiquer une politique d'ouverture positive à l'endroit de ses résidents autochtones depuis le début des années 60. Les premiers touchés furent ceux du Nord, les Inuit et les Cris. C'est avec ces groupes et avec les Naskapis de la région de Schefferville que furent signées, en 1975, la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est québécois.

D'autres actions en différents domaines furent entreprises par le gouvernement du Québec. En 1985, une résolution unanime de l'Assemblée nationale reconnaissait aux dix nations autochtones le droit à une identité nationale, à la possession et au contrôle de territoires, à l'exploitation des ressources naturelles, et incitait le gouvernement à conclure des accords avec les groupes intéressés quant à l'exercice de leurs droits et à leur autonomie politique.

Sur la base de leurs rapports avec l'État québécois, on peut distinguer deux catégories d'autochtones: ceux qui sont couverts par une Convention globale signée avec le gouvernement du Québec et ceux qui ne le sont pas. Dans le premier cas, la Convention prévoit des modalités d'application de la juridiction québécoise en matière de santé et de services sociaux sur leurs territoires.

4.2.1 Les autochtones non couverts par des Conventions

Les Amérindiens qui ne sont pas couverts par une Convention demeurent sous l'empire de la loi fédérale sur les Indiens. Cette loi prévoit que la santé et l'hygiène publique sont la responsabilité du gouvernement fédéral mais elle reste muette sur la prestation de services sociaux. Les lois provinciales s'appliquent donc en matière de services sociaux. Au Québec,

les deux tiers des bandes sont liées à des CSS par des ententes administratives tripartites signées conjointement par le ministère des Affaires indiennes, le Québec et la bande. Certaines bandes reçoivent simplement les services d'un CSS qui emploie localement du personnel autochtone, alors que d'autres ont plus d'autonomie et projettent d'élargir encore la portée des ententes en instituant, par exemple, l'équivalent du Tribunal de la jeunesse. Enfin, pour certaines bandes, la situation est ambiguë parce que les responsabilités ne sont pas définies par un protocole clair, ce qui entraîne des dédoublements et nuit à la transparence des rapports entre les divers personnels (ceux du CSS, du ministère des Affaires indiennes, de Santé et Bien-être Canada ainsi que les représentants de la bande).

Dans le domaine de la santé, une entente a été conclue, laquelle prévoyait la construction et la gestion d'un hôpital avec les Mohawks de Kanawakhe. Ailleurs, le ministère canadien de la Santé et du Bien-être maintient des dispensaires dans les réserves ou conclut des contrats de services avec des établissements du réseau québécois. Les Amérindiens possèdent une carte d'assurance-maladie et profitent des privilèges normaux qui y sont rattachés.

Pour tous les Amérindiens non couverts par une Convention globale, la Commission favorise la conclusion d'ententes administratives partielles ou globales entre les nations autochtones, le gouvernement québécois et le gouvernement fédéral, le cas échéant. À ce propos, l'entente entre le gouvernement québécois et celui de Kanawakhe, relativement au centre hospitalier Kateri, apparaît comme un modèle intéressant aux yeux de la Commission en ce qu'il respecte la volonté d'autodétermination de cette population.

4.2.2 Les autochtones couverts par des Conventions

Les Cris et les Inuit du Nouveau-Québec sont couverts par la Convention de la Baie James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est québécois. Grâce à ces ententes globales, les Cris et les Inuit ont pu se doter d'une organisation de services de santé et de services sociaux qui leur est propre. Il y a en effet un Conseil régional cri et un Conseil régional inuit des services de santé et des services sociaux.

Dans le cadre de son mandat, la Commission s'est penchée sur la situation des autochtones couverts par ces Conventions qui reconnaissent la juridiction québécoise sur les services de santé et les services sociaux. C'est donc sur les besoins en matière de services de santé et de services

sociaux, sur l'organisation de ces services et sur les ressources humaines qui y sont affectées que la Commission entend se prononcer.

Les besoins

Le Nouveau-Québec compte 9 000 Cris et 5 500 Inuit. Ces populations sont jeunes puisqu'un peu plus de la moitié des Cris et des Inuit ont moins de vingt ans. L'espérance de vie à la naissance a beaucoup augmenté ces dernières années. Les personnes âgées totalisent moins de 5 % de la population.

Globalement, le bilan socio-sanitaire des populations cries et inuit est passablement mauvais: le taux de mortalité est probablement le plus élevé au Québec et l'espérance de vie la plus basse. Les homicides, accidents et traumatismes sont nombreux: l'alcoolisme, les maladies respiratoires et infectieuses ainsi que l'obésité sont fort répandus. L'environnement crée aussi des conditions sanitaires difficiles: l'eau est rare et plus ou moins potable, le poisson est affecté par la pollution au mercure et expose les consommateurs à l'intoxication, les déchets ne sont pas toujours éliminés, l'alimentation est déficiente et mal équilibrée, les fruits et légumes frais sont presque inexistants, le lait douteux.

En matière de services sociaux, les principaux groupes à risque sont les jeunes, les femmes et les personnes âgées. Les problèmes sociaux prioritaires sont la déviance juvénile, la sous-occupation des jeunes hommes qui entraîne souvent la délinquance et la consommation de drogues et d'alcool, la violence et les ruptures familiales et, enfin, l'isolement des personnes âgées et des autres personnes non autonomes comme les personnes handicapées intellectuelles.

Malgré l'éloignement, les conditions climatiques sévères et l'éparpillement des petites localités, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux est comparable à celle des autres régions éloignées du Québec. Sur le plan strictement quantitatif, les ressources disponibles sont similaires à celles des autres régions éloignées.

Deux facteurs, en particulier, rendent le suivi et la continuité des services difficiles: les fréquents transferts des personnes vers les établissements régionaux ou métropolitains où celles-ci se sentent exilées, et le roulement exceptionnel du personnel professionnel. Le premier facteur est difficile à contourner puisqu'il découle des réalités démographique et géographique du Nouveau-Québec, à savoir la faible densité de sa popula-

tion et l'éparpillement des communautés. Quant au deuxième facteur, il requiert, selon la Commission, des correctifs et des efforts majeurs.

Signalons ici que deux aspects du fonctionnement des services sociaux soulèvent surtout l'irritation des autochtones: les dispositions concernant l'adoption de la *Loi sur protection de la jeunesse* et de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, ainsi que leurs modalités d'application. En fait, selon les autochtones, les modalités d'application de ces lois sont étrangères et même contraires à leurs valeurs et à leurs coutumes.

Afin de corriger les problèmes soulevés par l'application de ces lois en milieu amérindien, la Commission suggère au gouvernement de déléguer aux instances démocratiques autochtones une fonction conseil auprès du Tribunal de la jeunesse et de leur donner les responsabilités en matière de protection de la jeunesse.

En matière d'adoption, la Commission est d'avis que la législation québécoise doit pouvoir s'adapter aux valeurs et coutumes des nations autochtones. À cet effet, la Commission suggère d'insérer dans la *Loi sur la protection de la jeunesse* une clause stipulant que les dispositions prévues par la Loi s'appliquent aux autochtones « à moins que et jusqu'à ce que les gouvernements reconnus des collectivités autochtones adoptent des règlements particuliers qui ne sont pas contraires à l'esprit de la loi ». Une clause semblable pourrait évidemment être inscrite dans d'autres lois si c'était nécessaire. Les propositions de la Commission en ces matières s'adressent autant aux autochtones couverts par une Convention globale qu'aux autres autochtones du Québec.

Le respect de l'autonomie des Cris et des Inuit sur leur territoire

La Commission croit que le principe de base qui doit présider à l'organisation des services de santé et des services sociaux pour les populations du Nouveau-Québec est le respect de l'autonomie des gouvernements cris et inuit sur leur territoire respectif.

En conséquence, la Commission préconise la création de régies de la santé et des services sociaux pour les territoires cris et inuit comme dans les autres régions du Québec. Cependant, ces régies devront être placées sous la juridiction directe des gouvernements autochtones cris et inuit. De plus, ces régies devront assumer la responsabilité administrative immédiate de toutes les organisations concernées par la prestation de services de santé et de services sociaux. Les établissements deviennent ainsi des succursales de la régie où se concentrent la responsabilité et les pouvoirs administratifs.

La Commission croit que les autorités du Sud devraient apporter leur coopération à la phase d'implantation des régies cries et inuit, cela afin d'offrir à ces régies les moyens de préciser les orientations qu'elles entendent prendre et les priorités qu'elles souhaitent mettre de l'avant. Ce soutien doit également contribuer à la mise en place de programmes et de services adaptés à la culture de ces populations et à la situation géographique des territoires visés. La phase d'implantation des régies se fera au rythme souhaité par les gouvernements autochtones et sous leur contrôle direct.

Le développement du personnel et de la recherche

On compte près de 400 personnes à l'oeuvre dans les établissements et les organismes de santé et de services sociaux au Nouveau-Québec. De ces ressources humaines, 40 à 50 % proviennent du Sud et occupent presque toutes les fonctions d'encadrement et les postes de professionnels: une quarantaine d'administrateurs, vingt médecins, une dizaine de dentistes, plus d'une centaine d'infirmières, des techniciens de laboratoire et des travailleurs sociaux. La plupart sont jeunes et en début de carrière et la majorité sont francophones.

Le taux de roulement de ce personnel est très élevé puisqu'il dépasse 40 % par année. Les trois quarts des départs surviennent avant deux ans, la moitié avant même la fin de la première année. La plupart des régions éloignées du Québec éprouvent des difficultés à recruter et à garder leur personnel, mais le problème est plus aigu au Nouveau-Québec. Pour cette raison, les établissements ne parviennent pas à se donner une culture organisationnelle motivante, stable et enracinée dans l'environnement social. La continuité, la personnalisation et l'adaptation des services s'en ressentent, tout comme d'ailleurs l'intégration sociale et professionnnelle des recrues du Sud et la formation des employés autochtones.

Sauf quelques cadres autochtones, les employés cris et inuit occupent uniquement des postes de soutien et de maintenance. Ce clivage vient renforcer la discrimination ethnique qui est souvent au coeur des relations sociales nordiques. Il y a des occupations « blanches » et des occupations « autochtones ». Lorsque les uns et les autres collaborent, les communications sont fréquemment viciées par une relation inégale et une attitude paternaliste de la part des « Blancs ».

Au regard de cette situation, la Commission est d'avis que des changements majeurs s'imposent quant au recrutement, à la stabilité, à la mobilité et à la formation des ressources humaines provenant du Sud. Par

ailleurs, des efforts particuliers sont nécessaires pour former des autochtones dans les professions des services de santé et des services sociaux et pour atteindre la plus grande autosuffisance possible dans la prestation des services à des autochtones par des autochtones. La Commission croit que l'occupation progressive des fonctions professionnelles, para-professionnelles et des fonctions d'encadrement par un personnel cri et inuit permettra de donner une empreinte et une sensibilité particulière au fonctionnement et à la prestation des services.

Pour atteindre cet objectif, les régies devront s'occuper activement de repérer et de sélectionner des autochtones désireux de s'engager dans une démarche de formation. Trois voies d'accès à la formation peuvent être envisagées: la voie théorique, la voie ou le perfectionnement pratiques, et une voie intermédiaire alliant programmes de formation locaux intensifs et adaptés et programmes d'apprentissage au travail.

La formation théorique qui se donne dans les institutions d'enseignement est la plus exigeante. Elle doit être soutenue par des bourses, des allocations de voyages et une aide personnalisée. Par ailleurs, le candidat doit être assuré d'accéder à un poste au Nouveau-Québec à la fin de sa formation.

La formation pratique, acquise par l'apprentissage, la formation ou le perfectionnement en milieu de travail, doit toucher le plus grand nombre possible de travailleurs déjà à l'emploi des établissements. Enfin, des programmes intensifs de formation professionnelle, comme ceux qui ont été conçus à l'université du Québec à Chicoutimi et au centre hospitalier de l'Ungava, ainsi que des programmes de stages doivent être mis sur pied afin de faciliter l'insertion des diplômés au le marché du travail.

La Commission croit que de tels programmes nécessitent des ressources financières substantielles et des efforts soutenus si l'on veut atteindre à moyen terme l'objectif de l'autosuffisance et même une véritable « autochtonisation » des ressources humaines des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Québec.

En ce qui concerne les ressources humaines provenant du Sud, la Commission croit que leur recrutement doit être fait comme s'il s'agissait de coopérants. Il faut constituer un corps de professionnels intéressés à travailler dans les régions éloignées. Cette coopération doit s'inscrire dans un projet de carrière à long terme: séjours dans les différentes régions et sous-régions éloignées et nordiques, et possibilité de poursuivre leur

carrière au sein d'organisations spécialisées dans les questions nordiques et possibilité de poursuivre leur carrière au sein d'organisations spécialisées dans les questions nordiques ou autochtones. Cette forme de coopération nécessite un recrutement judicieux, des possibilités réelles de mobilité professionnelle, une formation continue et un encadrement adéquat.

Enfin, la recherche sur les problèmes de santé et les problèmes sociaux dans les régions éloignées et dans les régions nordiques devrait être centralisée et mieux coordonnée. Elle devrait principalement permettre de comparer la situation et l'évolution de ces régions du Québec avec d'autres régions du globe présentant les caractéristiques similaires.

À cet effet, la Commission suggère de créer au sein du Ministère un service conseil dont le mandat couvrirait autant le recrutement et la formation des coopérants désireux d'oeuvrer en régions éloignées que la formation des autochtones, la coopération avec les régies cries et inuit et la coordination de la recherche. Les deux DSC qui ont déjà une compétence dans ce domaine devraient collaborer avec ce service conseil.

Conclusion

La Commission souhaite introduire une nouvelle dynamique dans l'organisation des services de santé et des services sociaux. Elle propose à cet effet un ensemble de mesures concernant les services, les programmes, la mission des établissements et la composition des conseils d'administration.

La Commission propose de recentrer les services autour de la personne en améliorant les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation et la fonction de suivi, assumées par les professionnels et par les établissements. Il importe que tous les établissements concernés créent ou améliorent ces fonctions.

Par ailleurs, la Commission préconise que les services soient organisés en fonction de programmes axés sur des objectifs de résultats. Cette approche, en lieu et place d'une approche par catégorie d'établissement, facilitera la collaboration et la

concertation entre les organismes professionnels, les organismes communautaires et les établissements de différentes catégories.

Les programmes doivent viser les objectifs généraux suivants: l'accessibilité aux services dans un délai minimum; l'adéquation entre les besoins, les attentes des personnes et les services rendus; la continuité des services, c'est-à-dire la coordination entre les dispensateurs pour offrir les services requis en temps opportun, du début à la fin de l'épisode de services; la personnalisation des services, c'est-à-dire la capacité d'adapter les modalités de prestation des services à la situation particulière de la personne; la résolution effective des problèmes de la personne.

Quant à la mission des établissements, la Commission veut en préciser la spécificité de manière à améliorer la complémentarité des ressources. La Commission confirme la mission du centre hospitalier pour le diagnostic, le traitement et la réadaptation, celle du centre de services sociaux dans les domaines de la protection contre la violence, de la déviance et de la mésadaptation sociale, celle du centre d'accueil de réadaptation dans le domaine de la réadaptation des personnes handicapées physiques et intellectuelles, des alcooliques et des toxicomanes ainsi que des jeunes contrevenants et des mésadaptés sociaux. La Commission fusionne les missions des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée étant donné qu'avec l'alourdissement des clientèles des centres d'accueil d'hébergement, ceux-ci sont devenus en fait des établissements d'hébergement et de traitement des malades chroniques en perte d'autonomie. La Commission précise la mission du centre local de services communautaires en ne la restreignant pas à un seul programme en plus des programmes de base. Le développement de programmes spécifiques devra être restreint mais sera déterminé en collaboration avec la régie régionale. La mission du département de santé communautaire est d'une part de fournir les informations sur l'état de santé et de bien-être de la population et sur les facteurs qui y sont associés, d'autre part, d'entreprendre et d'appuyer les actions

de promotion de la santé, de prévention de même que celle de surveillance et de contrôle. Finalement la Commission identifie 13 centres hospitaliers universitaires et 6 instituts universitaires ayant une mission d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et de dispensation des soins tertiaires.

La Commission estime essentiel le rôle des conseils d'administration des établissements. Elle suggère cependant d'en modifier la composition de manière à assurer une représentation plus importante de la population. Les conseils seraient composés de personnes choisies par les producteurs, d'autres seraient nommés par la régie régionale et le Ministère. Ceux-ci pourraient coopter un nombre limité de membres additionnels. Selon le type d'établissement, le nombre de membres d'un conseil d'administration pourrait varier de 7 à 15. La Commission souligne la nécessité de favoriser la mobilité des directeurs et des cadres supérieurs, de développer des programmes de formation en gestion et de promouvoir la gestion participative.

La Commission propose, enfin, qu'on attache une importance toute particulière à l'accessibilité linguistique et culturelle aux services pour les communautés culturelles du Québec, notamment dans la région de Montréal. Elle propose également que les régies régionales de services sociaux et de services de santé desservant le territoire des communautés inuit et cries couvertes par les Conventions soient placées sous la juridiction de leur gouvernement respectif. Ces régies devraient assumer la responsabilité administrative des organismes engagés dans la prestation des services. La Commission propose que dans une approche de coopération, un soutien leur soit apporté dans la définition de leurs orientations et le développement d'approches novatrices. La Commission suggère de créer, au sein du Ministère, un service conseil dont le mandat couvrirait le recrutement et la formation des coopérants désireux de travailler en régions éloignées, la formation des intervenants autochtones, la coopération avec les régies cries et inuit et la coordination de la recherche. Que la même approche de coopération serve de guide pour l'élaboration d'ententes entre les gouvernements en cause et les communautés autochtones non conventionnées.

Chapitre 3

Pour une nouvelle dynamique des ressources humaines

Introduction

Dans le cadre de ses consultations et de ses travaux, la Commission a constaté le peu de préoccupations des partenaires du réseau des services de santé et des services sociaux pour les ressources humaines. La valorisation de ces dernières, est souvent le fait d'initiatives isolées et sans vue d'ensemble. Pourtant, les ressources humaines sont le moteur de ce réseau. Le personnel, les professionnels, les cadres intermédiaires, les cadres supérieurs et les directeurs généraux sont en cause de cette négligence.

La Commission a choisi d'examiner plus particulièrement les quatre dimensions qui lui paraissent les plus prometteuses. Elle fait d'abord le point sur l'absence de planification de la main-d'oeuvre pour examiner de façon plus particulière la planification des effectifs médicaux. En ce qui a trait à la formation pratique des futurs professionnels de niveau universitaire, la Commission précise ses vues, notamment au regard du partage des responsabilités entre les universités et les établissements de services de santé et de services sociaux. Pour ce qui est de la gestion interne des établissements, la Commission se prononce sur l'absence d'initiation à l'emploi, la faiblesse des programmes de formation en cours d'emploi et de programmes de perfectionnement et sur la nécessité de créer des outils d'évaluation des ressources humaines. Elle met également de l'avant des principes de participation du personnel à la gestion des établissements. Enfin, elle s'intéresse à l'organisation professionnelle des 22 corporations dont la majorité des membres pratiquent dans les établissements du réseau.

La Commission considère ces questions déterminantes pour l'amélioration des services que dispense le réseau à la population. Le système des services de santé et des services sociaux ne peut s'épanouir sans une préoccupation réelle pour ses ressources humaines.

1. La planification de la main-d'oeuvre et la répartition géographique des effectifs

Compte tenu de l'importance accordée à l'objectif d'accessibilité, on pourrait présumer que les effectifs des différentes catégories de professionnels des services de santé et des services sociaux varient en fonction des besoins de la population et se répartissent sur le territoire du Québec en proportion de la densité de la population. Quinze ans après la réforme du système des services de santé et de services sociaux, on se serait attendu à ne plus trouver de substantiels écarts entre les ratios population/professionnels des différentes régions du Québec, mais il n'en est rien.

1.1 La croissance des effectifs et leur répartition entre les régions

L'analyse de la main-d'oeuvre dans le domaine des services santé et des services sociaux a montré que les effectifs professionnels ont connu un taux de croissance très supérieur à celui de la population québécoise et qu'ils se sont répartis de façon très inégale sur le territoire.

Globalement, même si les ratios population/professionnels se sont améliorés partout au Québec de 1978 à 1984, des écarts importants entre les régions subsistent pour la plupart des professions. Les régions les plus favorisées sont les trois régions les plus urbanisées du Québec (Montréal, l'Estrie et Québec) où toutes les professions sont bien représentées. Dans les autres régions, plusieurs catégories de professionnels sont sous-représentées; cette répartition inégale est toutefois plus prononcée pour certaines professions que pour d'autres. Ce sont cependant les infirmières, les médecins omnipraticiens, les techniciens en radiologie, les audioprothésistes, les chiropraticiens, les optométristes et les denturologistes qui sont les plus équitablement répartis sur le territoire québécois.

La situation est variable pour les autres professions. On constate, par exemple, qu'il y a 5,2 fois plus de travailleurs sociaux dans la région de Montréal que dans la région la plus défavorisée à ce chapitre, et 1,75 fois plus de pharmaciens. Les professions les moins bien réparties sont, entre autres, les dentistes, les opticiens d'ordonnance, les podiatres, les psychologues et les médecins spécialistes.

Pour ces derniers, des différences sensibles existent entre les spécialités: en 1986, seulement quatre régions du Québec comptaient toutes les spécialités médicales. Par ailleurs, seules sept spécialités étaient représentées dans toutes les régions, soit l'anesthésie, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la pédiatrie, la psychiatrie, la radiologie diagnosti-

que et la santé communautaire. Malgré tout, des pénuries peuvent se manifester dans certaines régions.

En somme, même si la croissance rapide des effectifs professionnels des services de santé et des services sociaux a contribué à améliorer la situation depuis l'introduction du régime public d'assurance-maladie, il subsiste encore aujourd'hui, malgré les efforts déployés par le gouvernement, des écarts importants dans la répartition régionale de ces effectifs. Ces écarts compromettent de façon sérieuse le degré d'accessibilité et la continuité des services. Ils illustrent aussi l'inefficacité de l'ensemble des mesures de planification de la main-d'oeuvre élaborées par le MSSS et les CRSSS, en particulier les mesures visant à améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes.

1.2 L'échec des mesures mises en place pour améliorer la répartition des effectifs médicaux

Après avoir constaté vers la fin des années 70 que la distribution inégale des médecins sur le territoire compromettait l'atteinte de l'objectif d'accessibilité aux services, le MSSS, en concertation avec les CRSSS et les fédérations médicales, mettait de l'avant un ensemble de mesures correctrices.

On peut classer ces mesures en fonction des stimulants qu'elles comportent. On compte en premier lieu des mesures contraignantes. Ainsi, l'octroi de bourses de formation pour les étudiants en médecine est lié à l'obligation de pratiquer pendant un certain nombre d'années dans une région désignée. Depuis 1985, ces bourses sont remboursables, ce qui en réduit le caractère coercitif. On a aussi réservé un certain nombre de postes d'entrée en résidence à des médecins qui s'engagent à pratiquer dans des régions désignées. Cette mesure est assortie d'une clause pénale en cas de manquement à l'engagement.

Pour les médecins diplômés à l'extérieur de l'Amérique du Nord, on a voulu, de la même façon, rendre conditionnelle l'obtention de postes en internat rotatoire à l'extérieur de l'Amérique du Nord à l'engagement de pratiquer quatre ans dans une région désignée. Les tribunaux, appelés à se prononcer en cette matière ont jugé que le gouvernement du Québec n'était pas légalement habilité à adopter de telles mesures. Cependant, un nouveau projet de loi a été déposé afin de permettre au gouvernement de réintroduire cette mesure.

Par ailleurs, la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1986 oblige tous les établissements à soumettre aux CRSSS, avant le 1er avril 1988, leur plan d'effectifs médicaux. Les CRSSS devront proposer un plan régional qui respecte le cadre de référence préparé par le MSSS. Le non-respect de ce cadre sera sanctionné, pour les établissements fautifs, par des réductions des budgets d'exploitation et d'immobilisation.

Une seconde catégorie de mesures, de nature coercitive et incitative, comporte des incidences pécuniaires. La politique de rémunération différenciée, par exemple, prévoit que pendant trois ans les jeunes médecins qui s'installent dans les trois régions dotées de faculté de médecine seront payés à 70 % du tarif négocié, et ceux qui décident d'exercer en région éloignée, à 115 ou 120 % de ce même tarif. De plus, les tarifs des régions éloignées s'appliqueront aussi aux médecins itinérants. On a aussi voulu inciter les médecins à pratiquer en région éloignée en leur offrant des primes d'installation et des rémunérations à forfait pour assurer une permanence dans les urgences à faible débit. On a aussi instauré un programme de dépannage pour combler les besoins créés par l'absence temporaire de médecins dans une région donnée.

D'autres mesures incitatives agissent comme stimulants organisationnels: un programme de marketing incite les étudiants à visiter les régions éloignées et facilite ainsi le recrutement de jeunes médecins; la décentralisation de la formation médicale permet de familiariser les jeunes médecins avec le type de médecine qui se pratique dans les régions éloignées; finalement, les budgets d'équipement et de fonctionnement des établissements des régions éloignées ont été accrus.

Une dernière catégorie de mesures encourage la concertation: elle s'est concrétisée principalement par la création de la table de concertation sur les effectifs médicaux qui réunit tous les organismes impliqués dans la formation des médecins et l'organisation des services médicaux. Cette table a pour but de faire des recommandations sur l'admission des étudiants dans les facultés de médecine, sur le nombre de postes d'internes et de résidents autorisés et sur la répartition géographique des effectifs.

Or, malgré toutes ces mesures, dont la rémunération différenciée et des efforts financiers supplémentaires de plus de 25 millions dollars par année, le problème de la répartition géographique des médecins n'a pas été résolu puisque persistent des disparités importantes entre les régions. Cette situation n'est pas propre au Québec. Ici comme ailleurs, ce sont toujours

les trois mêmes critères qui semblent déterminants dans le choix d'un lieu d'exercice par les professionnels en général et par les médecins en particulier: les raisons familiales et sociales, les conditions de travail et les ressources disponibles dans les établissements.

À la lumière de ces critères, l'analyse révèle l'échec relatif des mesures qui ont été appliquées au Québec. En effet, la plupart de ces mesures s'appuient sur des incitations pécuniaires qui, pour importantes qu'elles soient, ne donnent des résultats que si l'environnement social, familial, professionnel et administratif est favorable. On constate en effet que les régions qui ont le mieux réussi à attirer et à conserver leurs médecins sont celles qui leur ont permis de s'intégrer à la vie sociale de l'endroit, d'avoir une vie professionnelle riche sans être exténuante et qui ont élaboré des stratégies de recrutement à long terme, c'est-à-dire qui tiennent compte du fait que les médecins recrutés ne restent dans la région que quelques années. Dans la mesure où on pourra reproduire ce type de stratégie dans toutes les régions du Québec, la question de la répartition des effectifs trouvera une solution durable et efficace.

Il ne faut cependant pas penser que l'objectif d'accessibilité aux services médicaux pourra être atteint uniquement par des politiques visant à répartir de façon équitable sur le territoire la main-d'œuvre médicale. La taille de la population de plusieurs régions du Québec n'est pas suffisamment importante pour justifier que tous les services soient accessibles partout de la même façon. Les services nécessitant des investissements technologiques et humains considérables devront continuer à être centralisés dans certaines régions. Il ne serait pas rationnel de dispenser des soins tertiaires dans toutes les régions ou encore d'avoir certains équipements de haute technologie dans tous les hôpitaux.

L'accessibilité de la population aux services ne veut pas dire uniquement attirer et retenir dans les régions le plus de médecins possible et ce, pour toutes les spécialités. Elle signifie plutôt que tous les habitants d'une région doivent avoir accès à tous les services médicaux requis. On s'attend bien entendu à ce que les services de première ligne soient directement accessibles sur place; par contre, il pourrait être parfaitement justifié que certains services très spécialisés ne le soient pas. Il faudrait alors que la région s'assure que le service soit disponible ailleurs et que la population n'ait pas à faire les frais d'un manque de disponibilité immédiate, comme c'est le cas actuellement.

Cette démarche suppose que l'on élabore une véritable politique de services et pas seulement une politique de main-d'oeuvre comme on a tenté de le faire jusqu'à maintenant.

1.3 Vers une accessibilité équitable aux services

À l'instar de la définition d'un niveau optimal de financement du système de services, il en est de même quant le nombre optimal de professionnels pour les services de santé et les services sociaux.

Au début des années 60, des efforts gigantesques ont été tentés pour planifier la main-d'oeuvre médicale. Ces efforts ont abouti à très peu de chose. Aujourd'hui encore, la plupart des politiques de main-d'oeuvre dans le domaine de la santé se basent sur des ratios population/professionnels utilisés comme normes. Or, la pertinence de ces ratios est douteuse.

En effet, l'objectif d'une politique de planification serait idéalement, de viser à combler tous les besoins en services de santé et en services sociaux et de faire en sorte que ces services soient toujours fournis par les professionnels les plus compétents. Pour atteindre ce résultat, il faudrait théoriquement connaître les problèmes de santé et de bien-être de la population, la nature et la quantité des différents services requis pour répondre à ces besoins et les effectifs professionnels nécessaires pour offrir ces services. Ceci implique, entre autres, que l'on puisse apprécier les relations de complémentarité et de substitution qui existent entre les différentes catégories de professionnels.

On conçoit facilement les obstacles que rencontre une telle planification mécaniste de la main-d'oeuvre: d'une part, la projection des besoins en matière de services est un exercice qui comporte trop d'aléas et, d'autre part, la relation entre les services dispensés et l'état de santé et de bien-être de la population est loin d'être établie de façon incontestable. De plus, le cadre réglementaire créé par les lois, les règlements et les conventions collectives fige les frontières entre les champs d'exercice et réduit les possibilités de substitution entre les professionnels. Les changements technologiques auront par ailleurs des effets certains sur les besoins en matière de services. Finalement, les comportements des professionnels et ceux des utilisateurs de services sont largement imprévisibles.

Compte tenu de ces difficultés, des ressources financières disponibles et de la volonté d'assurer le meilleur ajustement possible entre les ressources et les besoins de la population des différentes régions du Québec, la

Commission estime qu'il convient de confier aux régies régionales la responsabilité de veiller à ce que la population de leur territoire ait accès de façon équitable à des services continus et de qualité.

Des mesures incitatives devront être développées par les régies afin d'assurer une présence adéquate de tous les professionnels des services de santé et des services sociaux dans les régions. Plus spécifiquement, en ce qui concerne les services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie et payés actuellement par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Commission est d'avis que certains principes devront être retenus.

Les sommes actuellement administrées par la RAMQ devront être régionalisées, sauf celles qui sont versées à des professionnels oeuvrant dans le cadre de programmes de portée provinciale, ce qui est notamment le cas des professionnels fournissant des services spécialisés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de ceux qui travaillent dans des programmes de santé communautaire. Il faudra aussi que soient régionalisées toutes les sommes qui sont actuellement affectées aux mesures incitatives servant à améliorer la répartition géographique des médecins, de façon à ce que les régies puissent mettre en oeuvre des politiques adaptées aux caractéristiques de la région.

La portion du budget de la RAMQ affectée à chaque région constituera son budget pour les services couverts par le programme d'assurance-maladie. Le montant de ce budget devra au bout du compte être établi au prorata de la population de chaque région et ajusté pour tenir compte des variations dans la structure démographique et des facteurs susceptibles d'influencer le recours aux services. Ces ajustements seront de même nature que ceux qui serviront à fixer les budgets des régions.

Cette situation ne sera atteinte que progressivement. Le budget de la RAMQ pour chaque région sera déterminé, la première année, à partir des sommes qui auront été versées antérieurement pour les services utilisés par la population de la région, indépendamment du lieu où ces services auront été dispensés. Par la suite, ce même budget régional sera révisé annuellement en fonction des critères mentionnés précédemment. Ainsi, d'année en année, les régions qui ont toujours été défavorisées sur le plan de l'accès à certains services recevront des sommes additionnelles pour corriger cette situation, l'inverse se produisant pour les autres régions.

Chaque régie régionale aura la responsabilité, conformément aux politiques provinciales et aux conventions signées entre les professionnels couverts par le programme d'assurance-maladie et le MSSS, d'établir en fonction de ses ressources et des problèmes spécifiques de la région une politique d'accès aux services assurés.

Au début de chaque année, et conformément aux paramètres prévus dans la planification triennale, le MSSS déterminera le budget régional disponible pour la dispensation de services couverts par le programme d'assurance-maladie. La régie régionale devra indiquer à la RAMQ les modalités de paiement dont elle a convenu avec les professionnels couverts par le programme d'assurance-maladie. À cette fin, les régies régionales pourront utiliser leur budget de plusieurs façons.

- Le budget servira à payer les professionnels de la région selon les modalités négociées entre les fédérations et le MSSS. Cependant, chaque région pourra utiliser l'ensemble des modalités de paiement et des moyens incitatifs qu'elle jugera utile, tout en respectant les conventions négociées, les politiques provinciales existantes, et son propre budget.
- Le budget servira aussi à financer les services que la population d'une région peut recevoir dans une autre région. Le professionnel qui fournit le service est alors payé par le budget de la région de l'utilisateur, que celui-ci ait reçu ce service en vertu d'une entente ou selon son libre choix.
- Le budget pourra être utilisé pour offrir des primes ou des avantages servant à attirer ou retenir des médecins. Le montant et le type de primes offertes seront déterminés par les régies régionales.
- Dans le cas où il serait impossible de recruter des médecins dans une spécialité donnée et où les services requis pourraient être offerts par d'autres types de professionnels, la régie régionale pourra utiliser son budget pour engager de telles ressources.

Chaque régie régionale sera entièrement responsable de son budget de services couverts par l'assurance-maladie. Elle pourra en utiliser les excédents mais devra aussi en assumer les déficits.

Quel que soit le mode de rémunération des médecins, ceux-ci, pour être payés par la RAMQ, devront, d'une part, donner aux patients des informations sur les services fournis et sur les coûts de ces services et, d'autre part, fournir à la RAMQ des informations de base sur chaque patient traité (numéro d'assurance-maladie, raison de la visite, traitement effectué).

Afin de favoriser le dialogue et d'assurer le plus de compatibilité possible entre les décideurs en matière de main-d'oeuvre professionnelle, l'actuelle table de concertation, ou tout autre mécanisme de concertation, devra tenir compte de l'ensemble des professionnels du système des services de santé et de services sociaux et comprendre des représentants des régies régionales.

La régionalisation des décisions en matière de services couverts par l'assurance-maladie vise essentiellement à améliorer l'accessibilité de ces services et à promouvoir une meilleure continuité des soins. La régionalisation des budgets devrait permettre à la population de chacune des régions du Québec d'avoir accès à une quantité équivalente de services professionnels, sans pour autant présumer du lieu où le service sera dispensé ni du nombre ou même du type de professionnel requis pour offrir ces services.

Enfin, pour éviter toute ambiguïté ou confusion entre les régies régionales et la Régie de l'assurance-maladie du Québec, cette dernière devrait être appelée plus justement la Caisse d'assurance-maladie du Québec.

2. La formation pratique des futurs professionnels de niveau universitaire

La formation pratique, et plus particulièrement les stages, constitue une partie essentielle de la formation des futurs professionnels de la santé et des services sociaux.

En médecine, pharmacie, sciences infirmières, diététique, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie-audiologie, service social et psychoéducation, les stages se déroulent en très grande partie dans des établissements de services de santé et de services sociaux. C'est dans ces établissements que se retrouvent les clientèles, les équipements et les conditions générales de pratique nécessaires à la formation des étudiants. De plus, les étudiants en psychologie, notamment ceux qui sont inscrits au doctorat et environ 30 % des étudiants en criminologie effectuent des stages dans les établissements de services de santé et de services sociaux. Ainsi, les universités doivent avoir recours aux établissements pour l'accueil et l'encadrement des futurs professionnels de la santé et des services sociaux.

Les commentaires qui suivent concernent à la formation pratique des étudiants universitaires. À l'exception de la formation des infirmières, dispensée également au niveau collégial, toutes les autres formations mentionnées sont de niveau universitaire.

2.1. Les rôles respectifs des universités et des établissements

Les universités sont responsables de la conception, de l'élaboration et de l'évaluation de leurs programmes de formation. Elles définissent les objectifs, choisissent les méthodes pédagogiques et évaluent les résultats. Les stages sont un moyen d'apprentissage privilégié dans toutes les disciplines de la santé et des services sociaux.

Pour ce qui concerne les stages, les universités ont les mêmes responsabilités de conception, d'élaboration et d'évaluation. Elles peuvent à cette fin établir des normes pour nommer et sélectionner les superviseurs de stage et les milieux d'accueil. Les établissements de services de santé et de services sociaux se voient généralement confier la mise en oeuvre des stages, le suivi des étudiants et dans certains cas, leur évaluation en situation d'apprentissage.

En outre, les corporations professionnelles jouent un rôle consultatif dans l'élaboration des programmes de formation, comme le prévoit le *Code des professions*, notamment par l'entremise de comités conjoints universités-corporation professionnelle. Elles peuvent aussi, par voie de réglementation, imposer des conditions supplémentaires aux diplômés pour devenir membre d'une corporation professionnelle. Ces conditions supplémentaires prennent généralement la forme de stages de formation ou d'examens donnés par la corporation, elles sont soumises à l'approbation de l'Office des professions, après consultation auprès des milieux d'enseignement.

2.2 L'origine du partage des rôles

Le partage des rôles entre les universités et les établissements s'est peu à peu établi depuis le milieu des années 60. Deux périodes peuvent ainsi être distinguées, soit de 1968 à 1974 et de 1975 à 1977.

La première période, de 1968 à 1974, se caractérise par un transfert de responsabilité des établissements de services de santé et de services sociaux vers les universités et cégeps. Les écoles d'infirmières des centres hospitaliers ont donc été fermées et la formation des infirmières a été confiée aux cégeps; les programmes d'internat et de résidence en médecine ont été transférés aux universités; et l'Opération sciences de la santé a établi que les formations en ergothérapie et en physiothérapie avaient leur place au niveau universitaire. Il s'agissait là d'une clarification majeure des responsabilités qui a conduit au désengagement partiel des établissements des affaires sociales dans la formation pratique des futurs professionnels.

Entre 1975 et 1977, le ministère des Affaires sociales (MAS) et le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) convenaient d'une politique de collaboration en matière d'enseignement clinique. Le MAS procédait alors à un transfert de fonds d'environ neuf millions de dollars au MEQ pour le financement de la formation en milieu hospitalier. C'est ainsi que les centres hospitaliers engagés dans la formation en médecine et en médecine dentaire se voyaient prélever un montant à même leur base budgétaire par le ministère des Affaires sociales qui le transférait au MEQ qui a son tour le retournait aux universités; les universités choisissaient, quant à elles, de retourner ce montant aux centres hospitaliers d'origine. Cette situation prévaut toujours.

Au cours de cette deuxième période, le MAS a aussi décidé de cesser de payer les salaires des internes en diététique, en ergothérapie et en physiothérapie. Les universités acceptaient d'intégrer l'internat en diététique dans leur programme universitaire. Simultanément, elles négociaient une entente avec le ministère de l'Éducation pour permettre aux internes en ergothérapie et en physiothérapie d'être admissibles aux prêts et bourses du gouvernement du Québec.

De plus, cette politique de partage des responsabilités créait l'obligation pour les universités d'acquitter les frais des stages dans les établissements de services de santé et de services sociaux. Dans le cas du service social, cette dernière décision résultait d'une proposition du Comité quadripartite sur le financement des stages. Les cégeps n'étaient pas touchés par cet ensemble de mesures.

La conséquence de tous ces gestes fut un désengagement du ministère des Affaires sociales et des établissements de services de santé et de services sociaux en matière de formation pratique des étudiants, désengagement qui a même conduit, dans certains cas, à un désintéressement complet.

Le domaine de la formation pratique des étudiants a donc fait l'objet d'une collaboration, les parties poursuivant le même objectif; on a ensuite vécu des tensions, des divergences en regard des objectifs poursuivis, des problèmes de communication et des négociations financières pour le moins artificielles. Les universités se sont parfois retrouvées en position de quémander des places de stage sans pouvoir compter sur la traditionnelle collaboration université-établissement.

2.3 L'organisation de la formation menant à la pratique

Dans le secteur des services de santé et des services sociaux, on distingue deux types d'accès à la pratique professionnelle. Dans le premier cas, le diplôme universitaire donne directement accès à la profession et à la pratique professionnelle. C'est ce qui se passe en travail social, en psychologie, en diététique, en orthophonie, en audiologie et en art dentaire. En psycho-éducation et en criminologie, il n'existe pas de corporation professionnelle et le diplôme universitaire donne accès à la pratique.

Dans le deuxième cas, des conditions supplémentaires établies par les corporations professionnelles concernées, s'ajoutent à l'obtention du diplôme universitaire. Ces conditions sont de deux ordres: un stage supplémentaire de formation pratique ou un examen d'admission à la corporation professionnelle. Pour les infirmières, le diplôme collégial ou universitaire doit être suivi d'un examen de la corporation. Il en va de même pour les optométristes. En médecine, l'obtention du permis de pratique se fait à la suite de l'examen de la corporation, après que le candidat a complété un programme universitaire de 24 mois pour la médecine familiale et de quatre à six ans pour les spécialités médicales. En pharmacie, en ergothérapie et en physiothérapie, le baccalauréat donne accès à la corporation professionnelle. Le permis de pratique s'obtient après un internat ou un stage complémentaire de quatre mois.

2.3.1 L'influence des corporations professionnelles

Les corporations professionnelles exercent une influence plus ou moins déterminante sur la formation des futurs professionnels, que ce soit par les comités conjoints consultatifs universités corporation professionnelle, ou par l'imposition de conditions supplémentaires aux diplomés.

À l'exception des programmes de formation infirmière, chaque corporation professionnelle précise le temps de formation requis pour un stage, que ce soit en nombre d'heures, de crédits, de semaines ou de mois. De telles exigences, associées à celles qui touchent le contenu des enseignements théoriques, font que les programmes deviennent de plus en plus homogènes d'une université à l'autre et qu'ils sont de plus en plus difficiles à modifier. À moyen terme, il y a risque de sclérose. Il est donc difficile de modifier les exigences en matière de stage, notamment pour leur durée, sans remettre en cause la reconnaissance du diplôme, même s'il existe d'autres moyens d'atteindre les mêmes objectifs de formation.

L'influence des corporations professionnelles est encore plus déterminante lorsqu'elles imposent des conditions supplémentaires aux diplômés universitaires pour l'admission à la corporation. Lorsqu'il s'agit d'un examen, il est bien évident que les programmes de formation vont en tenir compte. Lorsqu'il s'agit de stage, les connaissances préalables doivent être acquises à l'université. L'Office des professions a toujours exprimé de sérieuses réserves quant à ces conditions supplémentaires.

2.4 Une gamme variée de lieux de stage

Chacune des disciplines des services de santé et des services sociaux possède ses propres critères en matière de stages. Ces disciplines sont: la médecine, les soins infirmiers, les disciplines paramédicales et le service social.

2.4.1 Les stages en médecine

Les externes font un minimum de 12 mois de stage avant l'obtention de leur premier diplôme universitaire; les résidents en médecine familiale, 24 mois et les résidents en spécialité, de quatre à six ans. Tous ces stages se font quasi exclusivement dans les centres hospitaliers spécialisés et surspécialisés, sauf pour les résidents en médecine familiale.

Les externes sont des étudiants. Pour leur part, tout en étant inscrits à l'université, les résidents sont détenteurs d'un doctorat en médecine et sont rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour le travail qu'ils effectuent dans les centres hospitaliers.

L'encadrement des futurs médecins et spécialistes se fait par des professeurs de l'université, des professeurs de clinique, des chargés de cours ou des médecins à forfait, tous engagés par l'université.

Depuis quelques années, et à cause entre autres de la réduction des admissions au premier cycle et des entrées en spécialités, les facultés de médecine s'orientent vers une rationalisation des lieux de stage et une concentration des activités dans des centres hospitaliers offrant une gamme complète de soins et de services.

2.4.2 La formation des infirmières

Deux niveaux de formation conduisent à la pratique infirmière: le diplôme d'études collégiales et le baccalauréat universitaire.

Dans les deux cas, les stages sont concentrés dans les centres hospitaliers. En règle générale, ce sont les professeurs des collèges d'enseignement général et professionnel qui encadrent directement les étudiantes à l'occasion de leur stage. Les établissements donnent accès à leurs différentes unités de soins moyennant une compensation financière déterminée par des normes provinciales.

Pour les stages de niveau universitaire, on demande aux établissements de fournir les superviseurs parmi le personnel régulier de l'établissement. Ces stages durent un trimestre. Malgré le nombre d'infirmières en exercice, on éprouve des difficultés à recruter les superviseurs requis pour la formation pratique. En outre, les cégeps et les universités sont en compétition pour l'accès à ces établissements.

2.4.3 Les stages dans les disciplines universitaires paramédicales

Les disciplines en cause sont: la pharmacie, la diététique, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie et audiologie, la médecine dentaire et l'optométrie.

En pharmacie, les quatre stages intégrés au baccalauréat sont concentrés dans les centres hospitaliers et sont supervisés par les professeurs d'université. Le stage complémentaire exigé par la corporation se fait dans les pharmacies d'officine et est encadré par un professionnel. Il n'y a pas de problèmes particuliers quant à la disponibilité des milieux de stage ou des superviseurs dans cette discipline. De plus, la durée des stages varie d'une programme à l'autre.

Les stages en diététique durent 40 semaines et se font principalement dans les centres hospitaliers, sous la supervision des diététistes de l'établissement. Les étudiants sont amenés à travailler dans plusieurs unités de soins de l'établissement.

Les stages en ergothérapie et en physiothérapie durent en moyenne 15 semaines et se font en centre hospitalier et en centre d'accueil. Les stages sont supervisés par des professionnels des établissements. Les universités font appel à un grand nombre d'établissements, en régions urbaines et en régions périphériques, compte tenu du nombre relativement restreint de ces professionnels dans chaque établissement. Des dispositions ont été prises pour que les stages de l'internat s'effectuent à d'autres moments que ceux prévus dans le cadre des programmes de premier cycle.

En orthophonie et audiologie, le programme de baccalauréat comporte peu de stages. Il y a quatre mois de stage à la maîtrise répartis sur trois ou quatre sessions. La majorité des stages se font dans les centres hospitaliers où la supervision est assurée par des professionnels de l'établissement. Plusieurs de ces superviseurs assurent l'encadrement bénévolement. Toutefois, depuis quelques années, certains établissements ont commencé à facturer les coûts aux universités. La situation de l'orthophonie et de l'audiologie est particulière au Québec, puisque actuellement seule l'Université de Montréal dispense cette formation en français dans le monde.

Pour les stages en diététique, en ergothérapie, en physiothérapie et en orthophonie et audiologie, il y a rareté d'établissements et de superviseurs. On parle même de la quête annuelle des places de stage. Enfin, en médecine dentaire et en optométrie, les stages se déroulent généralement à l'université, dans des cliniques universitaires.

2.4.4 Les stages dans les disciplines des services sociaux

Les stages en service social s'échelonnent sur deux trimestres universitaires et se font surtout dans des établissements du réseau: centres de services sociaux (CSS) et centres locaux de services communautaires (CLSC). Des milieux communautaires sont également mis à contribution.

La supervision se fait généralement par les professionnels des établissements. Dans certains cas, notamment dans les milieux communautaires, les universités engagent des superviseurs. Les lieux de stage sont nombreux, même dans les CSS où la clientèle est répartie entre plusieurs programmes et desservie par divers points de service.

En psycho-éducation, les stages font partie du programme universitaire et s'échelonnent sur 75 jours au baccalauréat et sur 86 jours à la maîtrise. Il n'y a pas de problèmes particuliers quant aux milieux de stage ou aux superviseurs dans cette discipline. Les stages se font principalement en centre d'accueil de réadaptation.

En criminologie aussi, les stages sont intégrés au programme universitaire. Ils sont de 60 jours au baccalauréat et de 40 jours à la maîtrise. Il ne semble pas y avoir de problèmes particuliers pour ces stages qui se déroulent dans les établissements du réseau des services de santé et des services sociaux.

Enfin, à la maîtrise, les stages en psychologie suivent le même modèle que celui de la médecine dentaire et de l'optométrie. En règle générale, ils

se déroulent dans des cliniques logées en milieu universitaire. Au doctorat, les stages ont lieu dans les centres hospitaliers.

2.4.5 Le choix des lieux de stage

Tous les établissements ne peuvent pas répondre aux exigences associées à la formation des étudiants. Un milieu de stage doit disposer des compétences professionnelles et techniques et des équipements nécessaires aux apprentissages; il doit avoir une clientèle appropriée aux besoins de formation; il doit fournir l'occasion aux étudiants d'expérimenter diverses situations; enfin, il doit être en mesure de fournir des superviseurs reconnus par l'université et capables de guider le stagiaire dans ses apprentissages.

En vertu de ses responsabilités propres, il appartient à l'université, à ses facultés et écoles, d'évaluer et de reconnaître les milieux de stage. En pratique, les établissements reconnus par les corporations pour les internats (ergothérapie et physiothérapie) le sont aussi automatiquement pour la formation en stage. En médecine, seuls les établissements reconnus par la Corporation peuvent recevoir des stagiaires. Dans les autres disciplines des sciences de la santé, les responsables de stage orientent généralement les étudiants vers des centres hospitaliers agréés, des milieux reconnus pour les internats ou encore vers des organismes qui répondent à des critères universitaires.

Dans le cas du service social, il n'y a pas de mécanisme de reconnaissance par les CSS, des CLSC et des CAR. Seuls les superviseurs doivent être reconnus par l'université. Plusieurs sont engagés sur une base forfaitaire pour suppléer à une carence des lieux de stage ou aux difficultés de recrutement dans les établissements. Il est difficile d'assurer l'encadrement professionnel dans les organismes communautaires. Ceux-ci n'ont pas de superviseurs qualifiés et ne peuvent, par conséquent, assurer la supervision de la formation.

2.5 L'organisation des stages

Le stage constitue pour l'étudiant un moyen privilégié d'intégrer la théorie et la pratique, et d'acquérir les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice de sa future profession.

L'organisation des stages exige donc la participation de plusieurs acteurs: les universités et les établissements de services de santé et de services sociaux, les professeurs, les superviseurs et, au premier chef, l'étudiant.

L'université convient généralement d'ententes avec les établissements dans le but de reconnaître des milieux qui offrent une formation pratique et une gamme variée de situations d'apprentissage, et qui disposent de professionnels-superviseurs reconnus par les disciplines en cause. Ces ententes prennent principalement deux formes.

- Des contrats d'affiliation en bonne et due forme précisent les responsabilités de chacune des parties. Ceux-ci prévoient l'agrément des milieux et des superviseurs, la participation du personnel de l'établissement au processus de mise à jour des programmes universitaires, les possibilités de formation continue et des comités de concertation où siègent les deux parties. De tels contrats existent principalement avec les centres hospitaliers qui acceptent de collaborer à un ensemble de programmes universitaires dispensés par diverses disciplines. Un seul contrat d'affiliation existe entre un centre de services sociaux et une université. Ces contrats donnent des résultats positifs même s'il subsiste encore des difficultés lorsqu'il est question du nombre de place de stages, des conditions de travail des superviseurs et des coûts facturés par les établissements.
- Des lettres d'ententes qui prévoient la tenue d'un certain nombre de stages dans un établissement donné, ainsi que les conditions de leur réalisation, notamment l'identification de personnes responsables, la liste des disciplines visées, la reconnaissance de superviseurs et les modalités de paiement. Dans certains cas, un simple échange de lettres entre les facultés, les écoles et les établissements tiennent lieu d'entente formelle.

Les stages sont pour l'étudiant non seulement l'occasion d'acquérir des connaissances pratiques mais surtout l'occasion de s'identifier à des modèles qui inspireront sa propre pratique professionnelle. D'où l'importance de la relation superviseur-étudiant.

Dans la plupart des disciplines mentionnées, sauf en médecine, aucun professeur de l'université n'est affecté à la supervision directe des étudiants dans un établissement. On recrute des superviseurs à même le personnel de l'établissement, de façon que ces personnes connaissent bien les us et coutumes du milieu et soient ainsi en mesure de mieux orienter et former les étudiants. Ces derniers relèvent directement de leur superviseur même si l'université est responsable de l'attribution de la note finale.

Les professeurs de l'université et les responsables de la coordination des stages organisent à l'occasion des séances d'information pour présenter aux superviseurs les objectifs du programme et de chacun des stages qui en

fait partie. Dans certaines disciplines, des ateliers de formation à la supervision sont offerts. Il existe des guides de stage et des formulaires d'évaluation des étudiants dans la majorité des cas.

En service social, l'étudiant et son superviseur conviennent d'un contrat d'apprentissage et des interventions que l'étudiant aura à faire. Les professeurs ont un rôle de conseiller auprès des superviseurs. En médecine, l'encadrement des étudiants se fait par des professeurs de l'université qui pratiquent dans les centres hospitaliers. À ce groupe s'ajoutent des professeurs de clinique, des chargés de cours et des médecins faisant de la supervision sur la base d'une rémunération forfaitaire.

2.6 Les problèmes inhérents à l'organisation et à la supervision des stages

Les difficultés propres à l'organisation et à la supervision des stages s'expliquent par l'absence d'engagement de certains praticiens et professeurs, par le désintéressement des établissements et par les effets pervers du financement.

Le manque d'intérêt des professeurs universitaires pour la formation pratique et l'absence d'engagement des professionnels se vivent surtout dans le secteur social. Les professeurs ne se sentent pas concernés par la formation pratique, alors que les professionnels ne se sentent pas responsables de la formation de leurs futurs collègues de travail.

Pour leur part, les établissements ont perdu en grande partie leur intérêt pour la formation des futurs professionnels depuis les changements qui ont suivi le partage des champs d'activité entre le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation. Ils ont adopté une approche comptable dans leurs relations avec les universités.

Enfin, la facturation introduite pour les stages dans les disciplines paramédicales et le service social a entraîné une série d'effets pervers. Qu'il suffise de mentionner qu'il faut maintenant persuader les professionnels des établissements presque un à un, de participer à la supervision, qu'il faut marchander les places de stage et les paiements, et calculer les jours et les demi-jours de stage. La situation est particulièrement critique en service social. Une rapide enquête auprès de travailleurs sociaux diplômés depuis une quinzaine d'années met en relief un changement important d'attitude des établissements, des professeurs et des professionnels. Ainsi, les plus anciens diplômés se rappellent avoir été bien accueillis dans les milieux de stage, avoir bénéficié d'une rémunération et d'un

encadrement par un professionnel du milieu. Ils se rappellent également avoir reçu la visite régulière du professeur responsable du stage. Les plus récents diplômés ont dû, quant à eux, négocier leur contrat d'apprentissage avec un superviseur et faire beaucoup de travail tout en recevant peu d'encadrement et de formation. Ils n'ont peu ou pas vu l'un ou l'autre des professeurs associés au programme.

Il est étonnant de voir comment en l'espace d'une quinzaine d'années, l'étudiant est devenu, au sein des établissements, un « mal nécessaire ». Alors que par le passé les établissements étaient prêts à payer un salaire à l'étudiant et certaines dépenses de fonctionnement, aujourd'hui on doit payer pour qu'il puisse avoir accès à une place de stage dans un établissement. Signe des temps, les établissements ne considèrent plus comme de leur devoir et de leur responsabilité de former une relève compétente.

Ce phénomène n'est pas particulier au service social; il est tout aussi réel dans d'autres disciplines. Le placement des stagiaires se négocie place par place et paiement par paiement. Dans certains cas, l'entrée d'un professeur et d'un groupe d'étudiants se traduit même en exigences monétaires.

De l'avis de la Commission, les établissements, comme futurs employeurs, ont une part de responsabilité dans la formation. Ils devraient revenir à une meilleure de collaboration et offrir des conditions d'apprentissage optimales aux étudiants, de même que des conditions adéquates aux superviseurs.

La facturation des stages par les établissements est tout à fait singulière dans le secteur des services santé et des services sociaux. On ne la retrouve nulle part ailleurs en Amérique du Nord ni dans les autres secteurs professionnels au Québec, que ce soit en éducation, dans l'industrie, les relations publiques ou les sciences politiques.

On a assisté à la modification du rôle des établissements en matière de formation, à la perte de l'esprit de collaboration, à la dévalorisation des stagiaires qui sont maintenant perçus comme des charges, et à un désintéressement des professionnels frustrés de ne pas voir reconnaître leur travail par les établissements et les universités. Un des principaux sujets de plainte des superviseurs de stage, surtout en service social mais aussi dans d'autres disciplines, est le manque de soutien et de valorisation à l'égard de leur fonction. En outre, les superviseurs souhaiteraient un meilleur appui et une meilleure reconnaissance de la part du corps professoral.

Des mesures incitant à inscrire la formation dans la mission des établissements et à créer des conditions de supervision adéquates amélioreraient non seulement la formation des étudiants mais aussi les soins et les services. Les conditions de formation sont garantes de la qualité des soins et des services qui seront dispensés dans l'avenir.

La Commission est donc d'avis que la formation pratique des futurs professionnels de la santé et des services sociaux doit devenir une responsabilité conjointe des universités et des établissements de services de santé et de services sociaux agréés et reconnus par les universités. En ce sens, les établissements qui s'engagent dans la formation pratique des futurs professionnels doivent aménager des conditions favorisant la participation de leur personnel à cette formation. Par ailleurs, les universités doivent adopter les mesures nécessaires afin de soutenir le rôle d'encadrement des superviseurs. De même, les universités doivent prendre des mesures afin que les professeurs considèrent comme partie intégrante de leur tâche la formation pratique des étudiants, notamment en jouant un rôle accru de soutien auprès des superviseurs.

La Commission est également d'avis que les universités ne peuvent et ne doivent pas s'engager dans la formation à l'emploi par le biais de leur programme de formation pratique, notamment les stages. C'est là une responsabilité qui appartient en propre aux employeurs des futurs professionnels. En somme, la responsabilité des universités dans la formation pratique doit s'arrêter là où les futurs employeurs prennent la relève, pour des fins qui leurs sont propres.

Quant aux négociations financières auxquelles ont donné lieu les stages au cours des dernières années, la Commission est d'avis qu'elles ont entraîné des effets pervers tels qu'il faut revenir à l'esprit qui présidait avant les transferts de fonds du ministère de la Santé et des Services sociaux au ministère de l'Enseignement supérieur. En ce sens, si les établissements de services de santé et de services sociaux agréés par les universités doivent assumer pleinement leurs responsabilités en matière de stages, il appartient au Ministère de s'assurer qu'ils disposent eux-mêmes des fonds requis à cette fin. C'est la seule façon de recentrer la formation pratique et les stages sur l'étudiant, sans en faire l'objet de négociations financières.

Enfin, la Commission est d'avis que les universités, les établissements et les corporations professionnelles devraient se concerter davantage, compte tenu de leurs responsabilités respectives, afin de valoriser la formation pratique des étudiants et de la distinguer très clairement de la formation à l'emploi.

3. La gestion des ressources humaines

Les ressources humaines constituent les ressources les plus importantes dans le secteur des services de santé et des services sociaux. Toutefois, celles-ci manifestent des signes inquiétants d'insatisfaction et de démotivation. Cela est principalement dû à l'organisation et aux conditions de travail, mais aussi, pour une large proportion des personnels, à un malaise croissant face à la qualité des services qu'ils sont à même de dispenser. Ce constat a amené la Commission à mettre de l'avant des propositions afin de pallier les faiblesses qu'elle constate relativement à la gestion des ressources humaines dans les établissements du réseau.

3.1 Le régime de négociation

Le régime de négociation, tel que modifié en 1985 par la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, permet la décentralisation des négociations des conventions collectives à l'échelle régionale et locale dans la mesure où les parties s'entendent pour déférer à ces niveaux les négociations sur les clauses autres que salariales.

Cette Loi ne pose pas d'obstacles à la régionalisation du système de services de santé et de services sociaux non plus qu'à l'attribution aux régies régionales de nouvelles responsabilités en matière de relations du travail et de planification de la main-d'oeuvre.

La Commission incite les parties à s'ajuster au nouveau partage des juridictions entre le niveau central et le niveau régional et à départager les matières et les clauses des conventions collectives qui sont de portée nationale, régionale et locale. Les régies régionales auront désormais le mandat d'établir, en concertation étroite avec les établissements, la planification de la main-d'oeuvre régionale nécessaire au bon fonctionnement des services, de négocier les clauses non monétaires de portée régionale pouvant, par exemple, favoriser la mobilité des effectifs, la formation continue, le perfectionnement, le recyclage et toute autre matière que les parties jugeront utile de déférer à cette instance.

3.2 Les statuts d'emploi

La composition de la main-d'oeuvre oeuvrant dans les établissements du réseau a considérablement changé au cours des dernières années. Les effectifs réguliers à temps plein ont diminué alors que les effectifs réguliers à temps partiel ont connu une croissance importante. Par ailleurs, la proportion d'employés occasionnels à temps partiel et d'employés tempo-

raires a aussi augmenté de façon substantielle. Cette évolution n'est pas de nature à favoriser la dipensation de services continus et de qualité et ne permet pas d'offrir à ces personnels des conditions de travail satisfaisantes. Les établissements du réseau doivent chercher à adapter leurs besoins de flexibilité aux besoins des travailleurs. À cette fin, les établissements doivent mieux gérer leurs effectifs et offrir une plus grande stabilité aux travailleurs occasionnels et temporaires. Pour attirer et retenir une main-d'oeuvre qualifiée et motivée, le réseau de la santé et des services sociaux doit offrir des conditions de travail et une qualité de vie au travail satisfaisantes. De plus, les personnes à l'emploi du réseau doivent pouvoir élaborer un plan de carrière.

Les gestionnaires des établissements doivent mettre en oeuvre des mécanismes favorisant une meilleure adaptation des besoins des établissements à ceux des ressources humaines. Ainsi, les horaires des postes de travail doivent correspondre, dans la mesure du possible, aux besoins des employés (temps plein, temps partiel, quart fixe ou rotatif).

Dans le but d'assurer une plus grande stabilité à la main-d'oeuvre, les salariés occasionnels en particulier doivent pouvoir accéder à des postes réguliers à l'intérieur d'équipes volantes, par exemple. Les petits établissements doivent, en fonction de ce même objectif, adopter divers mécanismes, dont la mise en commun d'équipes volantes régulières.

3.3 L'initiation à l'emploi, la formation en cours d'emploi et le perfectionnement

La formation en cours d'emploi et le perfectionnement dans le réseau des services de santé et des services sociaux sont des aspects négligés et sous-financés. De plus, l'initiation à l'emploi est une pratique fort peu répandue dans les établissements.

Les sommes allouées à la formation et au perfectionnement doivent augmenter progressivement afin d'atteindre une proportion de la masse salariale équivalente à celle allouée par le secteur de l'éducation et la fonction publique. Les efforts consentis à ce chapitre par le Ministère, par les instances régionales et par les établissements doivent être mieux coordonnés, plus cohérents, transparents et continus. Elles doivent s'inscrire à l'intérieur d'une politique globale de mise en valeur des ressources humaines où la planification et l'évaluation des besoins constituent deux des axes majeurs.

Dans cette perspective, les attributions et les responsabilités des principaux intervenants doivent s'ajuster au nouveau partage des juridictions qu'exige la régionalisation des services de santé et des services sociaux. Ainsi, le Ministère conserve la responsabilité de l'allocation des budgets de formation continue et de perfectionnement relatifs aux activités qui relèvent de sa juridiction et conserve une enveloppe pour les priorités qu'il détermine. Les régies régionales disposent des budgets prévus aux fins de la formation continue et du perfectionnement du personnel des établissements sous leur juridiction. Elles évaluent et planifient, en concertation étroite avec les établissements, les besoins des personnels des établissements.

Les budgets alloués aux programmes de perfectionnement devraient être administrés par les régies régionales alors que les budgets prévus pour la formation en cours d'emploi doivent demeurer sous la responsabilité première des établissements eux-mêmes. Les établissements sont les véritables responsables de l'évaluation des besoins de leurs employés et doivent en conséquence se doter d'outils d'évaluation et d'un plan directeur d'allocation des ressources, tant pour les cadres que pour les employés salariés. Ce plan directeur, comprenant des critères d'évaluation ainsi que des priorités, doit faire l'objet d'une entente avec les représentants des cadres et des salariés. Il doit aussi faire l'objet d'une diffusion adéquate. La régie, pour sa part, contribue à élaborer en collaboration avec les établissements, les mécanismes d'évaluation des besoins; elle coordonne les programmes de formation continue et de perfectionnement avec les cégeps et les universités, et encourage la meilleure utilisation possible de l'expertise issue du réseau lui-même.

De plus, selon la Commission, tout nouvel employé devrait bénéficier d'une période d'initiation à l'emploi dans un établissement avant d'être assigné au poste pour lequel il a été sélectionné et embauché. Une telle période d'accueil, d'intégration et d'apprentissage apparaît nécessaire puisque les institutions d'enseignement ne peuvent être tenues entièrement responsables d'une certaine inadéquation entre la formation de base et les exigences souvent très spécialisées d'un poste. Les établissements du réseau qui ont développé une tradition de formation à l'emploi et un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux employés sont satisfaits des résultats des efforts consentis à ce chapitre.

Enfin, l'accès à un poste de cadre intermédiaire nécessite l'établissement d'un programme de formation adapté en gestion et en administration, en relations humaines et en relations du travail. En effet, un employé

qui accède à un tel poste n'est pas nécessairement apte à diriger une équipe de travail, à gérer des budgets et à motiver les ressources humaines sans formation ni préparation adéquates.

3.4 L'évaluation du personnel et des cadres

L'évaluation doit contribuer à valoriser l'apport de chaque personne au bon fonctionnement des services, des programmes et des établissements. L'évaluation est aussi un élément essentiel au développement des ressources humaines, à l'élaboration de plans de carrière ainsi qu'une source de dialogue entre les employés et les cadres, et entre les cadres et la direction.

L'évaluation des employés se résume dans la majorité des cas aux contrôles administratifs et à la tenue d'un dossier disciplinaire. Les promotions, les mutations et les programmes de formation, par exemple, ne tiennent pas compte de la qualité des services dispensés par un employé. Quant au personnel cadre, des efforts ont été entrepris depuis quelques années afin d'implanter de véritables systèmes d'évaluation du rendement. Par contre, le réseau est encore loin d'avoir développé les outils nécessaires à l'évaluation de ses cadres. Les liens recherchés entre le rendement, la rémunération et les primes forfaitaires apparaissent encore ténus et rendent l'implantation de systèmes d'évaluation difficile.

Environ la moitié des cadres travaillent dans un établissement où existe un système d'évaluation du rendement. Pour les employés syndiqués, il n'existe pas de système d'évaluation dans la très grande majorité des établissements du réseau. L'évaluation du personnel doit s'instaurer dans une perspective de collaboration et de motivation des ressources humaines et non pas de contrôle, de discipline et de sanction. L'évaluation doit être continue et porter sur toutes les dimensions de la vie au travail : compétence, efficacité et rendement, évolution de la carrière, esprit d'équipe et qualité des rapports humains. Enfin, l'évaluation des employés salariés et des cadres doit favoriser, le cas échéant, et l'accès à des programmes de formation en cours d'emploi et de perfectionnement.

L'évaluation du personnel cadre et salarié doit donc se généraliser et devenir un outil de gestion des ressources humaines. Les régies régionales doivent participer à l'élaboration des mécanismes d'évaluation et s'assurer de la qualité des mécanismes mis en place dans les établissements. Par ailleurs, ces mécanismes doivent être compris et acceptés par les personnels, et négociés entre les organisations syndicales, les représentants des cadres et la direction.

3.5 La gestion participative

Depuis quelques années, certains établissements mettent de l'avant des formules de gestion participative. Généralement toutefois, cette nouvelle approche ne s'adresse qu'à la direction, aux cadres supérieurs et à certains professionnels.

Ces initiatives doivent être fortement encouragées, mais pour atteindre leurs objectifs, elles nécessitent une participation plus large de toutes les catégories de personnel d'une organisation ou d'un établissement. Actuellement, la participation des salariés à la gestion des établissements se limite à une présence symbolique au conseil d'administration et, dans une minorité d'établissements, elle s'exprime par la voie du conseil consultatif du personnel clinique (CCPC). Au total, la participation des employés à la gestion des établissements est peu encouragée et peu significative.

La Commission est d'avis que cette participation à la gestion des établissements doit s'inscrire dans une perspective de collaboration entre les gestionnaires et les différentes catégories de personnel; elle doit répondre aux aspirations de démocratisation et de valorisation des personnes dans leur milieu de travail. C'est par la voie de la consultation entre gestionnaires et employés que peuvent se concrétiser ces nouvelles aspirations. À cette fin, des moyens devront être adaptés aux situations de chacun des milieux de travail.

La Commission propose de mettre sur pied, dans chaque établissement, un comité consultatif à la direction possédant un pouvoir de recommandation sur tous les aspects du fonctionnement de cet établissement. Il agit à titre de porte-parole de l'ensemble du personnel salarié. Il doit, de ce fait, être représentatif de toute les catégories de personnel. Ses membres devront être élus par les employés salariés.

Ce comité ou tout autre moyen mis en oeuvre dans le même but, doit être consulté sur la planification, la budgétisation, les projets de développement et l'organisation du travail et sur toute autre question que la direction et les représentants des salariés jugeront pertinente.

Les représentants élus des employés salariés ont un pouvoir de recommandation auprès de la direction. À cet effet, ils doivent avoir les moyens nécessaires pour informer et consulter les salariés qu'ils représentent et pour agir auprès de la direction. Cette dernière devra justifier les décisions qu'elle prend en regard des recommandations émises par les représentants des employés salariés.

La participation des employés salariés peut prendre diverses formes. Les formules participatives qu'adopteront les établissements devront être adaptées à leur culture organisationnelle propre, l'objectif étant dans tous les cas de favoriser et de stimuler la participation de toutes les catégories de personnel à la gestion des établissements et de démocratiser les mécanismes de prise de décision.

Enfin, en matière de relations du travail, la Commission préconise une participation accrue de la part des cadres intermédiaires dans la gestion des ressources humaines et la résolution des litiges. La délégation des responsabilités aux cadres intermédiaires permettrait de résoudre plus rapidement les litiges, d'éviter le dépôt de griefs non prioritaires et de déjudiciariser les rapports collectifs. Une telle décentralisation de la gestion des ressources humaines et des conventions collectives nécessite une formation accrue en ces matières auprès des cadres intermédiaires. Dans cette perspective, les directeurs des ressources humaines devront jouer un rôle conseil auprès des cadres intermédiaires et mettre tout en oeuvre pour améliorer le climat de travail d'un établissement.

Finalement, la Commission constate que le nombre de titres d'emploi a eu tendance à croître constamment au cours des 20 dernières années. Elle fait appel aux parties afin qu'elles réexaminent tous les aspects de cette question, dans le but de lever les contraintes qu'une telle croissance impose à une allocation optimale des ressources humaines, et de favoriser l'enrichissement des tâches et une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail.

De plus, la Commission constate que le travail en équipes multidisciplinaires est peu répandu dans les établissements du réseau. La Commission souhaite que ce mode de fonctionnement soit privilégié dans la mesure du possible et que les parties entreprennent des discussions et des consultations sur cette question.

La Commission préconise donc des changements significatifs en matière de gestion des ressources humaines. Elle considère essentiel de tout mettre en oeuvre afin de concilier les besoins des ressources humaines et ceux des établissements, d'offrir une plus grande stabilité à la main-d'oeuvre, de mettre en place des mécanismes appropriés d'initiation à l'emploi et d'investir progressivement des sommes beaucoup plus substantielles dans des programmes de formation en cours d'emploi et de perfectionnement.

La Commission préconise de plus l'utilisation d'instruments d'évaluation des cadres et des employés salariés, et de formes de reconnaissance des contributions de chacun au fonctionnement des établissements.

Enfin, la Commission estime que la gestion participative doit être favorisée pour toutes les catégories de personnel, par le biais de mécanismes de consultation. Ces mécanismes doivent être adaptés aux milieux de travail, permettre l'expression des aspirations des travailleurs, contribuer à la mise en commun des efforts de tous dans un nouvel esprit de démocratie. Dans l'esprit de la Commission, la création des comités consultatifs d'établissements ne remplace pas les conseils consultatifs du personnel clinique. Ceux-ci devraient plutôt centrer leur action sur l'amélioration de la qualité des actes professionnels.

4. L'organisation professionnelle

La réglementation professionnelle adoptée en 1973 a créé un cadre légal au développement du système professionnel. Cette réglementation, contenue dans le *Code des professions*, était jugée nécessaire pour permettre la réforme des services de santé et des services sociaux. On voulait tout particulièrement, par ce moyen, favoriser la collaboration interprofessionnelle afin de permettre une approche globale de la santé et du bien-être. Le Code stipule que la raison fondamentale de l'existence des corporations professionnelles est la protection du public. En conséquence, il distingue deux statuts juridiques selon la gravité de l'acte posé et rend obligatoires l'inspection professionnelle et la constitution de mécanismes disciplinaires. De plus, le Code crée l'Office des professions pour veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public.

La Commission croit que les objectifs fixés à l'origine de la réforme du système professionnel sont encore pertinents. La protection du public doit demeurer la principale fonction de la corporation professionnelle. Le citoyen doit en être informé. La collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour assurer l'accessibilité, l'adaptabilité et la continuité des services que la Commission souhaite voir s'étendre à tout le territoire du Québec.

La consultation et les études menées par la Commission démontrent que ces objectifs n'ont pas été atteints à la satisfaction de toutes les parties concernées. Compte tenu de son mandat, la Commission n'a étudié le fonctionnement que des 22 corporations du domaine des services de santé et des services sociaux. Les avis qu'elle émet ne s'adressent donc qu'à ces corporations, ainsi qu'à certains groupes non incorporés.

4.1 La notion de protection du public

Le *Code des professions* établit clairement, à l'article 23, que « chaque corporation a pour principale fonction d'assurer la protection du public. » Mais en aucun endroit la notion de protection du public n'est définie. On ne sait s'il s'agit de la protection de la santé physique et mentale, des biens ou du capital, ou encore tout type de protection. Aucun indice dans le Code ne peut nous éclairer à ce sujet. On peut simplement supposer que, comme la protection du public est la raison principale de l'existence des corporations, les obligations faites par le Code aux corporations sont les moyens privilégiés pour remplir cette mission.

Le législateur, en 1973, même s'il était conscient que cette notion pouvait être interprétée de diverses façons, il ne l'a pas précisée parce que, selon lui, la protection du public est une notion qui évolue constamment. Au moment de la préparation du Code, cette notion sous-entendait la protection des personnes et de leur patrimoine contre tout dommage causé par un professionnel. La protection du public devait être garantie par la qualité de l'acte, l'inspection professionnelle, la préservation de l'intégrité et le mécanisme disciplinaire. Cette optique de protection devait se traduire dans des critères précis: le législateur a ainsi formulé les facteurs de l'article 25. Le sens à accorder à la notion de protection du public ne fait pas l'unanimité, même au sein des groupes visés par l'application du *Code des professions*.

Lors d'un colloque tenu par l'Office des professions en 1984, des corporations professionnelles, des administrateurs nommés au Bureau des corporations, des associations professionnelles, des organismes publics et des associations de consommateurs ont été amenés à préciser ce qu'ils entendaient par protection du public. Les contenus prêtés à cette notion ont été aussi variés que les groupes consultés. Les corporations voient dans la protection du public deux aspects différents, soit le préventif et le curatif. Pour elles, le préventif recouvre les obligations dévolues par le Code qui portent sur l'inspection professionnelle, la formation continue et l'admission, alors que le curatif réfère à la discipline, au fonds d'indemnisation et à l'arbitrage des comptes. Pour les corporations, le public peut être un individu, une entreprise ou même la population. Elles croient qu'il est heureux que cette notion ne soit pas plus explicite dans le Code. Par contre, les administrateurs nommés et les associations professionnelles disent qu'il est urgent d'avoir une définition précise afin que le consommateur sache à quoi s'attendre d'un service professionnel. Les organismes publics, eux, pensent que la protection du public consiste à éduquer la population à se protéger elle-même. Enfin, pour les associations de

consommateurs, cette notion signifie des services de qualité, des prix justes, une information complète sur les services offerts et un suivi des plaintes.

Pas plus que le Code, l'Office n'a réussi à définir ce qu'est la protection du public. Il s'est longuement interrogé à ce sujet et, ne voulant pas restreindre ou élargir indûment cette notion, il a choisi plutôt de considérer des indicateurs de protection du public. Ces indicateurs sont l'admission à l'exercice, la discipline, la formation continue, l'information destinée aux clients, les normes de pratique, la poursuite des usurpateurs et la publication d'une revue ou d'un journal professionnel. L'Office les prend en considération dans son évaluation de la capacité d'un groupe, qui demande l'incorporation, d'assurer la protection du public.

La Commission pense que la notion de protection du public est une notion quelque peu dépassée qui, par nature, relève du paternalisme et de la conception qu'un individu a besoin d'être protégé vis-à-vis d'un danger éventuel. Cette notion sied mal à la responsabilisation de l'individu qu'on valorise de plus en plus. Il serait peut-être plus approprié de parler de respect du consommateur et de respect du public. Même si cette notion a besoin d'être actualisée, elle est tellement bien enracinée dans le monde professionnel et dans le public qu'il serait difficile de la remplacer par une autre. Cependant, cela ne doit pas empêcher la poursuite de la réflexion sur ce sujet ni empêcher le professionnel d'établir une relation déférente avec son client.

La Commission est consciente de la difficulté que représente la définition de la notion de protection du public. Cependant, elle croit que cette notion doit être précisée. La démarche qu'elle a suivie lui a permis de se rendre compte que la protection du public était invoquée à tout propos et dans des acceptions complètement différentes. Le vide juridique à ce sujet sert de justification à l'appui de thèses opposées. Chacun utilise cette notion selon son bon vouloir et les intérêts qu'il a à défendre. C'est en fait une notion englobante où chacun puise la rationalité qui lui convient. La Commission ne croit pas qu'il faille une définition stricte et exhaustive de la protection du public; d'ailleurs, elle n'en voit pas la possibilité. Mais elle voudrait qu'on atténue l'ambiguïté entourant cette notion.

La protection doit être définie en précisant le public à protéger, les circonstances qui justifient la protection et le type de protection à assurer. Le même type de protection n'est pas requis lorsque l'acte professionnel concerne une personne, une organisation ou une population. La protection

du public devrait pouvoir signifier le respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne. La notion de protection du public doit être éclaircie tant dans l'intérêt des corporations qui ont à assumer ce rôle que du public qui reçoit les services. Aussi appartient-il à l'Office des professions du Québec de définir les paramètres de la protection du public afin de permettre aux corporations de mieux jouer leur rôle et d'informer le public de ce qu'il est en droit d'attendre d'un professionnel. Le respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne doit servir de base pour préciser la notion de protection du public, qui présidera à reconnaissance de nouvelles corporations et à l'exercice des fonctions des corporations existantes.

4.2 Les facteurs d'incorporation

L'article 25 du *Code des professions* énonce cinq facteurs préalables à la constitution d'un groupe en corporation professionnelle. Ces facteurs qui tiennent lieu, en quelque sorte, de définition de la notion de profession sont: les connaissances requises pour exercer la profession, le degré d'autonomie, le caractère personnel de la relation, la gravité du préjudice et le caractère confidentiel des renseignements. L'application de ces facteurs est difficile; ils sont imprécis et trop généraux. Ils ne permettent pas de distinguer entre une activité de travail dite professionnelle et une autre non professionnelle.

En commission parlementaire, le président de la Commission d'enquête à l'origine de la réforme du système professionnel disait qu'il fallait considérer l'ensemble des cinq facteurs et non chacun des facteurs en particulier, pour décider de la reconnaissance d'une corporation. Or, presque toutes les activités de travail contiennent, à un degré plus ou moins élevé, l'ensemble de ces facteurs. L'article 25 ne dit pas à partir de quel niveau d'atteinte des cinq facteurs une occupation doit être reconnue comme profession. Ces facteurs n'indiquent pas la « limite raisonnable » au-delà de laquelle une occupation n'a pas à être reconnue comme profession. Comme le Code n'a pas défini auparavant ce qu'il entendait par protection du public, on ne peut savoir non plus dans quelles circonstances ces facteurs doivent s'appliquer.

L'Office des professions, conscient de cette difficulté d'application a défini des critères supplémentaires aux facteurs de l'article 25. Ces nouveaux critères relatifs aux conditions d'exercice de la profession, définis dans *L'Évolution du professionnalisme au Québec*, sont qu'une forte proportion des membres exerce en pratique privée, que la clientèle soit surtout composée d'individus et que le champ de connaissances soit vaste.

Ces critères supplémentaires touchent aussi les conditions de fonctionnement de la corporation en précisant que les ressources financières doivent être importantes et que le nombre de membres doit être élevé. Ils sont plus objectifs et évaluables que les facteurs de l'article 25. Ils renvoient à des notions concrètes qui peuvent être jaugées par des instruments de mesure uniformes pour tous les groupes.

Cependant, compte tenu de la spécificité du domaine de la santé et du bien-être, ces critères supplémentaires ne peuvent être retenus. Les préjudices possibles associés à certains actes dans les services de santé et les services sociaux sont réels. Bien que 80 % des membres des 22 corporations qui y exercent ont déjà été soumis à une certaine forme de contrôle de la part d'un établissement, la Commission pense que la réglementation professionnelle, et ce qu'elle suppose, doit demeurer. Il n'est que de voir le travail qu'effectuent actuellement certaines corporations professionnelles pour se rendre compte du bien-fondé et de la pertinence de la supervision professionnelle en établissement. La Corporation professionnelle des médecins du Québec fait un travail énorme de surveillance et de formation auprès de ses membres. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, quoiqu'à un moindre niveau, a aussi de telles activités. Plusieurs autres corporations effectuent également du travail en ce sens. En conséquence, la Commission pense que le premier critère supplémentaire défini par l'Office, soit une forte proportion des membres en pratique privée, ne peut s'appliquer au domaine des services de santé et des services sociaux. De la même manière, les critères supplémentaires concernant le fonctionnement de la corporation ne sont pas toujours nécessaires dans la nouvelle optique d'inspection professionnelle que la Commission entend suggérer.

Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, la nécessité de la reconnaissance professionnelle doit avant tout reposer sur la nature de l'acte posé. Les critères d'incorporation doivent porter essentiellement sur l'acte en ne perdant pas de vue que l'incorporation existe, avant tout, pour la protection du public. Les moyens pour atteindre ce but seront adaptés par la suite aux caractéristiques propres à chaque corporation.

Un acte doit être réservé à une corporation ou partagé par quelques corporations lorsque son exécution comporte des risques pour la santé et le bien-être, lorsque ses conséquences ne sont pas facilement réversibles, lorsqu'il exige une expertise démontrée et lorsqu'il est posé de façon autonome. Les critères d'incorporation, dans le domaine des services de santé et des services sociaux, ne doivent considérer, dans l'optique de la protection du public, que la nature de l'acte posé.

4.3 Les statuts juridiques des corporations

La constitution d'un groupe en corporation professionnelle est une garantie pour le public que les membres respectent certains critères de formation et qu'ils sont sujets à l'inspection professionnelle. Notre système professionnel établit deux catégories de corporation professionnelle: celles à exercice exclusif qui ont le double contrôle du titre et de l'exercice et celles à titre réservé qui ont le contrôle du titre seulement. On sait, par différentes études, que le public ne fait pas la distinction entre l'exercice exclusif et le titre réservé et qu'il croit que c'est l'appartenance à une corporation qui le protège.

La notion même de champ d'exercice exclusif donne naissance à un régime professionnel qui encourage la territorialité. Chacun veut se définir un champ d'exercice qui lui soit exclusif. Bien que cette tendance à vouloir s'approprier le monopole de certaines activités soit propre à la majorité des occupations, il y a lieu de se demander jusqu'où cette recherche de monopole doit être encouragée.

L'existence de monopoles professionnels a contribué à créer une organisation du travail qui ne réagit que lentement aux changements qui surviennent dans le secteur de la santé. Par exemple, les connaissances et les techniques médicales deviennent toujours plus nombreuses et plus complexes, mais les définitions des champs d'exercice restent les mêmes. Celles-ci étant formulées en termes généraux et vagues deviennent l'objet de conflits d'interprétation constants. Les négociations de frontières et l'importance des conflits qui en résultent sont proportionnelles à l'incertitude et à l'ambiguïté qui entourent la définition des champs. Ainsi, comment éviter les tiraillements quand, par exemple, dans trois professions d'exercice exclusif, deux ont en exclusivité « le droit de diagnostiquer et de corriger les problèmes de vision » et deux autres ont pour acte réservé la vente de la lentille ophtalmique.

La pratique de la médecine ne jouit pas partout d'un monopole d'exercice comme c'est le cas au Québec, dans le reste du Canada, aux États-Unis et en France. Des pays comme l'Angleterre, la Suède et l'Allemagne fédérale ont une réglementation plus « tolérante » et rien n'indique que cette souplesse entraîne des dangers pour le public.

Aujourd'hui, plusieurs disciplines ont constitué des corpus de connaissances qui sont validés scientifiquement. À quelques exceptions près, les corporations existantes disposent de moyens d'intervention distincts. La formation de ces professionnels se fait aux niveaux universitaire et collé-

gial et est centrée sur le diagnostic de problèmes spécifiques et sur l'élaboration de stratégies d'intervention. Ces professions demeurent cependant dépendantes de l'autorité médicale pour le diagnostic et le traitement.

La formation médicale ne peut plus préparer le médecin à être compétent dans l'ensemble des spécialités rattachées à la santé. Le médecin a pu, à un moment de l'Histoire, être le seul qualifié pour dispenser des soins de santé; mais ce n'est plus le cas à l'heure où les connaissances se développent à un rythme accéléré et les spécialités se multiplient. Bien que le médecin soit de plus en plus compétent, il existe maintenant, parallèlement à la médecine, des activités qui peuvent prétendre à un degré de connaissances supérieur à celle-ci dans certains domaines reliés à la santé.

La Commission croit que l'attribution d'un champ d'exercice exclusif, à quelque profession que ce soit, n'est plus justifiée au moment où les connaissances et les techniques thérapeutiques évoluent à un rythme accéléré. L'évolution rapide de la science médicale conduit à son morcellement et les tâches se spécialisent de plus en plus. Dans ces circonstances, comment peut-on expliquer qu'un groupe de professionnels demeure le seul capable d'exercer avec compétence et sécurité toutes les activités incluses dans un champ.

La Commission pense qu'il est nécessaire de maintenir un certain type de réglementation, tant dans l'intérêt des professionnels que dans celui des consommateurs. Les premiers retirent des avantages de leur statut professionnel et les seconds y voient une mesure de protection.

Une lecture attentive du Code révèle que celui-ci ne parle pas de champ d'exercice exclusif mais d'exercice exclusif, d'acte, d'activité. Ainsi, l'article 26 précise que le droit exclusif d'exercer une profession ne doit « être conféré que dans les cas où la nature des actes (...) ». Si on s'en tient à une interprétation rigoureuse, l'exercice exclusif ne s'applique qu'à des actes. En aucun moment, le Code ne parle de champ d'exercice exclusif. Cependant, dans la pratique, on en est venu à identifier l'exercice exclusif d'actes ou d'activités à tout un champ de pratique. Les corporations et l'Office utilisent couramment la notion de champ exclusif ou de monopole d'un champ pour parler d'exercice exclusif. Le même phénomène s'est produit dans le cas des corporations à titre réservé. La Loi dit qu'une corporation « peut exercer les activités professionnelles » mais

l'usage a fait en sorte qu'on parle maintenant de champ évocateur. En somme, l'acte ou l'activité sont devenus synonymes de champ dans la pratique courante.

La Commission suggère que l'on revienne à la lettre du Code et que l'on parle d'actes ou de catégories d'actes exclusifs mais non plus de champ. L'exclusivité demeurerait mais pour des actes et non pour un champ. Les actes ne seraient exclusifs à une corporation que par exception. Mais cela existerait toujours; certains actes requièrent une formation précise et un encadrement particulier et ils ne peuvent être autorisés que pour un groupe de professionnels. C'est le cas, par exemple, de la chirurgie qui serait, comme actuellement, exclusivement réservée au médecin; ou encore de la préparation et de la vente d'un médicament, sur ordonnance ou non, qui appartient en exclusivité au pharmacien.

D'autres actes, par contre, pourraient être partagés par les membres de certaines corporations qui ont la formation appropriée pour poser ces actes en toute sécurité pour le public. Cela sous-entend que ces actes peuvent être dangereux s'ils sont mal exécutés. Ces actes dits à partage restreint seraient réservés à quelques corporations seulement. Un exemple d'acte à partage restreint pourrait être l'évaluation psychosociale. À partir du moment où un acte ne demande aucune qualification particulière, il ne représente aucun danger potentiel pour l'individu.

Dans cette nouvelle optique, la démonstration devra être faite qu'en raison de sa nature et de ses conséquences, un acte doit être exclusif à un seul groupe de professionnels; les autres actes requérant une formation particulière et étant potentiellement dangereux seront partagés par quelques corporations. Ainsi, une corporation aura un ou des actes exclusifs ou encore pourra partager un ou des actes avec d'autres corporations.

La Commission est d'avis que le statut juridique de corporation doit être réservé aux professionnels qui ont un ou des actes exclusifs ou un ou des actes à partage restreint.

4.4 La délégation d'actes

Un des objectifs de la réforme des professions était de faciliter la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci est une condition fondamentale à la qualité, à l'efficacité et à l'équilibre du système de soins. Le mécanisme de délégation d'actes a été pensé à l'origine pour faciliter cette collaboration. Or, les professionnels soumis à la délégation d'actes cherchent à déléguer le moins possible, même si certaines catégories de

professionnels dont les services sont moins onéreux ont la capacité d'exécuter certains actes. Leur monopole d'un champ d'exercice légitime, d'ailleurs, ce genre de comportement.

La consultation que la Commission a menée auprès des corporations professionnelles l'a convaincue que ce mécanisme est inapproprié et qu'il engendre plus de tensions que d'effets bénéfiques. La majorité des corporations, tant à exercice exclusif qu'à titre réservé, ont décrié le principe de la délégation. Certaines corporations ont profité de ce processus pour consolider leur champ de pratique alors que d'autres ont vu dans ce mécanisme la possibilité de développer un champ propre ou d'usurper celui d'un autre.

La Commission croit que le mécanisme de délégation d'actes doit disparaître. D'ailleurs, la substitution de l'acte exclusif ou partagé au champ exclusif élimine par le fait même ce processus, puisque toutes les corporations reconnues jouiront du même statut. Chacun, dorénavant, pratiquera les actes qui lui sont reconnus légalement et accomplira les actes non réservés dans les limites de sa compétence. Le professionnel se basera sur sa formation pour décider de sa capacité à accomplir tel acte. Le Code de déontologie du professionnel est d'ailleurs là pour le guider en ce sens. Toutes les corporations auront un statut équivalent et aucune ne sera dépendante de l'autre pour son exercice professionnel.

La collaboration professionnelle sera plus facilement atteinte ainsi. Mais, compte tenu du mécontentement créé par ce mécanisme, mécontentement que la Commission a pu elle-même observer, nous nous croyons justifiés d'insister particulièrement sur l'abolition de ce mécanisme.

4.5 L'inscription

Vingt-deux corporations exercent actuellement dans le domaine des services de santé et des services sociaux et plus d'une douzaine de groupes oeuvrant dans ce secteur ont soumis des demandes de reconnaissance professionnelle à l'Office des professions depuis l'adoption du Code. Ce nombre devrait aller en augmentant avec le morcellement des connaissances, la spécialisation des pratiques et la venue des médecines douces.

La Commission pense que si un groupe ne peut se définir d'acte exclusif ou partagé à partir des critères énumérés plus haut, il n'a pas à être reconnu comme professionnel par le *Code des professions*. Cela vaut pour les corporations qui existent actuellement et qui ne peuvent, à partir de leur champ exclusif ou évocateur, se définir de tels actes.

La capacité de se définir un acte exclusif ou à partage restreint vaut aussi, bien sûr, pour les groupes qui aspirent à l'incorporation. La Commission pense qu'il doit aussi exister une certaine forme de contrôle pour des groupes non incorporés et dont les actes peuvent représenter une forme de danger pour le public. On ne peut oublier que, dans le domaine des services de santé et des services sociaux, l'acte a toujours comme objet un individu. Aussi, si la Commission suggère que les groupes qui ont des actes exclusifs ou partagés soient reconnus comme corporations professionnelles avec les moyens de contrôle que cela sous-entend, elle croit néanmoins que les autres groupes qui n'ont pas de tels actes doivent être par ailleurs soumis à un contrôle minimal.

C'est pourquoi la Commission approuve la proposition de l'Office des professions de mettre sur pied un nouveau moyen de contrôle pour les praticiens dont les activités peuvent représenter un certain danger pour le public. Cette procédure a été suggérée au Ministre responsable de l'application des lois professionnelles dans le cas de la demande d'incorporation des sages-femmes. L'Office suggère qu'on laisse évoluer légalement ce groupe avant de lui donner le statut de corporation professionnelle. En conséquence, l'Office croit qu'on doit rayer des lois de certaines corporations les articles qui rendent cette pratique illégale. Dans ce cas-ci, il s'agit des lois des médecins et des infirmières.

Cette orientation est nouvelle à l'Office des professions et vise à assurer un contrôle minimal dans les cas où la protection du public l'exige. L'Office créerait une structure souple et flexible qui verrait à fixer les normes de délivrance et de détention des permis, à les émettre et à établir les modes de contrôle. Cette procédure serait définie avec les corporations et les organismes concernés. La Commission trouve ce nouveau moyen de contrôle approprié et croit qu'il peut assurer la protection du public dans les cas où l'incorporation professionnelle n'est pas requise.

4.6 L'inspection professionnelle

Un des mécanismes de protection du public institués par le *Code des professions* est la surveillance de l'exercice professionnel par l'inspection des activités des membres des corporations. Cette fonction d'inspection est obligatoire et toutes les corporations l'exercent au moins nominalement. La Commission n'a pu étudier l'efficacité de l'inspection professionnelle sur le plan de l'amélioration de la qualité de l'exercice et de la protection du public. Elle n'en avait ni le temps ni les ressources, d'autant plus qu'il eût fallu auparavant définir ce qu'est la qualité de l'acte professionnel. La

Commission a plutôt regardé le type et le volume d'activités des corporations pour voir comment celles-ci s'acquittaient de cette responsabilité.

Il y a des différences notables d'une corporation à l'autre en matière d'inspection professionnelle. Pour certaines, cette activité est réduite à sa plus simple expression, alors que, pour d'autres, elle constitue leur principale activité. La corporation des médecins est un modèle en matière d'inspection professionnelle; elle a de tout temps consacré énormément de ressources à cette activité et a réussi à se définir des critères d'évaluation. Le manque de ressources ne peut toujours justifier l'absence d'inspection, puisque plusieurs corporations trouvent les ressources nécessaires pour d'autres types d'activité.

Même si l'inspection professionnelle se fait, cela ne suffit pas pour dire que le public est mieux protégé. On ne sait à partir de quels critères se fait cette inspection. Il arrive aussi qu'un très petit nombre de membres soit soumis à l'inspection. Celle-ci peut se faire à fréquence variable. La Loi ne précise aucun de ces points et la corporation est laissée à elle-même en ce domaine.

La Commission croit que l'inspection professionnelle est nécessaire dans les services de santé et les services sociaux. Certaines corporations assument cette fonction et doivent continuer ainsi. Cependant, la Loi devrait être plus explicite quant aux critères d'évaluation, au pourcentage de membres inspectés annuellement, à la fréquence des visites et aux priorités pour les membres les plus à risque. La forme des rapports annuels devrait être définie de façon à pouvoir apprécier le travail des corporations en cette matière.

Tout groupe reconnu comme corporation professionnelle et exerçant en pratique privée doit respecter l'obligation de l'inspection professionnelle. La capacité d'assurer l'inspection professionnelle doit même être un critère supplémentaire pour la reconnaissance professionnelle des groupes en pratique privée. L'Office devrait servir de conseiller auprès de ces groupes en matière d'évaluation professionnelle et de procédures. Il développerait ainsi une compétence particulière en évaluation professionnelle, laquelle pourrait servir à toutes les corporations.

Or, certaines corporations n'ont pas les ressources humaines et financières pour s'acquitter de cette responsabilité ou n'ont pas l'expertise nécessaire. De plus, la majorité des professionnels des services de santé et des services sociaux travaillent en établissement. La Commission pense

qu'un conseil d'agrément pourrait répondre à ces particularités; un organisme serait chargé, à partir de standards prédéterminés, d'évaluer les professionnels et les établissements qui en font la demande. Ce conseil serait formé, entre autres, des corporations qui oeuvrent en établissement et des associations d'établissements. Il verrait à établir des standards de qualité. Les visites d'agrément seraient effectuées sur demande de l'établissement. Ces visites devraient être vues davantage comme une aide pour l'amélioration de la qualité que comme un contrôle. Dans cette perspective, l'aspect volontaire de la démarche est essentiel; l'établissement qui demande à être visité consent implicitement à apporter les améliorations suggérées par le conseil d'agrément. La Commission pense que cette procédure répondrait à la fois à l'incapacité des petites corporations d'assumer seule cette obligation et à un objectif d'amélioration de la qualité, tout en assurant la protection du public.

Bien que la pratique médicale se fasse de plus en plus en établissement, la Commission pense que l'inspection professionnelle des médecins doit continuer de relever de la corporation. Étant donné que les médecins sont les seuls professionnels à exercer majoritairement, autant en établissement qu'en pratique privée, étant donné la nature particulière de l'acte médical et étant donné surtout leur longue tradition d'inspection professionnelle, celle-ci doit continuer à se faire comme elle se pratique actuellement. L'inspection des médecins en pratique privée doit également faire partie des préoccupations de la corporation.

4.7 Les mécanismes de recours

Les mécanismes de recours du *Code des professions* sont peu connus du public. Pourtant, chaque année, des milliers de demandes d'information et d'enquête sont adressées soit aux corporations, soit à l'Office des professions, soit à l'Office de protection du consommateur. Peu de celles-ci se rendront jusqu'à la formulation d'une plainte auprès du comité de discipline de la corporation. Les mécanismes de recours sont jugés longs et compliqués par le consommateur. Aussi, la plupart d'entre eux pense que la corporation est là pour protéger ses membres et que les chances d'avoir un jugement équitable sont faibles. Le professionnel est jugé par ses pairs et les sanctions ne seront connues que des membres de la corporation, à moins qu'il y ait radiation définitive, dont la *Gazette officielle du Québec* rendra compte.

La procédure en vigueur dans le cas des plaintes veut que celles-ci soient acheminées au syndic qui les évaluera et qui décidera de leur recevabilité. Le syndic transmettra au comité de discipline les plaintes

qu'il juge recevables; dans le cas contraire, il informera le consommateur. La Loi prévoit que le consommateur peut porter directement sa plainte auprès du comité de discipline; à ce moment, il devra assumer sa représentation lui-même ou par l'intermédiaire d'un avocat. Les coûts peuvent être élevés et cette procédure est rarement utilisée. Aussi, les parties peuvent faire appel de la décision du comité de discipline devant le Tribunal des professions.

La Commission croit qu'il est nécessaire qu'une instance supplémentaire de recours existe pour la personne insatisfaite de la décision du syndic ou du comité de discipline. Comme les plaintes auprès d'une corporation professionnelle sont toujours des plaintes concernant l'éthique professionnelle, et ne rapportent donc aucune compensation financière, la Commission pense qu'un recours du type protecteur du citoyen devrait exister dans ce cas. Un protecteur du citoyen a généralement pour rôle de voir à ce que justice soit rendue lorsqu'un individu se croit lésé dans ses droits par le fonctionnement des organismes publics. Or, ce service devrait être accessible à la personne insatisfaite d'un service professionnel et qui a déjà utilisé les recours offerts par la corporation. La Commission estime que les mécanismes disciplinaires doivent continuer d'appartenir à la corporation mais le recours au protecteur du citoyen pourrait s'ajouter aux recours prévus dans la Loi en cas d'insatisfaction envers la décision de la corporation. Ce rôle pourrait être rempli par le Protecteur du citoyen actuel ou par une autorité propre au secteur de la santé et des services sociaux.

La Commission croit que le sentiment de « défaitisme » du consommateur vis-à-vis du système professionnel doit disparaître. Le public doit être en mesure de constater que le respect des droits et de la dignité de la personne existe aussi dans la relation individu-professionnel. Un protecteur du citoyen verrait à protéger ces droits lorsqu'une personne croit avoir été lésée par un jugement d'une corporation professionnelle.

Plusieurs praticiens des médecines douces ont été poursuivis par la corporation des médecins, ces dernières années, pour pratique illégale de la médecine. La Commission croit qu'il n'appartient pas à une corporation professionnelle de poursuivre un individu non-membre. Les forces en présence sont alors de poids inégal. La dénonciation pour pratique illégale peut être faite par le public ou par la corporation, mais il revient à l'Office, et non à la corporation, d'entamer la poursuite. Il revient à l'Office de faire respecter les lois professionnelles dans de tels cas.

4.8 La diffusion de l'information

L'Office des professions a pour rôle de veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public. L'Office est, en quelque sorte, chargé de veiller au développement du système professionnel et de fournir une expertise objective à cette fin. Ses fonctions et devoirs sont précisés à l'article 12 du *Code des professions*. L'Office peut exercer son rôle de différentes façons; il peut s'en tenir à la lettre de la Loi et surveiller les corporations à distance, ou prendre l'initiative de créer les conditions les plus favorables à l'exercice, par les corporations, de leur fonction de protection du public.

L'Office a, jusqu'à maintenant, laissé beaucoup de latitude aux corporations professionnelles. Il a plutôt assumé un rôle de surveillance auprès des corporations. Mais peu d'efforts ont été faits pour sensibiliser la population aux rôles des corporations. Celle-ci ne connaît pas toujours l'existence des corporations et, quand elle la connaît, la population pense généralement que les corporations existent pour protéger leurs membres. Le rôle de l'Office n'est guère mieux connu de la population.

La création d'un organisme neutre comme l'Office des professions s'imposait; peu de domaines législatifs touchent autant d'individus. Les intérêts humains et matériels sont nombreux et l'objectivité est nécessaire. On doit informer le public de la raison première de l'existence de l'Office des professions et des corporations. Cette diffusion de l'information doit être développée encore plus par l'Office afin d'assurer une certaine impartialité et de renseigner sur l'ensemble du monde professionnel. Le public doit savoir que les corporations existent pour le protéger et qu'il est en droit de recevoir des services de qualité. L'Office doit aussi renseigner le public sur les mécanismes de recours existants afin que ceux-ci soient utilisés à bon escient.

4.9 La participation du public

La présence de représentants du public aux conseils d'administration des corporations était aussi, dans l'esprit du législateur, une mesure de protection du public. Les représentants du public constituent entre le quart et le sixième des membres du Bureau d'une corporation selon le cas (article 78). Parmi ces « administrateurs nommés », la moitié sont membres d'une autre corporation; ils sont désignés par le Conseil interprofessionnel. Quant aux représentants non membres des corporations, ils sont choisis après consultation auprès de certains groupes socio-économiques.

Ces deux types de représentants n'ont pas de mandat précis; ils n'ont pas, non plus, de compte à rendre au public. On ne sait comment ces « administrateurs nommés » représentent le public. De plus, il n'y a pas de représentants du public au comité de discipline de la corporation. Celui-ci est formé d'un président choisi parmi les membres du Barreau et d'au moins deux membres élus du Bureau de la corporation. Or, le public est absent de la structure la plus directement axée sur sa protection. Les professionnels se jugent entre eux.

L'Office des professions est, quant à lui, composé de cinq membres. Trois sont choisis parmi une liste d'au moins cinq noms fournis par le Conseil interprofessionnel; tous doivent être membres d'une corporation professionnelle. Même si le rôle premier de l'Office est de veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public, aucun représentant du public ne siège à l'Office. Le système professionnel qui, en principe, existe pour protéger le public se développe en vase clos.

La Commission pense que la participation du public doit être encouragée. Une plus grande part doit lui être faite aux différents niveaux de décision. Le public n'est-il pas le mieux placé pour dire ce qu'il attend des services professionnels? Par public, la Commission entend des personnes non membres de corporations professionnelles. Ces personnes pourraient être choisies à partir d'une liste fournie par des associations de consommateurs. Les représentants du public doivent aussi avoir le mandat d'informer la population des délibérations la concernant. Une publication en matière de protection du consommateur pourrait facilement contenir une section sur la réglementation professionnelle dans laquelle paraîtraient les décisions d'intérêt public. Les représentants du public seraient alors plus motivés à assumer leur rôle. La Commission croit aussi qu'il serait nécessaire que des représentants du monde universitaire siègent au Bureau des corporations professionnelles. Cette participation favoriserait la collaboration corporation-université, laquelle est indispensable pour l'amélioration des programmes en fonction des besoins.

Conclusion

La Commission est d'avis que les sommes actuellement administrées par la RAMQ, sauf celles versées à des professionnels oeuvrant dans le cadre de programmes de portée provinciale doivent être régionalisées. Devront aussi l'être les budgets

actuellement affectés aux mesures incitatives servant à améliorer la répartition géographique des médecins. Les régies régionales pourront utiliser cet argent de quatre façons. Ce budget servira à payer les professionnels de la région selon les modalités négociées centralement, à financer les services professionnels que la population pourra recevoir dans une autre région, à offrir des primes et des avantages pour attirer ou retenir les médecins dans la région. Dans le cas où il aura été impossible de recruter des médecins et que les services pourront être offerts par d'autres types de professionnels, la régie régionale pourra utiliser ces sommes pour rémunérer ces autres professionnels.

La Commission est convaincue que la planification de la main-d'oeuvre du réseau des services de santé et des services sociaux passe par la concertation entre les ministères de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Science, de la Santé et des Services sociaux, les institutions d'enseignement et les établissements du réseau des services de santé et des services sociaux. La Commission suggère d'adapter l'actuelle table de concertation sur les effectifs médicaux ou d'élaborer tout autre mécanisme de concertation en tenant compte de l'ensemble des professionnels du système des services de santé et de services sociaux. Afin d'assurer une présence adéquate de ces professionnels dans toutes les régions du Québec, la Commission croit qu'il faudra instaurer des mesures incitatives dans le but d'améliorer leur répartition géographique actuelle.

Les universités et les établissements de services de santé et de services sociaux doivent assumer conjointement la responsabilité de l'encadrement de la formation pratique des futurs professionnels. En ce sens, la Commission propose que des mesures incitatives soient développées pour valoriser la participation des professeurs et des professionnels du réseau à la formation pratique des futurs professionnels, et que les coûts liés aux stages de formation pratique soient intégrés aux budgets des établissements qui reçoivent les stagiaires.

Selon la Commission, tout nouvel employé devrait bénéficier d'une période d'initiation à l'emploi dans un établissement avant d'être assigné au poste pour lequel il a été engagé. Une telle période d'initiation et d'intégration est nécessaire, car les institutions d'enseignement ne peuvent être tenues entièrement responsables de la parfaite adéquation entre la formation de base et les exigences parfois très spécialisées d'un poste.

La Commission croit qu'une meilleure planification des effectifs et de l'organisation du travail est nécessaires pour assurer une plus grande stabilité à la main-d'oeuvre en permettant l'accès à des postes réguliers.

La Commission estime que les sommes allouées à la formation en cours d'emploi et au perfectionnement doivent augmenter afin d'atteindre une proportion de la masse salariale équivalente à celle que le secteur de l'éducation et la fonction publique consentent à cet effet. Les efforts déployés par le Ministère, les régies régionales et les établissements devront être coordonnés, transparents et soutenus.

Dans cette perspective, la Commission croit que les responsabilités des principaux acteurs doivent s'ajuster au nouveau partage des juridictions qu'entraîne la régionalisation des services de santé et des services sociaux. À cet égard, la Commission suggère que le ministère de la Santé et des Services sociaux conserve la responsabilité des budgets de formation en cours d'emploi et de perfectionnement pour les activités relevant de sa juridiction. Pour les programmes régionaux, les régies administreront les budgets consentis aux programmes de perfectionnement et distribueront aux établissements ceux prévus pour la formation en cours d'emploi.

La Commission a la conviction que l'évaluation doit devenir un élément important de valorisation et de motivation pour le personnel cadre et salarié du réseau. L'évaluation doit se faire dans une perspective de développement des ressources humaines et non de contrôle, de discipline ou de sanction. La Commission suggère que l'évaluation des employés salariés et des

cadres devienne un outil donnant accès, le cas échéant, à des programmes de formation en cours d'emploi et de perfectionnement. Elle devrait se faire dans la perspective de plans de carrière pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Les établissements doivent se donner des moyens de concrétiser la participation de toutes les catégories de personnel. La voie envisagée par la Commission est la mise en place dans chaque établissement d'un comité consultatif d'établissement. Ce comité formé de représentants de toutes les catégories de personnel, devrait être consulté sur les matières touchant la planification et la gestion de l'établissement et informé des motifs des décisions prises par la direction. De plus, la Commission préconise une participation accrue de la part des cadres intermédiaires dans la gestion des ressources humaines et la résolution des litiges.

En ce qui a trait à l'organisation professionnelle, la Commission est d'avis que la notion de protection du public doit être revisée dans l'optique du respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne.

Aux yeux de la Commission, il importe de redéfinir les critères d'incorporation essentiellement autour de la reconnaissance d'un acte exclusif ou d'un acte à partage restreint. En conséquence, le mécanisme de délégation des actes doit être aboli.

Pour les praticiens des services de santé et des services sociaux qui ne seraient pas membres d'une corporation professionnelle mais dont les activités nécessitent un certain contrôle, la Commission suggère la création d'un mécanisme d'inscription sous la responsabilité de l'Office des professions. La Commission propose que les poursuites pour pratique illégale d'une profession soient confiées à l'Office des professions, les corporations conservant l'initiative de signaler les cas suspects à l'Office des professions.

De l'avis de la Commission, devrait s'ajouter aux mécanismes de recours actuels la possibilité pour une personne insatisfaite de la décision d'une corporation professionnelle d'avoir recours au protecteur du citoyen. La Commission suggère également que la représentation du public au Bureau des différentes corporations soit accrue. De même, il est nécessaire d'y assurer la représentation des établissements d'enseignement.

Enfin, la Commission considère comme essentiel que le public soit mieux informé de ses droits et des mécanismes de recours existants. Conséquemment, l'Office des professions devrait consacrer des efforts additionnels à l'information de la population sur ces sujets.

Chapitre 4

Pour la relance des systèmes d'information et de l'activité d'évaluation

Introduction

Les gestionnaires et les personnels oeuvrant dans le système des services de santé et des services sociaux doivent relever deux défis techniques majeurs, si l'on veut que le système s'oriente vers des objectifs de résultats. Ces défis concernent, d'une part, la relance des systèmes d'information et, d'autre part, celle de l'activité d'évaluation. Jusqu'ici, les techniques informatiques et les études évaluatives ont été manipulées timidement, par essais et erreurs, sans influencer suffisamment les pratiques et les processus décisionnels.

Les orientations du système ont été en principe décidées au sommet: la Commission propose une nouvelle dynamique décisionnelle, fondée sur le partage du pouvoir entre le Ministère et les régions. Jusqu'ici, l'organisation des services a été pensée comme relevant d'une division des tâches entre établissements qui se concurrencent et se surveillent les uns les autres. La Commission propose de privilégier l'approche par programmes et par objectifs qui fait appel à la concertation en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population. En somme, les repères traditionnels doivent être évacués. D'où viendra le nouvel élan du système? De la mobilisation de tous autour d'objectifs de résultats. Cela demeurera de vains mots si, à l'intérieur du système, n'existent pas ces supports techniques qui vont permettre de savoir quels résultats sont obtenus, quels résultats doivent être visés, comment il faut réaligner les pratiques et allouer les ressources. En somme, tous ceux qui oeuvrent dans le système doivent apprendre à mieux utiliser et contrôler ces instruments d'intervention modernes que sont les techniques informatiques et les études évaluatives.

1. La relance des systèmes d'information

1.1 La situation actuelle

La micro-informatique est venue révolutionner le domaine du traitement électronique de l'information. Le système de services de santé et de services sociaux accuse en ce domaine un retard important qui devra être comblé au cours des prochaines années. Seulement 2 % du budget des hôpitaux est investi en informatique, alors que cette proportion atteint 3 à 5 % pour les hôpitaux américains et 5 à 8 % pour les entreprises privées en général.

De plus, les systèmes d'information des hôpitaux se sont jusqu'à tout récemment développés sans stratégie globale ni plan d'ensemble. Quoique très nombreux, ces systèmes sont incomplets et jugés insatisfaisants même par leurs utilisateurs. Souvent conçus pour des fins administratives, bon nombre de ces systèmes sont centralisés au Ministère. Ils ne répondent pas aux besoins décisionnels cliniques et administratifs locaux. Ils produisent, en général, des informations sur les ressources (les intrants) et sur les processus, mais peu d'information sur les services (les extrants) et encore moins sur les résultats. Enfin, les besoins en information des décideurs ont souvent cédé le pas aux exigences et aux capacités d'application des systèmes informatiques disponibles, eux-mêmes tombant rapidement en désuétude en raison du rythme rapide du progrès technologique.

En réaction contre les carences mentionnées ci-dessus, on voit émerger de plus en plus de systèmes d'information indépendants, conçus pour des besoins particuliers. C'est d'ailleurs une des principales manifestations de l'importance qu'on accorde à la qualité de l'information. Ces systèmes viennent s'ajouter, et dans certains cas faire concurrence, aux systèmes centralisés. Mais ils se développent sans plan d'ensemble, avec des équipements électroniques pas toujours compatibles. Or, dans un réseau qui se veut intégré, il est essentiel que les différents acteurs du système puissent échanger constamment de l'information.

Ce tableau brossé rapidement permet d'apprécier l'ampleur du défi que posera, dans les années à venir, le domaine des systèmes d'information. Trop d'éléments manquent cependant pour porter un jugement définitif sur toutes les expériences en cours, et recommander un plan directeur pour le développement des systèmes d'information. La Commission insiste d'ailleurs sur la nécessité de créer rapidement un groupe de travail qui aurait ce mandat précis. Elle entend cependant proposer ici les grands principes d'un cadre conceptuel qui pourraient guider les travaux de ce groupe.

1.2 Le cadre conceptuel

1.2.1 Les grands principes

Tenir compte de l'évolution des besoins des utilisateurs en information

Le réseau des services de santé et des services sociaux est constamment en mouvement. Les problèmes, les clientèles, les moyens d'intervention, les outils de gestion évoluent rapidement et les besoins en information doivent suivre ce rythme. Il faut bâtir des indicateurs de performance, fournir des informations à la régie régionale et au Ministère sur l'utilisation des services, la productivité des départements et des services et sur les résultats obtenus par les programmes. Les priorités de développement des systèmes d'information devraient s'inspirer de ces besoins.

Veiller à la qualité de l'information

Il est inutile de développer des systèmes d'information si les données qu'ils contiennent et les informations qu'ils génèrent ne sont pas de bonne qualité. Il faudrait rétablir la confiance des professionnels des services de santé et des services sociaux à l'égard des données véhiculées dans les systèmes d'information. De plus, il faut veiller à l'absence d'erreurs dans la manipulation des données lors de la cueillette, du traitement et de la transmission des informations produites par les systèmes. Il est important de réduire au maximum les manipulations intermédiaires.

Maximiser l'utilisation de l'information

En dépit de leurs carences, les systèmes actuels contiennent beaucoup d'informations utiles à court et à moyen terme. Il y aurait lieu d'en faire l'utilisation la plus large possible et d'éviter le foisonnement des fichiers et la redondance des données. Le cadre conceptuel devrait tenir compte des investissements déjà engagés et indiquer les domaines où les besoins en développement sont les plus marqués: par exemple l'élaboration et l'amélioration des outils méthodologiques permettant d'évaluer les résultats obtenus par les différents programmes et services.

Augmenter les communications entre systèmes d'information

La communication d'informations entre les systèmes de divers départements, services, établissements ou régions doit être un objectif important dans l'élaboration du cadre conceptuel. La liaison entre ces systèmes est essentielle pour permettre les analyses croisées et comparatives, l'évaluation et la coordination des activités et des services tant au niveau local

qu'aux riveaux régional et provincial. Ces liens doivent être pensés et conçus par les utilisateurs de l'information, avant même de choisir des logiciels et du matériel informatique.

Développer progressivement les systèmes d'information

Il faut éviter le « piège des grands systèmes ». Vouloir développer un macro-système d'information intégrant toutes les informations utiles est une approche totalement utopique. Les expériences déjà tentées à cet égard laissent entrevoir un échec certain, étant donné la multiplicité des enjeux, des besoins en information, des acteurs, des informations à recueillir et de leurs utilisations potentielles. Il faut nettement privilégier une approche modulaire, c'est-à-dire le développement de petits systèmes autonomes et indépendants, reliés selon un mode d'assemblage hiérarchique pensé à l'avance et développé progressivement. C'est ici que l'élaboration d'un cadre conceptuel prend tout son sens, car celui-ci va assurer la cohérence interne des systèmes.

Améliorer l'information opérationnelle et son utilisation

Les systèmes d'information de gestion devraient en premier lieu servir à produire une information valide et fiable pour la prise de décisions touchant la gestion opérationnelle des programmes et des établissements. Deux raisons font que les informations de nature opérationnelle doivent avoir priorité sur celles de caractère stratégique. Ces décisions sont susceptibles d'affecter le plus immédiatement les bénéficiaires et la consommation des services. De plus, c'est au point de rencontre entre les professionnels et les bénéficiaires que sont recueillies la plupart des informations primaires (c'est-à-dire les informations tirées directement de leur source de génération) qui serviront ensuite, par agrégations successives, à façonner les informations secondaires (c'est-à-dire les informations fabriquées par les systèmes d'information à partir des informations primaires) requises par les autres instances décisionnelles du système.

Il existe aujourd'hui des logiciels interactifs peu coûteux permettant d'améliorer certaines activités de gestion opérationnelle interne, telles que la gestion des inventaires de médicaments et de fournitures, la gestion des lits et des admissions, la gestion interne de l'affectation du personnel.

Ces ressources informatiques sont assez fréquemment utilisées dans les établissements de grande taille. D'autres établissements le font en concertation; c'est sans aucun doute là une initiative à poursuivre. De tels investissements devront être facilités pour tous les établissements de services de santé et de services sociaux.

Développer l'information clinique

L'un des principaux objectifs retenus par la Commission est de faire assurer par les différentes ressources du système la globalité, la continuité et le suivi des services dispensés aux usagers. Pour supporter un tel objectif, un système d'information doit être capable de recueillir toutes les informations pertinentes aux interventions cliniques sociales ou sanitaires au cours d'un épisode de services. Il doit pouvoir également diffuser ces informations sans délai aux différents professionnels qui interviennent au cours de cet épisode.

Mais l'implantation de tels systèmes nécessite toute une logistique. Elle suppose, par exemple, que le dossier du bénéficiaire soit facilement transportable à travers les diverses étapes de son épisode de services; qu'on puisse, à chacune des étapes, y ajouter de façon standardisée les informations pertinentes aux interventions reçues et aux résultats observés, et, enfin, que le dossier soit immédiatement accessible au professionnel appelé à intervenir à un moment ou à un autre.

Certains projets de cette nature sont actuellement en cours au Québec, dont le projet SIDOCI (système d'information de données cliniques intégrées). Dans le cadre de ce projet, cinq hôpitaux ont mis en commun leurs efforts pour réaliser l'informatisation des dossiers cliniques en matière de gestion des soins et du dossier du bénéficiaire. Le projet SIC, développé par des chercheurs de l'Université de Montréal, reconstruit des profils de pratique à partir des interventions cliniques au cours d'un épisode de soins. Ces projets constituent un pas essentiel dans la direction souhaitée et la Commission souhaite qu'ils se poursuivent.

D'autres avenues sont également possibles, comme celles offertes par les réseaux de communication électroniques, qui permettraient, par exemple dans le cas de transferts de patients ou de leur orientation vers un spécialiste, une transmission des informations cliniques sans délai et dans le respect de leur confidentialité. La mise en place d'un tel système supposerait également qu'un dossier médical et social électronique soit établi auprès de chacun des organismes auxquels le bénéficiaire aurait recours durant son épisode de services. Le format d'un tel dossier devrait être identique d'un lieu à l'autre, de façon à faciliter les liens entre les éléments composant cet épisode de services. Ce dossier permettrait ainsi de reconstituer, immédiatement, l'histoire clinique du bénéficiaire et en faciliterait la consultation rapide par les professionnels.

Garantir la confidentialité des données

Tous ces progrès de la technologie informatique, comme la micro-informatique, les réseaux électroniques de communication ou la carte à puces, (c'est-à-dire une carte magnétique avec mémoire sur laquelle se trouve le dossier du bénéficiaire) offrent des possibilités intéressantes qu'il faudra explorer plus à fond. Il faudra se garder cependant de répéter les erreurs du passé et s'assurer que les dossiers informatisés des bénéficiaires suivent un modèle uniforme.

Le principal obstacle à la réalisation de tels projets réside dans les risques de divulgation des données contenues dans le dossier du bénéficiaire. Les garanties offertes par la technologie de l'information quant à l'intégralité et à la confidentialité de ces données ont été jusqu'ici jugées insuffisantes, ce qui a ralenti le processus d'informatisation du dossier du bénéficiaire.

Aujourd'hui, cependant, les mesures de sécurité qui protègent l'information électronique éliminent pratiquement les possibilités de divulgation. Elles assureraient même, selon l'avis d'experts, une meilleure protection de la confidentialité de l'information que les méthodes actuelles de traitement et d'utilisation des données médicales et sociales.

Les informations primaires peuvent en effet demeurer la propriété exclusive de ceux et celles qui les ont générées et leur accès peut être parfaitement contrôlé. Seuls les agrégats statistiques complètement anonymes sont transmis aux niveaux de décision supérieurs. Ces informations agrégées devraient d'ailleurs satisfaire le plus souvent les besoins en information des gestionnaires d'établissements, des régies régionales ou du Ministère.

De l'avis de la Commission cependant, la confidentialité des informations de nature clinique ne pourra être vraiment garantie que si l'ensemble des conditions suivantes sont remplies: le consentement du patient; la sécurité technique des systèmes d'information; l'existence d'un code d'éthique rigoureux pour ceux qui utilisent cette information; un encadrement légal prévoyant de fortes pénalités imposées à tous ceux qui transgresseraient ce code d'éthique et porteraient ainsi atteinte à l'intégrité d'une personne.

Encourager la participation des professionnels

La confiance des professionnels envers la technologie informatique devra être restaurée. Ce sont eux qui produisent les services et qui

génèrent, de ce fait, les données nécessaires aux systèmes d'information clinique. L'information sera d'autant plus fiable et valide que les professionnels auront confiance dans ces systèmes et accepteront de les nourrir avec ponctualité et précision.

Le professionnel doit être convaincu que les règles d'éthique et de confidentialité seront intégralement respectées. Il doit également être persuadé que de tels systèmes pourront l'aider à prendre ses décisions cliniques et permettront d'améliorer la continuité, l'accessibilité, la globalité et la personnalisation des services aux usagers.

De tels systèmes présentent un intérêt supplémentaire pour le professionnel. Ils lui permettraient, par exemple, en interaction directe avec l'ordinateur, d'analyser son profil de pratique aussi souvent qu'il le désire. Par un système de codification d'accès préservant la confidentialité de l'information, des ensembles statistiques (donc complètement anonymes) de profils de pratique de collègues de même discipline, exerçant dans les mêmes conditions, peuvent être constitués et se prêter à des analyses individuelles ou de groupes. De telles informations contribueraient à enrichir les discussions cliniques et amélioreraient les évaluations par les pairs.

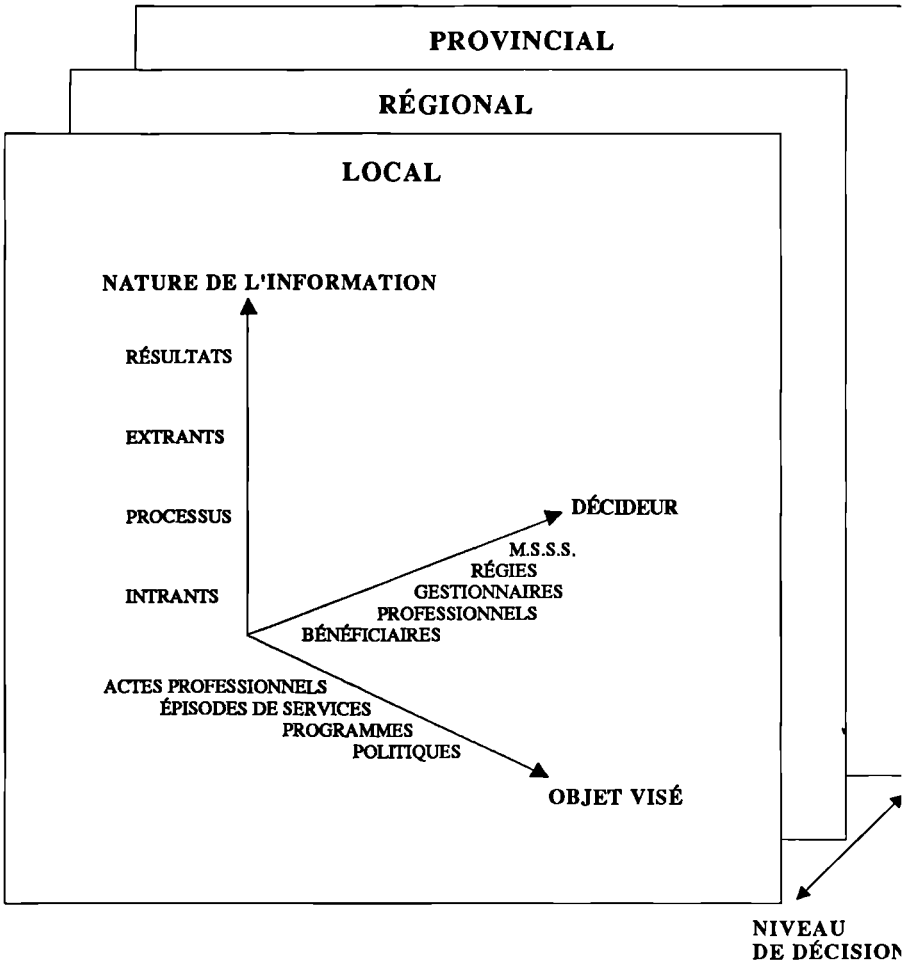
1.2.2 Les dimensions du cadre conceptuel: une illustration

En accord avec les principes énoncés ci-dessus, les dimensions du cadre conceptuel devraient être: les niveaux hiérarchiques de décision (local, régional et provincial), les objets sur lesquels porte l'information (actes professionnels, épisodes de services, programmes, politiques), la nature de l'information recueillie (intrants, processus, extrants et résultats), et les types de décideurs concernés (bénéficiaires, professionnels, gestionnaires et administrateurs des régies régionales, ministère de la Santé et des Services sociaux).

Le schéma qui suit illustre ces dimensions multiples et leurs liens possibles. Une information primaire ou secondaire produite par un système d'information peut se définir selon chacune de ces dimensions. Ce schéma laisse aussi entrevoir que chaque combinaison de ces dimensions peut produire des indicateurs à partir de l'information primaire. Le développement du cadre conceptuel devrait permettre de préciser, en fonction de chacune de ces dimensions, les indicateurs pertinents, leurs destinataires, la méthode de cueillette des données et les buts visés.

Schéma 2

Système d'information
Dimensions d'un cadre conceptuel



En plus de préciser les indicateurs pertinents, ce cadre conceptuel servirait à répertorier ceux qui existent déjà et à en évaluer la fiabilité et la validité. Il permettrait également de déterminer les travaux et recherches à mettre en oeuvre pour élaborer et valider des indicateurs non disponibles, en particulier les indicateurs de résultats.

L'approche méthodologique utilisée pour le développement à venir des systèmes d'information administrative devrait permettre de faire l'économie d'informations primaires redondantes. En effet, il est coûteux et inutile qu'une même information primaire soit recueillie plus d'une fois au même endroit pour fabriquer les informations secondaires requises par les diverses instances décisionnelles du système. Des approches méthodologiques récentes, centrées sur la constitution d'un modèle logique des informations primaires dans les bases de données, offrent maintenant de telles possibilités. Il serait utile d'en faire l'expérience dans le système des services de santé et des services sociaux.

1.3 Le développement et la validation d'indicateurs

Dans le domaine de la santé et du bien-être, l'information a donc des dimensions multiples. Tout aussi nombreux et variés sont les indicateurs qui permettront d'assurer un suivi adéquat des bénéficiaires et, plus généralement, de faciliter la gestion du système et l'évaluation de ses performances. Ces indicateurs doivent être répertoriés ou produits.

Il s'agit là, évidemment, d'une tâche qui déborde largement le cadre des travaux de la Commission. Cette opération devra cependant être réalisée dans les plus brefs délais, à la lumière du cadre conceptuel proposé pour le développement des systèmes d'information. Les travaux en ce sens devront porter, d'une part, sur les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs sociaux ou sanitaires et, d'autre part, sur ceux qui serviront à évaluer la contribution apportées par les différentes interventions services, programmes ou politiques aux résultats obtenus. Ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs. La création de tels indicateurs se heurte cependant à de nombreuses difficultés conceptuelles ou méthodologiques.

Les indicateurs de résultats

Ainsi, les indicateurs de santé portent en général sur la mesure de l'état de santé de la population. Les indicateurs globaux tels que l'espérance de vie, les taux de mortalité de même que les taux de prévalence et d'incidence des problèmes de santé sont généralement bien connus. Mais ils sont davantage des indicateurs de maladie que de santé. Les définitions actuelles de la santé, qui s'apparentent à celle de l'OMS, font plutôt appel à des notions d'autonomie fonctionnelle, d'épanouissement social, de qualité de la vie. Ces définitions plus positives et proches des valeurs des gens, ne facilitent pas cependant la constitution d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte de tels objectifs de santé. D'ailleurs, dès que l'on

s'éloigne d'un concept biomédical de la santé, la notion de résultat devient assez subjective. Cette réflexion est un argument supplémentaire en faveur de systèmes d'information décentralisés et adaptés aux communautés qui les alimentent et les utilisent.

Un autre problème méthodologique tient à la diversité des facteurs qui sont susceptibles d'influencer l'état de santé et de bien-être d'une personne ou d'une population. Il est souvent difficile, dès que l'on s'éloigne d'un problème très bien circonscrit, de savoir quelle est la contribution réelle du système, ou d'un acteur en particulier. Ceci explique d'ailleurs que les politiques de santé et de bien-être requièrent inévitablement des stratégies et des interventions multisectorielles, réunissant d'autres acteurs que ceux qui oeuvrent dans le système des services de santé et des services sociaux.

Ces difficultés sont accrues pour les indicateurs sociaux. Contrairement au domaine de la santé, le domaine des services sociaux ne dispose pas d'un ensemble de diagnostics de problèmes sociaux sur lesquels il y aurait consensus, à l'exception toutefois des problèmes plus graves.

De plus, la nature même des résultats escomptés des interventions sociales est équivoque: quels effets doit-on attendre, par exemple, des interventions de counselling matrimonial? Faut-il exiger la réconciliation totale et l'évitement du divorce ou peut-on se contenter d'une séparation ou d'un divorce dans des conditions qui minimisent les répercussions sur les parents et les enfants? Il faut mentionner également une certaine réticence des praticiens sociaux à l'établissement d'indicateurs. Ils redoutent une gestion structurée de leurs activités, leurs interventions recherchant davantage la personnalisation du service rendu.

Le problème de la définition et de la validation d'indicateurs de santé et de bien-être déborde largement les frontières du Québec. Cette préoccupation est aujourd'hui internationale. Plusieurs efforts sont présentement déployés à cet égard. Soulignons, en particulier, ceux du Bureau régional de l'Europe de l'OMS exposés dans le document *Les buts de la santé pour tous* produit en 1987. Cet organisme a répertorié en fonction de ses objectifs cibles de « santé pour tous en l'an 2000 », un certain nombre d'indicateurs pour chacun des objectifs retenus. Ces indicateurs sont soumis à une validation et à une amélioration périodiques. De l'avis de la Commission, cet exemple est à suivre pour les priorités des services de santé et de services sociaux établies pour le Québec. Les efforts de recherche d'indicateurs sociaux et de santé devraient être spécifiquement dirigés vers les objectifs cibles reconnus prioritaires lors des planifications triennales du système.

Dans cette perspective, l'enquête Santé Québec devrait devenir un instrument permanent, susceptible d'aider au développement et à la validation d'indicateurs de la condition sanitaire et sociale de la population et, ainsi, devenir un moyen pour mesurer l'efficacité des programmes. Une telle enquête, répétée tous les cinq ans sur des échantillons de population, permettrait de fournir des informations utiles pour la planification et l'évaluation régionale et provinciale des programmes et des politiques.

Il importe de rappeler le rôle premier des indicateurs de santé et de bien-être pour mesurer l'efficacité des services de santé et des services sociaux. Les difficultés méthodologiques que représente leur définition devraient constituer une des premières priorités de recherche pour les prochaines années. Ceci est particulièrement nécessaire pour les services sociaux. Dans ce domaine, l'élaboration d'indicateurs nécessitera un minimum de consensus sur les résultats à atteindre. Au delà des indicateurs de base, la Commission reste toutefois en faveur d'une certaine variété et d'une adaptabilité des indicateurs de résultats: il n'y a pas qu'une façon de mesurer l'atteinte d'un objectif, il n'y a pas qu'une intervention qui en garantisse l'atteinte. L'une et l'autre devront être adaptées aux valeurs, au préférences, aux particularités des populations et des milieux concernés.

Les indicateurs d'efficience

Quant aux indicateurs d'efficience, ils impliquent que l'on puisse combiner l'information sur les résultats à celle qui porte sur les ressources engagées pour les produire. Il est nécessaire, pour ce faire, de relier l'information clinique, médicale ou sociale engendrée par la production des services aux bénéficiaires, et l'information comptable portant sur les coûts de production de ces services. La Commission considère qu'il s'agit là d'un des principaux enjeux de la réforme des systèmes administratifs d'information, si l'on veut produire des indicateurs de coût/efficacité par bénéficiaire, catégorie de bénéficiaires ou par programme.

Une telle information est essentielle à une saine gestion opérationnelle et stratégique du système. Elle est actuellement inexistante, et les systèmes d'information n'ont pas été conçus dans cette perspective. L'enjeu est de taille car les systèmes d'information clinique, communément appelés systèmes clientèles, ne produisent que des indicateurs de services rendus par catégories de bénéficiaires; ils ne peuvent tenir compte des effets de ces services sur les bénéficiaires. De plus, les systèmes comptables sont des systèmes de comptabilité de prix de revient par centre d'activité plutôt que par bénéficiaire ou par catégorie de bénéficiaires.

De multiples efforts ont été tentés ou sont encore déployés pour reconstituer cette information à partir des banques de données existantes. Ainsi, le projet « SIRACDOF » mis en place par le regroupement des hôpitaux universitaires de Montréal, et, plus récemment le projet « SIFO » au sein du Ministère, sont des tentatives en ce sens. De tels projets, s'ils étaient généralisés, répondraient aux besoins décisionnels des professionnels, des gestionnaires de programmes et d'établissements; ils permettraient de produire, de façon régulière, des informations cliniques et comptables sur les bénéficiaires, par catégorie et par programme, au sein de chaque établissement et au niveau régional.

Par ailleurs, le système « MIS » actuellement à l'étude et à l'essai dans les provinces canadiennes autres que le Québec propose une approche différente, centrée sur une refonte des méthodes de comptabilité hospitalière et sur le regroupement de l'information clinique et comptable par familles de diagnostics. Il s'agit là, du point de vue de la Commission, d'un projet prometteur, qui devrait être examiné de près et qui devrait faire l'objet d'une démonstration et d'une évaluation au Québec. Il faudrait de plus étudier les possibilités de mise sur pied d'un projet équivalent pour les programmes de services sociaux, particulièrement démunis à ce chapitre.

Les deux sections précédentes mettent en évidence l'ampleur du défi qui se pose en matière de développement de systèmes d'information et d'indicateurs pour assurer une meilleure évaluation des performances du système des services de santé et des services sociaux. Ceci constitue, de l'avis de la Commission, l'enjeu-clé de la réforme du fonctionnement et du financement du système qu'elle propose. La Commission est consciente de n'avoir réussi, dans son rapport, qu'à effleurer la question. Elle espère cependant avoir suffisamment montré l'importance des systèmes d'information et du développement d'outils méthodologiques permettant d'évaluer la performance du système.

1.4 La création d'un groupe de travail

La Commission propose donc qu'un groupe de travail soit immédiatement constitué, avec le mandat suivant:

- valider et améliorer le cadre conceptuel proposé par la Commission;
- mettre à jour et compléter l'inventaire des systèmes d'information existants;
- évaluer les expériences en cours, notamment celles qui tentent de combiner l'information clinique et l'information comptable;

- élaborer un plan directeur pour le développement futur des systèmes d'information;
- évaluer les possibilités d'appliquer au système de services de santé et de services sociaux, les innovations les plus récentes dans le domaine de l'informatique, telles que le dossier électronique ou la carte à puces, en accordant une attention toute particulière à la confidentialité des données.

Un tel groupe de travail devrait être composé majoritairement d'utilisateurs des systèmes d'information: professionnels des services de santé et des services sociaux, gestionnaires d'établissements, représentants des régies régionales et du Ministère. Des spécialistes en nombre limité pourraient être invités à se joindre à ce groupe.

Le choix des membres de ce groupe de travail devrait reposer sur les critères suivants:

- connaître le réseau des services de santé et des services sociaux, les particularités inhérentes à la nature de l'information dans ce secteur, et les problèmes qui sont associés à la cueillette, au traitement et à la diffusion de cette information;
- être en mesure de contribuer de façon significative à la définition des besoins informationnels actuels et potentiels, à l'élaboration du cadre conceptuel et à l'identification des indicateurs d'efficacité et d'efficience;
- être suffisamment familiarisé avec les méthodologies de conception de systèmes d'information et avec la technologie informatique pour être en mesure de porter à leur égard un jugement critique appuyé.

2. La relance de l'activité d'évaluation

L'évaluation dans le domaine des services de santé et des services sociaux est fort complexe. Elle concerne autant la qualité des actes professionnels que la pertinence des politiques ministérielles, en passant par les différentes dimensions de la performance des programmes et des établissements de services de santé et de services sociaux. Elle englobe aussi bien le jugement personnel des usagers, les profils constitués à partir des données statistiques de la RAMQ, les comparaisons de données cliniques et comptables de consommation de services entre les établissements, que les recherches évaluatives à caractère plus scientifique visant la mesure objective des résultats.

La finalité principale de cette activité est cependant d'améliorer la prise de décision, en fournissant aux décideurs, de façon organisée et systématique, des informations leur permettant de porter un jugement sur les performances du système. L'évaluation est donc intimement liée aux systèmes d'information dont il a été question précédemment. Les lacunes relevées quant aux systèmes d'information dans le réseau des services de santé et des services sociaux, expliquent en grande partie le peu d'emprise de l'activité d'évaluation à tous les niveaux du système.

Pour la Commission, l'évaluation est une activité aussi importante et centrale que la planification et l'approche par objectifs proposée dans ce rapport. Une organisation qui aspire à une philosophie de fonctionnement centrée sur les résultats doit, de toute évidence, se doter des moyens pour en mesurer l'atteinte.

Nous analyserons les interventions très variées que cette activité recouvre, selon deux catégories: l'évaluation des actes professionnels et l'évaluation des programmes et des politiques.

2.1 L'évaluation des actes professionnels

La Commission considère ainsi que l'évaluation des actes professionnels devrait reposer sur les trois stratégies suivantes.

- Premièrement, une stratégie d'auto-évaluation: grâce au dossier électronique, le professionnel pourrait analyser son propre profil de pratique.

- Deuxièmement, une stratégie interne d'évaluation, par la mise en place de comités internes d'évaluation des actes professionnels dans les établissements de services de santé et de services sociaux où cette pratique n'est pas appliquée, et par le recours aux méthodes modernes d'évaluation. Le conseil consultatif du personnel clinique, à l'instar du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, pourrait assumer ce rôle.

- Troisièmement, le recours à une évaluation externe effectuée par des organismes d'agrément devrait être maintenu, voire développé davantage, à l'intention de l'ensemble des professions et des établissements du réseau. Ce type d'évaluation apporte un point de vue extérieur sur la qualité des actes posés dans un établissement. Les propositions de la Commission relatives à cette stratégie ont été présentées dans le chapitre 3 de la Partie, IV du présent rapport.

En conclusion, la Commission juge essentiel de rappeler que l'évaluation de la qualité des services sociaux et de santé ne doit pas porter seulement sur la qualité des ressources professionnelles.

2.2 L'évaluation des programmes et des politiques

Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, l'évaluation de programmes s'est avérée une activité très diversifiée tant par la nature des programmes à évaluer, que par la variété des méthodologies employées et les diverses disciplines visées. L'écart entre les besoins et les réalisations reste cependant trop important pour que l'on puisse porter un jugement sur l'ensemble des activités du système. Cet écart risque d'ailleurs de s'accroître au cours des prochaines années si l'on n'y investit pas les efforts nécessaires. Si l'approche par programme préconisée par la Commission devait être retenue, l'activité d'évaluation devra se développer de façon considérable au cours des prochaines années.

Il faudrait éviter là aussi que ce secteur d'activités se développe de façon anarchique. Or, les risques sont grands si l'on considère que les bases conceptuelles et méthodologiques de l'évaluation, en plus d'être très diversifiées, ne font pas consensus et que les spécialistes en ce domaine sont actuellement très rares. De plus, au-delà de ses dimensions techniques, l'évaluation est une activité hautement politique, puisque l'objet même de l'évaluation peut être l'enjeu de conflits de pouvoirs entre différents groupes d'intérêts touchés par cette évaluation. Prenons par exemple l'évaluation de programmes de lutte contre la cigarette. Il est certain que les producteurs de tabac n'ont pas exactement la même vision que les professionnels de la santé communautaire. quant aux coûts et aux avantages de tels programmes. L'activité d'évaluation présuppose qu'une certaine valeur a été accordée aux objectifs poursuivis par le programme: c'est là que réside le caractère essentiellement politique de toute évaluation d'activité gouvernementale.

Tout en reconnaissant l'inévitable diversité des objectifs poursuivis et de la valeur accordée à ces objectifs, l'évaluation des programmes et des politiques sociales et sanitaires doit être mieux organisée. Elle devrait s'appuyer sur un cadre conceptuel uniformément accepté, s'ajuster aux structures organisationnelles du système et se jumeler aux stratégies de planification des politiques et des programmes. En d'autres termes, les règles du jeu dans lequel cette activité doit intervenir doivent être claires et connues.

L'approche par programme proposée par la Commission suppose que l'évaluation est vue à tous les niveaux de responsabilité comme une

activité essentielle à la gestion des programmes et comme une condition de leur reconduction. À l'intérieur des établissements, et au-delà des activités d'évaluation des actes professionnels déjà mentionnés, l'évaluation de programmes devrait faire l'objet d'une stratégie globale et s'inspirer des approches d'appréciation de la qualité (*quality assurance*).

L'évaluation interne à l'établissement doit en effet être une évaluation du type *monitoring*, soit de surveillance de l'implantation d'un programme et de contrôle de sa réalisation. Elle devrait permettre aux gestionnaires d'établissements et de programmes d'assumer pleinement leur responsabilité à l'égard de la population desservie, de leur établissement et de la régie régionale. Cette évaluation aiderait également à comprendre les causes de succès ou d'insuccès des programmes mis sur pied. Elle faciliterait, de ce fait, les correctifs à apporter.

Au niveau régional, l'activité d'évaluation a deux dimensions principales. En premier lieu, celle de cerner, au moyen d'études sociologiques et épidémiologiques, les problèmes sociaux et sanitaires prioritaires de la population. En deuxième lieu, celle de mesurer les résultats des programmes créés par l'établissement ou en collaboration avec d'autres organismes. La régie régionale devrait ainsi pouvoir évaluer la performance des différents établissements et organismes, leur aptitude à atteindre les objectifs du programme dont ils sont responsables. Elle devrait également, avec la collaboration des DSC, évaluer la performance des programmes mis en oeuvre sur son territoire à l'intention des populations particulières et requérant la collaboration d'un réseau d'organismes. Ces activités d'évaluation permettraient à la régie non seulement de comparer les performances des différents organismes qui dispensent des services sur son territoire, mais également d'analyser les coûts et l'efficacité de l'ensemble des programmes mis sur pied. Ces évaluations serviraient à nourrir les décisions de planification régionale des programmes. Elles alimenteraient ainsi le conseil d'administration, le comité des priorités, et les permanents de la régie régionale.

La régie régionale devrait continuer à assumer le mandat actuel des CRSSS concernant la gestion des plaintes. Elle devrait également mener des enquêtes périodiques sur la satisfaction des communautés à l'égard des services offerts.

Enfin, au niveau central, l'évaluation devrait davantage porter sur les comparaisons des performances régionales, sur l'évaluation des politiques

et des programmes de portée provinciale. De telles évaluations seraient assumées par le Ministère avec, le cas échéant, la collaboration des DSC ou des régies régionales.

3. Des communications améliorées

Les mesures préconisées jusqu'ici constitueront autant de moyens d'accroître la qualité des communications entre les acteurs des différents niveaux de la hiérarchie organisationnelle du système.

À l'intérieur des établissements, une approche par programmes, des comités de programmes, une utilisation plus transparente de l'évaluation du personnel et des actes professionnels et une gestion plus ouverte devraient contribuer à instaurer des communications plus favorables à l'atteinte d'objectifs.

L'utilisation d'une approche par programmes, la création progressive de réseaux coordonnés de ressources autour de certains programmes régionaux, les tables de concertation sous-régionales et la participation des établissements à la définition des priorités et des objectifs régionaux sont autant de moyens qui devraient permettre de poursuivre et d'améliorer considérablement les efforts de concertation déjà amorcés. Cette concertation devrait se développer dans un contexte où les rôles et les responsabilités respectifs seraient définis sans ambiguïté, et où les régies régionales posséderaient un pouvoir d'arbitrer des conflits plus fort que le pouvoir actuel des CRSSS.

Au niveau régional, la représentation décisionnelle majoritaire de la communauté au sein du conseil d'administration des régies constituerait un facteur important d'amélioration des communications entre le public et les producteurs de services. Les communications entre les régies et les établissements devraient être améliorées du fait que les rôles et les pouvoirs respectifs seraient plus clairs. Enfin, le comité régional des priorités serait un lieu privilégié de concertation entre les producteurs et la communauté sur les enjeux socio-sanitaires régionaux.

Au niveau central, les communications avec le réseau seront considérablement simplifiées du fait que le Ministère n'aura plus qu'à négocier directement avec 16 régies régionales et quelques établissements ou organismes de rayonnement provincial plutôt qu'avec 900 établissements. Elles seront également simplifiées par une plus grande clarté des rôles respectifs à ce niveau. Le Ministère pourra ainsi consacrer plus de temps à améliorer ses communications avec ses autres interlocuteurs gouvernementaux, dans

la perspective d'actions multisectorielles. La création d'un Conseil de la santé et du bien-être pourrait également favoriser la transparence des enjeux de nature multisectorielle, qui touchent les services de santé et les services sociaux.

Enfin, d'une façon générale, la diffusion élargie de l'information à tous les niveaux et la création de réseaux de communication entre les personnes, les professionnels, les organismes qui dispensent des services et les instances régionales et centrales, devraient amener progressivement une plus grande visibilité des choix et de leurs conséquences pour la population.

Conclusion

La Commission juge que des efforts importants devront être faits pour créer des systèmes d'information permettant l'évaluation des résultats. Elle présente en ce sens un cadre conceptuel qui pourrait guider le développement des systèmes d'information dans le domaine des services de santé et des services sociaux.

Par ailleurs, compte tenu du grand nombre et de la diversité des systèmes utilisés, des nombreuses approches retenues, de la rapidité des progrès dans ce domaine et des sommes importantes qui sont en cause, la Commission propose qu'un groupe de travail soit mandaté pour :

- **valider et améliorer le cadre conceptuel proposé par la Commission ;**
- **mettre à jour et compléter l'inventaire des systèmes d'information existants ;**
- **évaluer les expériences en cours, notamment celles qui tentent de combiner l'information clinique et l'information comptable ;**
- **élaborer un plan directeur pour le développement des systèmes d'information ;**

- **évaluer les possibilités d'application au système de services de santé et de services sociaux, des innovations les plus récentes dans le domaine de l'informatique, telles que le dossier électronique ou la carte à puces, en accordant une attention toute particulière à la confidentialité des données.**

Chapitre 5

La recherche et le progrès technologique

Introduction

Ce chapitre fait le point sur le niveau d'avancement de la recherche en santé, de la recherche sociale appliquée et des technologies dans le domaine de la santé. De là, les orientations à prendre pour faciliter et guider leur développement sont mises en relief.

L'augmentation du nombre de chercheurs, a été remarquable depuis 20 ans au Québec, comme en témoigne l'augmentation du nombre de diplômés formés dans les universités québécoises. Même si à ce chapitre le Québec n'a pas encore rattrapé l'Ontario, il n'en demeure pas moins que, de 1975 à 1985, le nombre de diplômés de premier cycle dans les universités du Québec a augmenté de 29 %, celui des diplômés de deuxième cycle, de 60 % et celui des diplômés de troisième cycle, de 41 %. Cette amélioration de la scolarisation a eu des répercussions sur le nombre de chercheurs et sur la qualité de leurs travaux. Dans le domaine de la recherche en santé le rendement des chercheurs québécois est en progression, comme en font foi la capacité des chercheurs à obtenir du financement des organismes subventionnaires, leur capacité à se pencher sur des problèmes de recherche pertinents, le nombre de leurs publications et de leurs communications scientifiques et la fréquence d'utilisation des résultats de leurs travaux de recherche.

Les efforts du Québec pour l'avancement de la recherche n'ont pas été vains. Ils se sont traduits par des résultats tangibles dans le domaine de la recherche en santé, principalement en recherche bio-médicale, mais aussi en recherche clinique, épidémiologique et évaluative. Aujourd'hui, la recherche en santé évolue rapidement sans pour autant avoir atteint sa maturité. Les efforts doivent donc être maintenus afin de poursuivre et de consolider cette évolution.

En ce qui concerne la recherche sociale appliquée, le chemin qui reste à parcourir est beaucoup plus long. Les ressources financières y sont plus rares, les équipes de recherche moins nombreuses et le soutien à la formation et à la carrière de chercheurs nettement moins bien organisé que dans le domaine de la recherche en santé. Il faut donc y consacrer des efforts importants si l'on veut promouvoir une recherche sociale appliquée pertinente et de qualité.

Du côté des progrès technologiques, les deux dernières décennies ont changé considérablement la pratique médicale et la dispensation des soins. Ces progrès ont profité à la population, soit en facilitant la prévention des maladies, en évitant certaines interventions chirurgicales, en diminuant la durée de l'hospitalisation, en donnant une qualité de vie plus acceptable aux personnes handicapées ou encore en facilitant la réinsertion sociale de nombreux malades. Malgré ces progrès indéniables, l'explosion technologique des dernières décennies rend difficile la diffusion des technologies, l'évaluation de leur efficacité et leur utilisation à bon escient.

1. La recherche en santé

Au Québec la recherche en santé s'est principalement développée dans les universités et dans les centres hospitaliers. Les chercheurs sont souvent regroupés dans des centres et instituts et dans des équipes de recherche. Aujourd'hui, la recherche dans le domaine de la santé se fait grâce à un ensemble d'approches complémentaires:

- la recherche biomédicale étudie les mécanismes biologiques expliquant les pathologies;
- la recherche clinique étudie l'efficacité des moyens utilisés pour enrayer les maladies;
- la recherche épidémiologique décrit la distribution des maladies et s'intéresse à leurs causes;
- la recherche évaluative porte sur l'efficacité et l'efficience des interventions;
- la recherche organisationnelle analyse les structures et le fonctionnement des organisations;
- la recherche opérationnelle analyse les moyens d'optimisation des résultats.

Au milieu des années 60, le Québec s'est doté d'un organisme subventionnaire pour la recherche biomédicale, soit le Conseil de la

recherche médicale du Québec (CRMQ). Au fil des années, l'investissement en ce domaine a donné des résultats tangibles, qu'il faut maintenir et consolider.

Suivant l'évolution de notre compréhension de la santé, le CRMQ est devenu, en 1974, responsable du développement de la recherche, non plus seulement dans le secteur biomédical, mais pour l'ensemble du domaine de la santé. Il a alors changé de nom et est devenu le Conseil de la recherche en santé du Québec (CRSQ). Par cet élargissement de ses responsabilités, on voulait adapter le développement de la recherche à la complexité des phénomènes que recouvre la santé et aux divers facteurs qui l'influencent. On reconnaissait aussi l'importance de stimuler l'avancement d'une recherche qui relève de plusieurs sciences et disciplines et qui se réalise à travers différentes méthodologies.

Nous sommes pourtant encore loin d'un tel avancement au Québec. Même s'il existe aujourd'hui des équipes de recherche clinique, de recherche épidémiologique ou de recherche évaluative et qu'il existe des équipes de recherche oeuvrant dans le domaine de la santé mentale et dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, la majeure partie du financement est toujours consacrée à la recherche biomédicale. De plus, le Fonds de la recherche en santé du Québec, qui a remplacé le CRSQ en 1981, valorise encore très peu la recherche menée sur les aspects sociaux de la santé. D'ailleurs, les chercheurs des sciences sociales qui s'intéressent à la santé ont aussi des difficultés à obtenir des subventions du Conseil québécois de la recherche sociale. Ce dernier considère qu'il n'est pas de son ressort de subventionner des projets de recherche qui touchent le domaine de la santé.

1.1 Les organismes subventionnaires et le financement de la recherche en santé

Les chercheurs québécois qui oeuvrent dans le domaine de la santé ont accès au financement de divers organismes subventionnaires d'envergure nationale et provinciale. Au palier fédéral, il s'agit du Conseil de la recherche médicale (CRM), du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et, dans une moindre mesure, du Conseil de recherche en sciences naturelles et génie (CRSNG). Du côté du gouvernement du Québec, il s'agit principalement du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Il est aussi possible, en ce domaine, d'être financé par le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR), l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail de Québec (IRSST) et le Conseil québécois de la recherche sociale

(CQRS). Il existe également divers organismes subventionnaires non gouvernementaux, d'envergure nationale et provinciale, qui octroient des subventions de recherche. Enfin, les chercheurs peuvent aussi bénéficier des ressources financières provenant des fonds de dotation et d'organismes privés, notamment des compagnies pharmaceutiques.

Le financement de la recherche en santé au Québec, toutes sources confondues, a atteint 125 millions de dollars en 1985. Cette estimation exclut la contribution des fonds de dotation. De ce montant, 17 millions de dollars proviennent du secteur privé et sont alloués principalement à la recherche clinique en milieu hospitalier. Quelque 3,5 millions de dollars en financement contractuel sont accordés à la recherche épidémiologique, opérationnelle, évaluative et organisationnelle. Le financement public par subventions atteint donc environ 100 millions de dollars en 1985 et se répartit comme suit: 80 millions sont consacrés à la recherche biomédicale, un peu plus de 10 millions, à la recherche clinique et environ 10 millions, à la recherche épidémiologique, évaluative, organisationnelle et opérationnelle.

Le gouvernement fédéral a grandement contribué à l'ensemble du financement de la recherche en santé au Québec. En 1983-1984, il a fourni 48 millions de dollars, soit 54,9 % de l'ensemble des sommes publiques et privées alors affectées à la recherche en santé au Québec. Au cours de la même année, les chercheurs québécois du domaine de la santé ont obtenu des organismes subventionnaires fédéraux 7,44 dollars per capita, comparativement à 6,80 dollars pour les chercheurs de l'Ontario. Ces données indiquent que les chercheurs québécois ont rejoint leurs collègues ontariens et parviennent maintenant à les concurrencer.

Cependant, les organismes subventionnaires non gouvernementaux qui oeuvrent à la grandeur du Canada, comme l'Institut national du cancer, la Fondation canadienne des maladies du coeur ou la Fondation canadienne de la dystrophie musculaire, investissent 2,8 fois plus en Ontario qu'au Québec, soit 3,18 dollars per capita en Ontario contre 1,74 dollar au Québec. Cette situation n'est pas reliée à la compétence des chercheurs québécois puisque l'inverse prévaut pour les organismes subventionnaires du gouvernement fédéral, dont les subventions et les bourses sont accordées par voie de concours, après l'évaluation des demandes par des comités de pairs composés de chercheurs choisis à l'échelle nationale.

1.2 La situation des chercheurs québécois auprès des organismes subventionnaires fédéraux

1.2.1 Le Conseil de la recherche médicale

Le Conseil de la recherche médicale du Canada (CRM) disposait, en 1986-1987, d'un budget d'environ 160 millions de dollars. Par ses programmes de bourses de formation, de bourses à des chercheurs de carrière et de subventions pour la réalisation de projets de recherche, cet organisme vise surtout la recherche en sciences médicales et en sciences reliées directement à la médecine. Par l'ensemble de ses programmes, le CRM subventionne principalement la recherche biomédicale au Canada. On évalue cette proportion à 95 % contre 5 % pour les autres types de recherche, comme la recherche clinique ou épidémiologique. Jusqu'à maintenant, cet organisme ne s'est pas donné pour mission d'orienter ou de privilégier des activités de recherche en fonction de thèmes ou de problèmes prioritaires à l'échelle nationale.

Au cours des cinq dernières années, le CRM a accordé au Québec des subventions de 16,3 % supérieures à celles obtenues par l'Ontario. Par contre, la formation des jeunes chercheurs a fait des progrès beaucoup moins importants et le Québec affiche toujours des faiblesses comparativement à l'Ontario. Ces faiblesses se manifestent pour les bourses de deuxième et troisième cycles, mais surtout pour les bourses post-doctorales. De 1981 à 1984, sur un total de 590 bourses de formation post-doctorale accordées par le CRM au Québec et en Ontario, 62 % étaient obtenues par les chercheurs ontariens. Cette situation est inquiétante puisque l'avenir de la recherche repose en très grande partie sur la possibilité de constituer un bassin suffisant de chercheurs bien formés.

1.2.2 Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé

Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) est un organisme du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada. Par ses programmes de bourses de formation, de bourses de chercheurs et de subvention de projets de recherche, le PNRDS subventionne principalement la recherche épidémiologique, qui a reçu 44 % des subventions de cet organisme en 1983-1984, la recherche clinique (28 %) et la recherche évaluative (22 %). En 1985-1986, le PNRDS accordait 5,3 millions de dollars au Québec.

Au cours des dernières années, les chercheurs québécois oeuvrant en recherche évaluative, clinique et épidémiologique se sont rattrapés. En

regard des programmes de subvention des projets de recherche, les sommes accordées au Québec sont passées, de 1984 à 1986, de 0,47 dollar à 0,68 dollar per capita. Pour l'ensemble des subventions reçues du PNRDS, le Québec a reçu en 1985-1986 une somme per capita égale à celle de l'Ontario, mais légèrement supérieure à la moyenne canadienne. Les programmes du PNRDS pour lesquels le Québec se classe moins bien sont les programmes de bourses de formation. En 1985-1986, les bourses de formation obtenues au Québec du PNRDS étaient de 0,13 dollar per capita, soit moins qu'en Ontario, mais équivalant à la moyenne canadienne. Ici comme en recherche biomédicale, l'avenir risque d'être hypothéqué si l'on ne parvient pas à améliorer la situation des chercheurs québécois au chapitre des subventions.

1.2.3 Le Conseil de la recherche en sciences naturelles et génie

Au Québec, le développement de la recherche en génie biomédical est très récent et la position des chercheurs québécois au Conseil de la recherche en sciences naturelles et génie (CRSNG) est encore faible. En 1983-1984, le CRSNG octroyait 1,6 million de dollars au Québec, soit 0,24 dollar per capita comparativement à 0,27 dollar pour l'ensemble du Canada et à 0,31 dollar pour l'Ontario.

1.3 Un appui au développement de la recherche en santé: les organismes subventionnaires au Québec

Dès sa création en 1964, l'objectif essentiel du Conseil de la recherche médicale du Québec (CRMQ) était de développer les activités de la recherche biomédicale au Québec dans une perspective de complémentarité avec les organismes subventionnaires fédéraux. Au départ, deux programmes furent instaurés pour atteindre cet objectif: un programme de formation post-doctorale en recherche biomédicale et un programme de subvention pour lancer la carrière des jeunes chercheurs.

À compter de 1974, le CRSQ, qui a remplacé le CRMQ, a suivi la voie du programme de subvention des jeunes chercheurs, en renforçant le principe du retour sur l'investissement. En effet, dans l'esprit des promoteurs, le fait de garantir le salaire d'un nombre minimal de chercheurs par des programmes de bourses faciliterait le développement d'une recherche de qualité au Québec et permettrait ainsi d'augmenter les subsides obtenus des organismes subventionnaires fédéraux.

En 1976, le CRSQ commence à subventionner des thèmes de recherche prioritaires, particulièrement la périnatalogie et les handicaps congéni-

taux. S'ajouteront par la suite la santé au travail, la gérontologie, les maladies chroniques et les déficiences acquises. De plus, en recherche épidémiologique, les subventions sont désormais accordées à des équipes.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), qui a remplacé le CRSQ en 1981, a hérité du mandat de promouvoir le développement de la recherche en santé à partir de trois grands objectifs. Il doit d'abord être complémentaire aux autres organismes subventionnaires québécois et fédéraux. Il lui faut ensuite investir dans l'infrastructure de recherche: structures d'accueil de la recherche, formation de chercheurs et salaire aux chercheurs boursiers. Il doit enfin aider à résoudre par la recherche certains problèmes prioritaires de santé des québécois.

En 1985, le FRSQ disposait d'un budget d'environ 27 millions de dollars. Le budget du FRSQ (et du CRSQ qui le précédait) a plus que doublé en neuf ans. Il était de 11 millions de dollars en 1977. De 1977 à 1979, ce budget n'a augmenté que d'environ un million par année et, en 1980, il fut haussé de près de cinq millions. En moyenne, de 1980 à 1986, le budget attribué à cet organisme a été de 22 millions de dollars par année.

1.3.1 La complémentarité des organismes subventionnaires et le retour sur l'investissement

Le FRSQ a continuellement investi dans l'infrastructure de recherche. Aujourd'hui, il subventionne 21 centres et instituts en recherche clinique et biomédicale, trois en santé mentale et cinq équipes en recherche épidémiologique et évaluative. Ces équipes reçoivent du FRSQ une subvention d'infrastructure qui vise à les maintenir jusqu'à leur maturité et à leur permettre d'engager de nouveaux chercheurs. Les sommes nécessaires à la réalisation des projets de recherche doivent provenir d'autres organismes et être obtenues par concours public.

L'investissement du FRSQ dans l'infrastructure de recherche des centres, instituts et équipes de recherche a porté fruit. Pour chaque dollar investi par le FRSQ dans les centres et instituts, les chercheurs ont obtenu 5,74 dollars d'organismes comportant des comités de pairs. Près de 90 % des subventions obtenues au Québec du Conseil de la recherche médicale du Canada se retrouvent dans les centres et instituts de recherche soutenus par le FRSQ.

Au fil des années, les équipes de recherche épidémiologique et évaluative ont connu un rendement croissant. En 1985-1986, pour chaque

dollar investi par le FRSQ, ces équipes ont montré une fiche de retour de 7,05 dollars. Les subsides obtenus du PNRDS représentent 36,5 % des subsides obtenus en compétition et constituent la principale source de financement de ces équipes.

Le retour sur l'investissement et la complémentarité entre le FRSQ et les organismes subventionnaires fédéraux s'inscrivent dans la voie des acquis du développement de la recherche en santé au Québec. Par contre, la concertation entre le FRSQ et les autres organismes subventionnaires du Québec n'est pas encore une réalité.

Ainsi, le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) contribue à la formation de chercheurs dans le domaine de la santé. Le FCAR accorde aussi des subventions aux centres de recherche en santé. Ces centres de recherche se retrouvent à l'intérieur du réseau des centres et instituts du FRSQ. De façon globale, on peut évaluer à environ 2 millions de dollars les sommes investies par le FCAR dans la recherche en santé. Du côté de la recherche en santé et sécurité du travail, des douze équipes actuellement subventionnées par l'IRSST, neuf oeuvrent en santé et reçoivent 86,2 % des 2,8 millions de dollars octroyés en 1985 à ces équipes. Toutefois, il faut mentionner que l'IRSST et le FCAR envisagent la possibilité de se retirer du domaine de la santé.

1.3.2 La recherche sur des problèmes prioritaires

Le dernier objectif poursuivi par le FRSQ, soit le développement de la recherche en fonction de thèmes prioritaires, est de loin celui qu'il a le moins favorisé jusqu'ici. Actuellement, on estime que seulement 4 % du budget du FRSQ est affecté au financement de projets de recherche portant sur des thèmes prioritaires.

En fait, ce sont surtout les organismes subventionnaires non gouvernementaux qui ont favorisé le développement de la recherche par thèmes. Ces organismes subventionnent des projets de recherche portant sur de grands problèmes de santé (cancer, diabète, Parkinson, etc.) ou portant sur des problèmes de santé liés à des organes (coeur, foie, rein, etc.). Leurs subventions s'adressent surtout aux chercheurs oeuvrant en recherche biomédicale et en recherche clinique.

Mis à part les organismes nationaux et leurs filiales provinciales, le Québec n'a que quelques organismes subventionnaires dans ce domaine, dont l'Association pulmonaire du Québec, l'Association de la paralysie cérébrale du Québec, l'Institut de l'amiante et la Fondation québécoise des

maladies du coeur. Ainsi, le Québec est particulièrement dépourvu en ressources financières permettant le développement d'une recherche orientée vers des problèmes prioritaires de santé.

1.4 Le niveau de développement des diverses approches de recherche en santé au Québec

1.4.1 La recherche biomédicale

Dans tous ses aspects, la recherche biomédicale est de loin la plus développée des approches de recherche en santé au Québec. Elle se situe globalement dans la moyenne de l'ensemble des approches adoptées au Canada et reçoit la part la plus importante du financement de la recherche en santé. La recherche biomédicale a permis d'approfondir la connaissance des mécanismes biologiques. Elle a permis de réduire ou d'atténuer les déficiences liées à plusieurs maladies sévères, comme l'insuffisance rénale chronique, le diabète et certaines affections du système osseux et articulaire. Cette recherche a aussi permis d'améliorer les diagnostics et de déceler plus précocement plusieurs maladies héréditaires, permettant ainsi de diminuer l'occurrence d'importantes déficiences psychiques et physiques. La recherche bio-médicale profite à la population et grâce à elle, le Québec a joué un rôle important dans la progression des connaissances et dans l'amélioration des traitements et des diagnostics.

Ces acquis doivent être maintenus et consolidés pour mieux articuler la recherche biomédicale et la recherche clinique. Actuellement, on considère ces approches de recherche comme deux étapes d'une même démarche. Une articulation plus étroite entre elles permettrait de mieux connaître les mécanismes des processus normaux et des processus pathologiques et les moyens thérapeutiques pour enrayer ces derniers.

1.4.2 La recherche clinique

Comme dans plusieurs pays, la recherche clinique est peu développée au Québec. La proportion des subventions publiques accordée à ce type de recherche témoigne de son niveau de développement: elle bénéficie d'environ 10 millions de dollars comparativement à 80 millions pour la recherche biomédicale.

Les difficultés de la recherche clinique dépendent moins du manque de bourses de formation qu'il y a une dizaine d'années. Aujourd'hui, ces difficultés tiennent principalement au caractère aléatoire du financement et aux conditions d'exercice de ce type de recherche.

Le financement de la recherche clinique au Québec provient en grande partie des compagnies pharmaceutiques (17 millions). Il est fonction des besoins et des intérêts des compagnies privées. Quant aux conditions d'exercice, les difficultés qu'affrontent les chercheurs tiennent aux modalités de leur rémunération. Le chercheur clinicien n'a pas de rémunération particulière et ses revenus proviennent essentiellement de sa pratique auprès des patients. Ainsi, plus souvent qu'autrement les chercheurs dans ce domaine doivent mener leurs travaux de recherche en sus de leur pratique clinique.

L'importance indéniable de la recherche clinique dans l'enrichissement des connaissances et dans l'amélioration de l'efficacité des moyens utilisés pour enrayer les pathologies, plaide en faveur d'un développement mieux structuré de ce type de recherche au Québec. Les efforts actuels doivent donc être maintenus pour développer des traditions dans ce domaine et faciliter l'exercice de ce type de recherche dans les hôpitaux.

1.4.3 La recherche épidémiologique, évaluative, opérationnelle et organisationnelle

La recherche épidémiologique fait partie du continuum de la recherche en santé et permet de mieux connaître les causes des problèmes de santé. En mettant en évidence les phénomènes reliés à l'apparition des maladies, l'épidémiologie découvre les facteurs de risque et permet ainsi de concevoir des interventions préventives ou curatives mieux adaptées aux populations présentant des risques élevés.

Les domaines de recherche épidémiologique, évaluative, organisationnelle et opérationnelle sont encore très peu développés au Québec. Dans le secteur de la recherche en santé, leur financement total est évalué à environ 13,5 millions de dollars. Les principales difficultés auxquelles elles font face sont l'insuffisance du financement ainsi que du nombre de chercheurs et d'équipes.

Malgré les efforts du FRSQ pour soutenir le développement d'infrastructures en recherche épidémiologique, cette dernière n'est toujours pas parvenue à maturité. De même, les approches de recherche évaluative, organisationnelle et opérationnelle tardent à sortir de leur état de gestation. Dans ce contexte, l'encadrement nécessaire à la formation de chercheurs et au soutien des jeunes chercheurs ne peut qu'être déficient. Si le bassin de chercheurs n'augmente pas rapidement dans ces domaines de recherche, ces approches ne pourront progresser suffisamment pour répondre adéquatement aux besoins.

1.4.4 La recherche dans d'autres secteurs des sciences de la santé

Si les écoles et les facultés professionnelles, comme celles de médecine dentaire, de sciences infirmières ou de pharmacie, font de la recherche, les chercheurs de ces secteurs doivent acquérir une compétence pertinente dans une discipline scientifique reconnue. Les milieux universitaires devraient favoriser la formation des professionnels concernés dans des disciplines scientifiques. Ils devraient aussi créer des conditions d'accueil favorables pour les chercheurs ainsi formés. De la même façon, les centres de recherche en milieu hospitalier devraient concevoir une politique d'accueil à l'égard de ces disciplines.

2. La recherche sociale appliquée

Ce n'est qu'à la toute fin des années 70 que le gouvernement du Québec a crée un organisme subventionnaire pour la recherche sociale: le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). La création du CQRS s'inscrit dans la volonté du gouvernement du Québec et du ministère des Affaires sociales d'opérer une jonction entre la recherche scientifique et l'univers des politiques sociales. On voulait ainsi stimuler le développement d'une recherche sociale contribuant à la prise de décision dans l'élaboration des politiques et des programmes.

La recherche sociale au Québec ne s'appuie pas encore sur une longue tradition: elle évolue au rythme du développement des sciences sociales. Il faut se rappeler que les sciences sociales n'ont vraiment commencé à progresser dans les universités québécoises qu'au cours des années 50 et que la recherche dans ce secteur n'a vraiment commencé à porter fruit que dans les années 60.

Jusqu'ici, la recherche sociale s'est principalement penchée sur la compréhension des phénomènes sociaux et a donné lieu à de nombreuses études touchant, par exemple, à la mobilité sociale, aux classes sociales, aux mouvements sociaux ou à la satisfaction au travail.

Pour sa part, la recherche sociale appliquée a pour finalité l'amélioration des interventions et des mécanismes d'aide aux clientèles. Ce type de recherche, pourtant essentiel, n'a toujours pas connu de développement adéquat. Cette situation n'est sûrement pas étrangère au montant des ressources financières accordées au CQRS lesquelles ne sont encore aujourd'hui que d'environ 1,4 million de dollars. Au Québec, la recherche sociale appliquée, sous-financée par rapport aux besoins, souffre en plus

d'un développement insuffisant en matière d'infrastructures de recherche et de soutien à la formation et à la carrière des chercheurs.

2.1 Les organismes subventionnaires et le financement de la recherche sociale appliquée

Les chercheurs québécois engagés dans la recherche sociale ont accès au financement de divers organismes subventionnaires. Au niveau fédéral, il s'agit du Conseil de la recherche en sciences humaines (CRSH) et des subventions mises à la disposition des chercheurs par Santé et Bien-être social Canada (SBES). Au palier provincial, il s'agit du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Nous n'avons pas d'informations précises sur la somme totale affectée au financement de la recherche sociale appliquée. Cependant, pour l'année 1985-1986, on estime le financement de la recherche sociale à environ 4 millions de dollars au Québec. Cette somme est répartie de la façon suivante: CQRS, près de 1,4 million de dollars; FCAR, 600 000 dollars; CRSH, 340 000 dollars; MSSS, 1,3 million de dollars; SBES, 235 000 dollars.

2.1.1 Le Conseil québécois de la recherche sociale

Créé en 1979, le Conseil québécois de la recherche sociale est un organisme subventionnaire qui se consacre entièrement à la recherche sociale. Il dispose d'un budget annuel moyen de 1,3 million de dollars. À ses débuts, le Conseil a voulu définir la recherche sociale de façon très large comme étant celle qui porte sur l'ensemble de la mission sociale de l'État mais progressivement, il a davantage axé ses travaux sur les problèmes sociaux.

Pour l'année 1985-1986, les crédits mis à la disposition du Conseil québécois de la recherche sociale ne représentent que 5,5 % des 25,3 millions de dollars que le MSSS consacre à des subventions à la recherche via le FRSQ, le CQRS et sa Direction générale de la planification et de l'évaluation des programmes.

Comparativement au Fonds de recherche en santé du Québec, qui contribue au développement de la recherche par le financement d'infrastructures, le CQRS ne dispose d'aucun programme de subventions de ce type, ni de programmes axés sur le développement de la carrière de

chercheurs. De plus, le Conseil québécois de la recherche sociale reconnaît qu'afin d'assurer le développement de la recherche sociale au Québec, d'en définir le champ et d'en établir les priorités, il dispose de ressources beaucoup trop limitées et n'est pas autonome.

2.2 Le soutien à la formation des chercheurs

Le soutien à la formation de chercheurs en recherche sociale appliquée est embryonnaire. On y retrouve peu de programmes d'études post-doctorales, de bourses d'études post-doctorales, de bourses de carrières et de postes de chercheurs. En outre, vu le nombre restreint et la précarité des équipes de recherche en milieu universitaire et en milieu de pratique, les futurs chercheurs ne sont pas suffisamment encadrés.

On ne peut dès lors s'étonner du manque de chercheurs en recherche sociale appliquée et du peu d'intérêt des étudiants à pour les carrières en recherche: les conditions de la formation à la recherche sont déficientes et incitent peu à faire carrière en ce domaine. Jusqu'ici, aucun organisme subventionnaire dans le domaine de la recherche sociale n'a tenté de promouvoir le concept de carrière en recherche, sinon le CRSH depuis 1987.

2.3 L'écart entre chercheurs et intervenants

Les écoles professionnelles préparent peu à la recherche et sont davantage orientées sur la formation pratique. De plus, le profil du chercheur clinicien en sciences sociales n'a pas vraiment pénétré les programmes d'études, que ce soit au Québec, au Canada, en France ou aux États-Unis. Sauf quelques rares exceptions américaines, par exemple, l'Institute for Research on Poverty au Wisconsin, l'Institute for Social Research du Michigan, l'Institute for Applied Social Research à New-York, les universités forment toujours soit des praticiens, soit des chercheurs.

Conséquemment, les praticiens ne voient aucun lien entre la recherche et leur propre travail. Lorsqu'ils deviennent administrateurs ou planificateurs des services sociaux, ils ne considèrent pas la recherche comme un outil susceptible de les aider à mieux cerner les problèmes sociaux ou à améliorer les interventions dans ce domaine. Pour leur part, les chercheurs universitaires comprennent souvent mal les besoins auxquels ils pourraient répondre en matière de recherche sociale appliquée et sont exclus des circuits de consultation. En somme, l'écart entre les intervenants et les chercheurs ne s'est pas encore atténué et constitue un obstacle certain au développement d'une recherche sociale appliquée pertinente et de qualité.

2.4 Les lieux de production de la recherche sociale appliquée

La majorité de la recherche sociale subventionnée se fait dans les universités et la majorité des effectifs de recherche en sciences sociales y est aussi concentrée: 75 % de ces effectifs sont dans les universités, 18 % sont dans le secteur public et para-public et 7 % se retrouvent dans l'entreprise privée et dans les organismes sans but lucratif.

2.4.1 La production universitaire

Il existe très peu d'équipes de recherche en sciences sociales et celles qui existent n'entretiennent généralement pas de lien avec les milieux de pratique. Une des rares exceptions est le Centre de recherche sur les services communautaires rattaché à l'Université Laval. Ce centre a été créé en 1985, sur l'initiative de la Fédération des Centres locaux de services communautaires; il vise à répondre aux besoins en recherche des organisations de services communautaires.

Jusqu'ici, l'intérêt des chercheurs universitaires pour la recherche sociale appliquée a été d'inégale intensité. Certaines disciplines, comme la psychologie, favorisent déjà depuis au moins 15 ans le développement de la recherche sociale appliquée. D'autres, comme la sociologie ou le travail social, commencent à peine à s'y intéresser. La production en recherche sociale appliquée souffre de cette situation tant pour la quantité de recherches réalisées que pour la qualité des résultats obtenus.

2.4.2 La production dans les organismes du réseau

Mis à part les ministères (Québec et Ottawa), seuls quelques Centres de services sociaux (CSS) et quelques Départements de santé communautaire (DSC) font un tant soit peu de recherche sociale appliquée.

Alors que les ressources en recherche sont peu nombreuses dans les DSC, elles sont à peu près inexistantes dans les CSS où l'infrastructure de recherche est encore fort peu développée et même en régression depuis le début des années 80. Même si l'on pouvait répertorier 89 postes d'agent de recherche dans les Départements de santé communautaire en 1983, seuls quelques-uns d'entre eux ont actuellement des équipes de recherche capables de soutenir la concurrence auprès des organismes subventionnaires. De plus, comme les préoccupations des DSC pour la recherche sociale appliquée sont très récentes, les projets de recherche qui y sont subventionnés portent plus sur des problèmes de santé que sur des problèmes sociaux.

Il ne se fait donc pas beaucoup de recherche sociale appliquée dans les organismes du réseau. Mais en plus, le langage quotidien amène souvent à confrondre la recherche et les activités des CSS et des DSC permettant de réaliser leur mandat. Alors que la recherche vise essentiellement l'enrichissement des connaissances par la vérification d'hypothèses et l'analyse d'éléments pouvant expliquer un phénomène méconnu, plusieurs activités dites « de recherche » dans les CSS et les DSC ne s'inscrivent pas dans cette dynamique scientifique. Ces activités servent à repérer, décrire, recenser ou inventorier. Souvent, elles permettent d'acquérir des informations utiles à la prise de décision, mais elles ne permettent pas d'améliorer les connaissances scientifiques. En ce sens, elles ne sont pas à proprement parler des activités de recherche.

Ainsi définie, la production en recherche sociale appliquée dans les organismes du réseau est encore plus faible que ne le laissent entendre certaines données. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la qualité méthodologique et technique des activités des CSS et des DSC qui visent à exécuter leur mandat. Il faut cependant retenir que même si les CSS et les DSC utilisent des outils de recherche dans plusieurs de leurs activités, ils ne les utilisent généralement pas à des fins de recherche.

2.5 Les types de recherche

Même si au Québec, comme en France et aux États-Unis, l'évaluation des programmes sociaux s'est amorcée à la fin des années 60, la recherche évaluative dans ce domaine est toujours très peu évoluée. On connaît encore mal l'efficacité et l'efficience des programmes, des services et des interventions liés à la pratique sociale.

D'autres types de recherche commencent à peine à se développer. C'est le cas de l'épidémiologie sociale qui permet d'établir l'incidence et d'étudier les causes des phénomènes tels que l'itinérance, la violence, la mésadaptation socio-affective, l'isolement et la maladie mentale. La situation est similaire pour la recherche opérationnelle qui crée des outils facilitant, par exemple, la classification des clientèles en fonction de la quantité de services qu'elles requièrent.

Dans le domaine de la recherche sociale appliquée, que l'on parle de recherche évaluative, de recherche en épidémiologie sociale ou de recherche opérationnelle, il ne s'agit que d'approches en gestation. Elles ne sauraient vraiment se développer sans effort collectif important en vue

d'améliorer les infrastructures de recherche, et de faciliter la formation de chercheurs et pour rapprocher les milieux de recherche universitaires des milieux de pratique.

3. Les technologies dans le domaine de la santé

Le progrès technologique est une réalité de notre époque qui a fortement influencé toutes les sphères de l'activité humaine, et qui ira en s'intensifiant au cours des prochaines années. Dans le domaine de la santé en particulier, nous avons assisté, au cours des quinze dernières années, à une véritable explosion des moyens mis à la disposition des professionnels. Force est d'admettre que la technologie médicale axée sur le diagnostic et le traitement a changé considérablement la pratique des intervenants et la dispensation des soins.

D'aucuns soutiendront que la réputation du médecin et son orientation professionnelle ont évolué de concert avec l'utilisation de la technologie. Aujourd'hui, la pratique médicale est largement tributaire d'un arsenal complexe de moyens technologiques et la raison d'être de plusieurs spécialités médicales réside principalement dans la spécificité des moyens technologiques utilisés pour le diagnostic et le traitement.

Au cours des deux dernières décennies, les technologies de diagnostic et de traitement ont progressé considérablement sur tous les fronts. La place et le rôle du médecin dans les systèmes de santé en ont fait l'acteur principal de la mise en oeuvre des moyens technologiques; encore aujourd'hui, il est largement responsable de leur utilisation.

3.1 La définition des technologies

À la lumière des consultations et de la lecture des rapports préparés par plusieurs experts, il devient possible d'ordonner quelque peu ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le progrès technique en santé. La technologie englobe non seulement l'ensemble des instruments, appareils, médicaments et procédures utilisés dans la prestation de services de santé, mais également les techniques de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins, l'informatique et l'organisation des systèmes de santé. Les technologies seront donc dites préventives, diagnostiques, curatives, palliatives et de réadaptation selon leur finalité. Ainsi, le stimulateur cardiaque, les prothèses cardio-vasculaires et les prothèses orthopédiques constituent un type de méthodes et procédures conçues pour rétablir une qualité de vie acceptable.

La pharmacologie connaît depuis quelques années une évolution fulgurante. Elle a offert entre autres choses un ensemble de moyens permettant de prévenir certaines maladies, de recouvrer la santé, d'éviter la chirurgie, de diminuer la durée de l'hospitalisation et finalement de faciliter la réinsertion sociale d'un grand nombre de malades. Ainsi, maintenant, l'ulcère gastrique et duodénal, de même que l'hypertension artérielle peuvent être traités beaucoup plus facilement par des médicaments.

Par ailleurs, l'avènement d'un grand nombre de procédures nouvelles a grandement facilité et simplifié les méthodes et les techniques diagnostiques. Ainsi, l'endoscopie diagnostique permet maintenant d'éviter certaines interventions chirurgicales dans un grand nombre de cas. Quant à l'endoscopie thérapeutique, elle permet de simplifier certaines interventions chirurgicales comme la prostatectomie.

Nous sommes maintenant loin du moment où les transplantations d'organes constituaient des interventions aussi périlleuses que spectaculaires. Les transplantations rénales sont devenues courantes et les transplantations cardiaques qui, il n'y a pas si longtemps, faisaient la une de la presse mondiale, se pratiquent maintenant régulièrement. La médecine technologique nous habitue graduellement aux transplantations coeur-poumons, à celles de la moëlle osseuse et nous amène rapidement au remplacement du foie et du pancréas.

Parmi les progrès techniques les plus spectaculaires dans le domaine de la santé, on ne peut passer sous silence ceux qui ont été réalisés en radiologie diagnostique. En plus de faire disparaître les radiations ionisantes, les nouveaux instruments ont offert des moyens diagnostiques d'une efficacité et d'une innocuité difficiles à imaginer. La tomodensitométrie, les ultrasons, l'imagerie par résonance magnétique, et bientôt le laser, sont autant de réalisations spectaculaires dues aux progrès technologiques qui ont ou vont transformer la médecine.

Nos sociétés se sont de plus en plus habituées à l'évolution de l'informatique. Cette science a permis de transformer radicalement nos façons de faire et elle a fait progresser de façon exponentielle notre capacité de réaliser toutes sortes d'activités. La médecine n'a pas échappé à la révolution informatique. Les laboratoires de la majorité des centres hospitaliers sont maintenant complètement informatisés, permettant ainsi de multiplier le nombre d'analyses qui peuvent être effectuées et d'augmenter de façon considérable le contrôle de la qualité de l'ensemble des diagnostics posés. La gestion du dossier-patient a grandement bénéficié

des progrès de l'informatique qui permet maintenant de contrôler rapidement et efficacement l'évolution du traitement.

La définition des technologies dans le domaine de la santé peut aussi se faire a partir des coûts qu'elles entraînent. On parle alors de technologies de haute intensité dans le cas de celles qui nécessitent l'investissement de capitaux importants et la mobilisation de nombreuses ressources professionnelles, matérielles et administratives. La tomodensitométrie, les transplantations d'organes et les pontages aorto-coronariens font partie de cette classe.

À l'opposé des interventions technologiques, on retrouve des technologies de faible intensité, celles qui ne nécessitent pas une mobilisation importante de ressources humaines et financières. On y regroupe généralement les tests diagnostiques simples et la pharmacothérapie.

Quelque part entre ces deux pôles se situent les technologies de moyenne intensité, beaucoup plus difficiles à caractériser. Même si elles résultent d'un progrès technologique relativement poussé, leur utilisation ne requiert pas un soutien élaboré et complexe. L'endoscopie digestive, utilisable en cabinet privé, représente bien ce type de technologies.

3.2 L'état du parc technologique

Peu d'études permettent de tirer des conclusions certaines sur l'état du parc technologique dans les établissements de santé du Québec. Dans son mémoire à la Commission, l'Association des hôpitaux du Québec fait valoir le retard accumulé dans l'investissement pour les immobilisations et les équipements. On propose, pour combler ce retard, que des investissements de l'ordre de 100 millions de dollars par année soient consentis seulement pour maintenir le parc d'équipement à jour.

Par ailleurs, l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec considère que nos établissements hospitaliers accusent un certain retard technologique dans le contexte nord-américain. Ses principales causes d'inquiétude sont la désuétude des équipements, leur entretien insuffisant et leur sécurité incertaine. Cette association reconnaît que le chiffre exact de la valeur de remplacement des équipements n'est pas connu avec certitude. Néanmoins, elle évalue l'investissement de base nécessaire au remplacement des équipements vétustes et au financement des acquisitions nouvelles à 1,5 milliard de dollars. Par la suite, pour maintenir le parc d'équipement à jour, une somme d'environ 50 millions de dollars par année serait requise. Même si ces données sont difficiles à

valider, elles mettent en évidence une situation qui devrait être évaluée par des organismes dûment mandatés à cet effet.

Les états de crises sporadiques qui se manifestent un peu partout au Québec semblent confirmer le diagnostic posé par plusieurs intervenants sur l'état du parc technologique dans le domaine de la santé. Il faut toutefois se rappeler que les cris d'alarme semblent viser surtout la technologie de haute intensité.

Une étude exhaustive de la Direction générale de l'évaluation et de la planification du ministère de la Santé et des Services sociaux, publiée en 1986, a tenté de faire le point sur l'état de la radiologie diagnostique (ou de l'imagerie médicale) au Québec. L'étude révèle que le parc d'équipement des établissements publics s'accroît mais se renouvelle peu, et que les investissements sont inférieurs à ce qu'il en coûterait pour le simple renouvellement. Ce constat doit cependant être interprété à la lumière des tendances actuelles. Aujourd'hui, les ressources et la production dans le domaine de la radiologie diagnostique ne sont plus exclusivement concentrées dans les établissements publics. On les retrouve aussi dans les cliniques privées.

Le secteur de l'imagerie médicale accuse un développement inégal. Dans le domaine de l'échographie l'acquisition de l'équipement s'est faite à un rythme très rapide. Plusieurs facteurs expliquent cette rapidité: les coûts d'acquisition, la nécessité d'infrastructures peu importantes, les nombreuses applications cliniques, des honoraires médicaux relativement élevés, la simplification de certains diagnostics et un meilleur suivi de l'évolution.

Pour sa part, l'imagerie nucléaire a suivi un mode de diffusion restreint et très hiérarchisé. Il s'agit d'un secteur où l'intervention du gouvernement est considérable et particulière. Une étude, datant de 1980, a démontré que dans ce secteur le niveau de ressources au Québec était supérieur à celui observé dans la plupart des pays européens, alors qu'il était très inférieur à celui des États-Unis et du reste du Canada.

Au moment de l'étude du Ministère en 1986, on reconnaissait que la diffusion de la scanographie avait été faible et lente jusqu'en 1984. L'évolution un peu plus rapide au cours des deux années suivantes et les projets en cours de réalisation faisaient passer le niveau de ressources dans ce domaine à un appareil par 260 000 habitants, niveau identique à celui de l'Ontario en 1984.

En somme, l'évolution du parc technologique relatif à l'imagerie médicale au cours des dernières années semble indiquer que le système québécois s'adapte relativement bien au changement technologique en ce domaine. Néanmoins, l'utilisation et l'intégration des technologies lourdes posent certains problèmes qui appellent à la concertation hospitalière pour ce qui concerne les décisions relatives à l'allocation des ressources et au renforcement de l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de l'utilisation des technologies.

3.3 Le contexte décisionnel et les déterminants de la diffusion

Durant la période d'évolution intense des technologies dans le domaine de la santé (les quinze ou vingt dernières années), le médecin est demeuré libre de déterminer le type et le degré d'utilisation de la technologie médicale dans une grande variété de circonstances. Cette situation découle de l'autonomie traditionnelle du médecin et du principe suivant lequel le médecin agit au nom du patient, requérant pour lui les meilleurs soins de santé possibles. Cette autonomie d'action repose sur un certain nombre de prémisses.

D'une part, on considère que le médecin est informé des possibilités et des limites de la technologie, alors que le patient ne l'est pas. Dans ce contexte, normalement, les décisions prises par le médecin sont éclairées et judicieuses et le bien-être du patient est assuré lorsque toutes les décisions importantes sont prises par le praticien. D'autre part, on pense que l'éthique médicale est suffisante pour que le médecin place l'intérêt du patient avant son profit financier personnel. Enfin, on estime aussi que l'utilisation des ressources n'a pas de conséquences socio-économiques indésirables. Suivant cette logique, les ressources financières nécessaires doivent être disponibles au moment où le médecin prend une décision.

L'explosion technologique des dernières années dans le domaine de la santé a probablement fait que ces prémisses, qui étaient sans doute valables antérieurement, ne reflètent plus la réalité. La difficulté de maîtriser adéquatement l'ensemble des connaissances biomédicales et la transformation radicale des modes de pratique ont influencé, et sans doute modifié, la prestation de soins. Sur le plan des ressources financières, il est évident que l'utilisation des technologies a été et sera affectée par les préoccupations budgétaires.

Il faut retenir que le progrès technologique survenu dans le domaine de la santé au cours des deux dernières décennies, a pu, par sa diversité et son ampleur, rendre la prise de décision médicale précaire dans certaines

circonstances. De plus, il y a aujourd'hui beaucoup de technologies médicales d'efficacité incertaine et on ignore dans une certaine mesure les risques associés à leur utilisation.

La diffusion d'une technologie entraîne son adoption et son utilisation. Ce phénomène complexe fait appel à divers intervenants, dont les producteurs, les gouvernements, les organisations utilisatrices, les professionnels utilisateurs et les bénéficiaires. Les dernières années ont démontré que le processus de diffusion est différent selon que l'on considère les technologies de haute intensité ou les technologies de moyenne et faible intensité.

L'innovation technologique dans le domaine de la santé a été et demeure en grande partie attribuable à l'industrie privée. La concurrence et les impératifs du marché ont favorisé la mise au point de versions toujours plus perfectionnées, accélérant ainsi l'obsolescence d'équipements coûteux.

L'analyse de la diffusion des technologies au cours des dernières années démontre que les approches utilisées par les gouvernements pour la contrôler ne sont pas parfaites, loin de là. Malgré un ensemble de mesures le plus souvent d'ordre budgétaire, il semble évident que les gouvernements n'ont pas réussi à comprendre quelles stratégies sont les plus susceptibles d'assurer une diffusion adéquate des technologies en matière de santé.

L'adoption des technologies dans les établissements de santé s'est opérée en fonction de facteurs souvent difficiles à cerner. Ainsi, les équipements nouveaux compatibles avec des technologies déjà disponibles, requérant peu de personnel hautement spécialisé, auront plus de chance d'être adoptés. La compétition entre les établissements, qui se manifeste tant par l'attrait que la technologie exerce sur les professionnels que par le prestige qu'elle leur assure au sein de leur milieu et dans les cercles universitaires, est un élément de plus qui a joué en faveur de l'adoption de technologies nouvelles. Cette dimension du problème ne peut plus être ignorée. Comment expliquer par exemple qu'un centre ultra-spécialisé en urologie-néphrologie n'ait pas réussi à se doter d'un lithotrypteur, instrument technologique de pointe utilisé pour dissoudre les calculs rénaux, alors qu'un centre hospitalier sans vocation particulière en ce domaine en a fait l'acquisition. On peut également se demander pourquoi un centre hospitalier surspécialisé n'a pas à sa disposition l'équipement hautement sophistiqué qui lui permettrait d'utiliser comme moyen diagnostique l'imagerie à résonance magnétique.

L'expérience des dernières années nous a donc démontré que la diffusion des développements technologiques dans le domaine de la santé n'a pas toujours suivi un cheminement qu'on pourrait qualifier de rationnel, au sens où la diffusion technologique répondrait en premier lieu à des impératifs de soins dans un établissement à vocation particulière. Les conséquences risquent d'être désastreuses, non seulement en matière de prestation de soins, mais également en matière d'enseignement, de recherche clinique et d'évaluation de la technologie.

3.4 L'évaluation des technologies

On peut supposer que l'évaluation des différentes technologies médicales a toujours suscité un certain intérêt, au moins en vue de s'assurer qu'au moment de leur introduction elles étaient sécuritaires et qu'elles procuraient des avantages réels aux patients et au système de santé. Les dix ou vingt dernières années ont démontré de façon assez évidente que ce n'est que lorsque les interrogations coûts-bénéfices se sont posées que les véritables questions ont été soulevées. Il devient maintenant évident que la technologie elle-même et l'utilisation qu'on en fait ne répondent pas toujours adéquatement aux besoins de la société. Par ailleurs, ce n'est que depuis quelques années que nous reconnaissons notre ignorance, parfois considérable, quant aux risques et aux avantages découlant des technologies.

Idéalement, l'évaluation de la technologie médicale devrait porter sur la sécurité, l'efficacité, la faisabilité, les indications d'utilisation optimale, les coûts, l'analyse coûts-bénéfices, de même que sur les implications sociales, économiques et éthiques. Toutefois, il faut reconnaître qu'au cours des deux dernières décennies le nombre relativement restreint des évaluations a porté davantage sur les aspects de sécurité et d'efficacité. Les autres dimensions ont généralement été laissées pour compte.

Le contrôle de la mise en marché de nouvelles technologies de santé se limite généralement à la démonstration d'un minimum d'efficacité. Les préoccupations portent alors davantage sur le fonctionnement sécuritaire. Il s'agit plutôt d'une homologation que d'une évaluation. Il demeure un aspect très important et le plus souvent oublié de l'évaluation: l'utilisation qui est faite de la technologie après sa mise en marché. On sait maintenant que la pratique courante peut étendre l'utilisation d'une technologie à des conditions tout à fait différentes de celles sur lesquelles les études cliniques ont porté.

L'expérience des dernières années a entraîné différentes mesures de contrôle. On a parfois tenté de restreindre l'utilisation de certaines technologies à des conditions ou à des critères particuliers. Certaines contraintes indirectes, généralement de nature budgétaire, ont également été utilisées. Il faut toutefois admettre que toutes ces contraintes se sont avérées insuffisantes.

3.5 Les problèmes d'éthique face à la technologie

Tels qu'ils se posent dans le domaine des technologies de la santé, les problèmes d'éthique découlent nécessairement sur un conflit ou une incertitude quant à l'essai ou à la continuation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. Aujourd'hui, un des problèmes d'éthique majeurs est l'augmentation effarante des coûts technologiques et la limitation des ressources qui en réduit l'accessibilité.

Il est important de bien voir que l'innovation médicale n'est souvent pas stimulée par la demande publique, mais par les perceptions que l'innovateur a des besoins médicaux. L'évolution technologique, considérée sous l'angle de l'éthique, conduit à une série de questions. Par exemple, pouvons-nous identifier les technologies inutiles ou même nuisibles? Dans quelle mesure les modes d'utilisation des technologies modifieront-ils leur efficacité? Comment définir les indications d'utilisation appropriée sinon optimale des technologies? Pouvons-nous identifier les utilisations non valables des technologies? Est-il possible d'inventorier les technologies qui ne sont utiles que de façon très marginale?

Si la société n'a pas été en mesure de concevoir, au cours des dernières années, des mécanismes pouvant lui permettre d'évaluer les technologies de la santé avant leur mise en marché, l'expérience acquise pendant cette période aura au moins permis d'établir un ensemble de critères pouvant servir à leur évaluation. Ces critères permettent de considérer et de proposer des restrictions lorsque certaines conditions sont réunies, par exemple, une technologie de sécurité ou d'efficacité douteuse ou encore, trop coûteuse pour les avantages qu'elle apporte.

Pour leur part, les restrictions que l'expérience des dernières années a permis d'élaborer touchent par exemple la nécessité des technologies, leur utilité ou leur sécurité. Ainsi, l'utilisation d'une technologie est dite non nécessaire lorsque l'objectif diagnostique ou thérapeutique peut être obtenu par des moyens plus simples. L'utilisation technologique est dite inutile lorsque l'état du patient est vraiment trop avancé pour répondre au traitement. Elle est considérée non sécuritaire lorsque les complications

l'emportent sur les avantages cliniques. Elle est jugée discutable lorsque la qualité ou le prolongement de la vie après le traitement ne justifient pas l'intervention. Enfin, elle est estimée mal avisée lorsque les coûts d'utilisation sont tels qu'ils risquent de diminuer les ressources qui pourraient mieux servir un autre patient.

Conclusion

♦ La recherche

Dans l'ensemble, la recherche en santé au Québec est en progression, alors que la recherche sociale appliquée est nettement sous-développée dans tous ses aspects.

Au cours des 15 dernières années, dans le domaine de la recherche en santé, les chercheurs québécois ont tenté de rattraper leurs homologues des autres provinces dans l'obtention de subventions venant des organismes fédéraux. Néanmoins, la recherche en santé affronte encore aujourd'hui des problèmes qui risquent d'affaiblir les acquis. Le problème le plus critique réside dans la formation des jeunes chercheurs. Dans le processus d'octroi des bourses de formation en recherche par les organismes subventionnaires fédéraux, les chercheurs québécois ne parviennent pas à concurrencer leurs collègues ontariens. Cette faiblesse est inquiétante puisque l'avenir de la recherche repose en très grande partie sur la présence d'un nombre suffisant de chercheurs de qualité.

Le deuxième problème relève de la situation précaire de la recherche clinique, épidémiologique, évaluative, organisationnelle et opérationnelle. La complexité des phénomènes que recouvre la santé exige le recours à diverses approches disciplinaires et la complémentarité des méthodologies de recherche. Or, le niveau d'avancement de la recherche dans ce secteur ne permet pas toujours de réunir les conditions essentielles pour le développement des connaissances pertinentes aux problèmes de santé.

La Commission considère que les efforts consentis au financement de la recherche en santé doivent être maintenus afin de consolider les progrès de la recherche biomédicale et d'augmenter le nombre de chercheurs et d'équipes dans les autres domaines de recherche. Le développement de la recherche en santé dépendra du soutien donné à la formation des chercheurs et à l'élaboration de plans de carrière pour ceux-ci, du financement de la recherche menée sur des thèmes prioritaires et de l'adoption d'une politique intégrée de recherche.

Du côté de la recherche sociale appliquée, tout reste à faire. Le soutien financier nécessaire à la formation d'équipes de recherche y est fort négligé par les organismes subventionnaires. L'infrastructure nécessaire à l'évolution de cette recherche et à l'encadrement des étudiants et des jeunes chercheurs est à peu près inexistante tant dans les universités que dans les milieux de pratique. L'absence presque totale de soutien à la formation de chercheurs et à l'élaboration de plans de carrière pour ces derniers risque d'hypothéquer le progrès de la recherche sociale appliquée pour de nombreuses années à venir. Sans programmes d'études post-doctorales, de bourses de formation post-doctorale, de bourses de carrière et de bourses de chercheurs, on ne parviendra jamais à atteindre le nombre de chercheurs nécessaire à l'essor d'une recherche de qualité dans ce domaine.

La Commission reconnaît que la recherche sociale appliquée est sous-financée. De nouvelles sommes doivent y être injectées pour établir une tradition de recherche. Ces montants devront être suffisants pour accroître le soutien à la formation et à la carrière des chercheurs, et pour permettre la création d'équipes et de centres de recherche universitaires.

La Commission est d'avis que la recherche sociale appliquée, comme la recherche en santé, ne saurait évoluer convenablement sans la mise en place de programmes de subvention axés sur des problèmes prioritaires et sans l'élaboration d'une politique intégrée de recherche.

Sans les équipes de recherche, les efforts isolés des chercheurs peuvent être remarquables, mais risquent souvent d'être éphémères. Les ressources financières actuellement dévolues à la recherche thématique sont particulièrement minces, que ce soit en santé ou en recherche sociale appliquée. Cette lacune restreint le progrès de la recherche dans divers domaines, dont la recherche en santé mentale, en périnatalogie et en santé au travail. Elle restreint aussi le progrès de la recherche sur des problèmes sociaux prioritaires comme l'itinérance, la violence, l'isolement et la mésadaptation socio-affective.

Par ailleurs, le cloisonnement des organismes subventionnaires ne joue pas en faveur de l'épanouissement d'une recherche, de qualité et suffisamment stable. Jusqu'à maintenant, ce cloisonnement a davantage créé de zones grises qu'il n'a permis d'orienter la recherche sur des priorités. Ainsi, les projets de recherche à la marge du mandat des organismes subventionnaires sont souvent ballottés d'un organisme à l'autre, sans trouver de financement.

La Commission est d'avis que le développement de la recherche au Québec manque de coordination. On doit mettre en place un mécanisme de coordination entre le Conseil québécois de la recherche sociale, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail, les universités et le gouvernement. Cette coordination viserait à soutenir l'avancement de la recherche et à élaborer une politique intégrée de recherche dans le domaine de la santé et du bien-être.

Enfin, pour faciliter la concertation et la complémentarité dans ce domaine, le président de chaque organisme subventionnaire, ou son délégué, devrait siéger au conseil d'administration des autres organismes.

♦ Le progrès technologique

L'expérience acquise à la suite de l'apparition massive des technologies de la santé et de leur utilisation au cours des deux

dernières décennies montre qu'il est impératif pour les sociétés de se doter de mécanismes permettant d'évaluer les technologies et les conditions dans lesquelles elles sont utilisées. Alors seulement il sera possible de faire des choix toujours difficiles et judicieux.

Pour ce faire, la Commission considère qu'il est essentiel de créer un Conseil consultatif d'évaluation des technologies, indépendant du ministère de la Santé et des Services sociaux et composé de gens reconnus pour leur crédibilité et leur compétence dans ce domaine. Le mandat du Conseil serait d'étudier les problèmes d'éthique que soulèvent les technologies et de s'assurer qu'elles sont rigoureusement évaluées du point de vue de leur efficacité et de leur efficience. Un tel mandat exige une articulation étroite entre le Conseil et les centres hospitaliers universitaires (CHU) qui sont responsables de l'évaluation des technologies. Dans cette perspective, le Conseil devrait s'appuyer sur des organismes subventionnaires de recherche qui encadreront et soutiendront les CHU dans ce processus d'évaluation.

Chapitre 6

Le financement des services

Introduction

Le système de services de santé et de services sociaux est-il actuellement sous-financé? N'avons-nous en fin de compte que différé l'augmentation des dépenses publiques requises par le vieillissement démographique? L'accessibilité universelle aux innovations technologiques efficaces risque-t-elle d'être sérieusement compromise? Quelles sont les contraintes à la capacité de financement public de notre système? Quel devrait être le rythme de croissance des dépenses de services de santé et de services sociaux au cours des dix prochaines années?

Il n'existe pas de réponse satisfaisante à toutes ces questions. Déterminer l'ampleur du système de services de santé et de services sociaux d'un pays et les revenus relatifs de ceux qui y travaillent constitue une décision essentiellement politique. Cette décision est le résultat d'un compromis entre la volonté d'atteindre certains objectifs de santé et de bien-être, définis aujourd'hui essentiellement en fonction de l'accessibilité à des services, et le coût de réalisation de ces objectifs qui suppose une multiplicité d'enjeux et d'intérêts souvent contradictoires.

Tout aussi importante que le niveau de financement est la façon dont son choix s'opère. L'objectif de la Commission est moins de proposer un niveau donné d'investissement dans le secteur de la santé et des services sociaux ou un rythme de croissance de l'ensemble des dépenses pour les dix prochaines années, que de recommander les modalités et de rappeler les dimensions de cette difficile décision. C'est à cet exercice que nous procéderons d'abord dans la prochaine section, pour examiner ensuite les perspectives de croissance des dépenses du système de services de santé et des services sociaux, les capacités du financement public anisi que la question du financement privé.

1. Un arbitrage transparent intégrant trois dimensions: le quoi, le combien, le comment

La centralisation du financement public ne garantit malheureusement pas que les arbitrages se fassent de façon transparente, ni que les choix difficiles se déterminent de façon explicite. On entretient dans le système l'illusion que tous les services médicalement ou socialement requis sont accessibles à tous et gratuits.

Or des choix tragiques sont faits tous les jours, implicitement. La rapidité du développement des connaissances et le coût des innovations technologiques viennent accroître quotidiennement les conséquences économiques et éthiques du choix d'allocation des ressources. Les préoccupations d'équilibre financier des gouvernements et, en particulier, l'évolution récente du financement fédéral risquent de constituer une entrave supplémentaire à la concrétisation du droit d'accès universel et gratuit de la population aux services. Enfin, la force des enjeux économiques, scientifiques et politiques dans le domaine de la santé est telle que les arbitrages en faveur d'objectifs plus sociaux sont de plus en plus difficiles.

Pour qu'une société soit en mesure de vivre avec de tels choix, il faut que l'opinion publique soit sollicitée et que les décisions reflètent l'ensemble des valeurs et principes qui la constituent. Les débats sur les priorités sociales et sanitaires doivent avoir lieu et être accessibles à l'opinion publique.

Ceci dit, si le débat concernant le niveau adéquat de financement se cantonne à des prises de position sur l'insuffisance ou au contraire sur l'excès des fonds publics investis dans le secteur des services de santé et des services sociaux, il restera profondément stérile. En fait, tout le monde a raison et tout le monde se trompe.

Il existe des indices réels de sous-financement dans certains domaines: vétusté des immeubles et des équipements, absence de ressources pour les malades chroniques et ses répercussions sur la gestion des urgences dans certains hôpitaux, listes d'attente pour des enfants en situation de besoin de protection, ou pour des personnes âgées ayant perdu toute autonomie, accès limité des patients à certaines technologies dont l'efficacité a été prouvée. En même temps, rien ne garantit que l'ensemble des services dispensés par le système soient produits de la façon la moins coûteuse, même si les restrictions budgétaires au cours des dernières années ont pu contribuer à la performance de notre système à cet égard.

Il n'est pas non plus certain que tous les services produits améliorent efficacement la santé et le bien-être des patients. Il est fort possible que certains services soient produits en trop grande quantité, et que d'autres le soient insuffisamment. Un examen attentif de l'efficacité réelle de l'ensemble des services assurés et dispensés serait nécessaire. Malheureusement, il nous manque encore beaucoup d'informations pour que cette analyse soit possible. Selon l'Office of Technology Assessment américain, 10 à 20 % seulement des nouvelles interventions dans le domaine de la santé sont scientifiquement évaluées. Dans certains secteurs, comme ceux de la santé mentale ou des services sociaux, cette évaluation scientifique est particulièrement difficile à réaliser.

De façon générale, l'on peut difficilement déterminer si les problèmes rencontrés sont attribuables à un manque de fonds, ou s'ils résultent plutôt de problèmes organisationnels ou d'une affectation des ressources qui ne corresponde pas aux besoins prioritaires.

Lorsqu'on regarde ce qui se passe dans différents pays, il est en effet difficile de trouver une relation significative entre le niveau des dépenses, en proportion du PIB, et les résultats au chapitre de la santé. Certains auteurs suggèrent cependant que les modalités organisationnelles et les caractéristiques de chacun des systèmes, comme l'existence d'un monopole public d'assurance-santé ou le degré de couverture de la population, conditionnent l'efficacité des sommes investies.

Prenons l'exemple du Canada et des États-Unis. Aussi loin que remontent les données comparatives sur le sujet, les États-Unis emportent la palme pour ce qui est du pourcentage de leur PIB consacré à la santé. Ils se situent au contraire en bas de la liste des pays de l'OCDE, pour ce qui est des indicateurs de résultats.

Il y a 25 ans, le Canada se comparait tout à fait aux États-Unis sur l'un et l'autre plan. Il a cependant beaucoup amélioré sa performance par rapport à son voisin, en se situant aujourd'hui au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, pour ce qui est des sommes investies en proportion du PIB, et aux niveaux les plus élevés pour ce qui est des indicateurs de santé. Il est difficile de croire que les caractéristiques très différentes de l'un et l'autre système soient étrangères à cette situation.

Les résultats de plusieurs enquêtes auprès de la population confirment que l'important n'est pas tant la quantité de fonds publics investis dans le système de santé et de services sociaux, mais plutôt ce à quoi l'argent est

utilisé: À augmenter les revenus relatifs des professionnels de la santé? À ouvrir des places additionnelles d'hébergement pour les personnes âgées isolées et sans autonomie? À diminuer l'incidence du suicide chez les jeunes? À doter nos hôpitaux d'équipements comparables à ceux dont bénéficient les hôpitaux américains? À assurer une protection efficace des enfants négligés et maltraités, ou le traitement de l'ensemble des patients atteints du cancer grâce à un médicament dont l'efficacité thérapeutique a été prouvée?

La population doit également pouvoir s'exprimer sur la façon dont elle entend financer un investissement public additionnel: par une hausse de taxes, par une diminution des dépenses dans d'autres secteurs comme le logement, l'éducation ou la sécurité du revenu, ou par une réallocation des ressources à l'intérieur du système?

Étant donné l'importance des coûts d'opportunité qui sont liés à un financement accru, il est fondamental que tout soit mis en œuvre pour améliorer la rentabilité des sommes déjà considérables qui sont investies. Les marges de manoeuvre à cet égard sont importantes. C'est l'ensemble des modalités organisationnelles qui sont en jeu: la couverture des services, le mode de budgétisation, l'effet des contraintes réglementaires sur les possibilités d'innovation, la gestion des ressources humaines, le développement des systèmes d'information, l'adoption de mesures de rendement portant sur la productivité des ressources et l'efficacité des services dispensés, et leur intégration au processus budgétaire.

La population devrait être en mesure d'évaluer le rendement du système, de se prononcer sur ses objectifs et ses priorités à court et à moyen termes, et de décider en conséquence du niveau de financement additionnel qui devrait être investi dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il faut donc qu'elle dispose à la fois de l'information nécessaire et du pouvoir de décision.

2. La croissance anticipée des dépenses

La Commission a proposé dans la troisième partie de son rapport les objectifs qui lui semblent devoir guider le système pour les prochaines années. Il est important qu'elle éclaire également les perspectives d'évolution des dépenses, telles qu'elles résultent de façon quasi mécanique des principaux facteurs d'expansion du système. Elle soulignera également les possibilités et les coûts d'un financement public accru dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elle prendra enfin position sur la question du financement privé.

2.1 Les facteurs de croissance

On a souvent souligné l'influence de facteurs tels que le vieillissement de la population ou l'évolution des effectifs médicaux sur les coûts des services.

D'une part, concernant le vieillissement de la population, de nombreuses études font l'hypothèse d'une consommation strictement inchangée pour chaque groupe d'âge durant toute la période projetée. Ces projections souvent alarmistes n'arrivent cependant pas à gonfler le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé au-delà de 1,5 pour cent. Elles font en outre totalement abstraction des études qui démontrent par exemple que c'est la proximité de la mort, et non l'âge lui-même, qui occasionne des dépenses élevées; que l'effet des modes de prise en charge des personnes âgées et de la pratique médicale à leur égard peut être bien supérieur à celui du seul vieillissement de la population; que de nombreuses autres variables devraient être considérées, notamment l'évolution de l'état de santé de ces personnes, de leur isolement et de leurs ressources financières; que bien d'autres pays ont dû depuis longtemps faire face à ce problème et que leur expérience pourrait nous être très utile.

Toutefois, le Québec connaît à la fois un vieillissement particulièrement rapide de sa population, un affaiblissement des réseaux naturels des personnes âgées, et des modes de prise en charge des personnes en perte d'autonomie souvent plus coûteux qu'ailleurs. C'est là un des domaines où les gains d'efficience semblent les plus nécessaires, si l'on veut éviter une pression trop forte sur les coûts du système.

D'autre part, concernant les effectifs médicaux, il faut reconnaître que la croissance du coût global des services médicaux est nettement plus rapide que celle du tarif des actes. L'écart provient de l'augmentation du nombre de médecins et du glissement de la pratique médicale qui s'ajuste à l'évolution des tarifs afin de satisfaire un objectif de revenu global.

Cet écart a été évalué à 4,76 % par an au cours de la période allant de 1977 à 1984, pour l'ensemble du programme de services médicaux. En tablant sur un ralentissement de la croissance des effectifs médicaux, on a estimé à environ 4 % par an en moyenne l'accroissement du coût des services médicaux, en sus de la hausse des tarifs, pour la période allant de 1985 à 2000.

La pression que de tels facteurs exercent notamment sur le secteur hospitalier va continuer à se manifester, se conjuguant aux effets du

progrès technologique. Elle peut entraîner une réduction des durées de séjour et une augmentation de l'intensité des services pour chaque patient admis. Mais il est difficile d'évaluer l'effet sur les coûts globaux de toute cette dynamique, puisque c'est le gouvernement qui décide du nombre de lits, de places, et de ressources qui seront disponibles dans le système. Le prix que le gouvernement est prêt à payer actuellement pour diminuer la pression dans le secteur hospitalier est de 1 % en moyenne par an, en plus des indexations normales résultant de l'inflation générale, de l'évolution des salaires et du prix des fournitures médicales. Il reste à savoir si ce pourcentage sera suffisant, dans l'hypothèse d'un statu quo, sur le plan de l'organisation du système.

2.2 L'hypothèse retenue

De façon très globale, et en s'appuyant essentiellement sur les tendances de la dynamique du système observées ces dernières années, on peut facilement envisager que les dépenses de services de santé et de services sociaux évolueront au cours des prochaines années à un rythme annuel au minimum égal à celui de l'inflation plus 3,5 pour cent (tableau 28). Il s'agit d'une hypothèse relativement conservatrice. À titre de comparaison, au cours des années 1977-1978 à 1985-1986, période de restrictions budgétaires, les dépenses de santé et d'adaptation sociale se sont accrues au rythme de l'inflation plus 2,2 %. Le dernier discours du budget prévoit

Tableau 28
Une hypothèse de croissance des dépenses de services de santé[a] et de services sociaux, en sus de l'inflation

	Taux de croissance annuels moyens			
Composantes / **Secteur**	**Prix relatifs**	**Croissance de la population**	**Vieillissement**	**Autres**
Hôpitaux de court terme et hôpitaux psychiatriques	1 %[b]	0,3 %[c]	1 %[d]	2,0 %[b] (intensité des services par patient admis)
Services médicaux	0 %[e]	2,0 %[f] (effectifs médicaux)		2,0 %[f] (activité médicale)
Services de réadaptation sociale	0,9 %[b]	0,3 %[c]	1 %[d]	
Services de prévention et d'amélioration	0,9 %[b]	0,3 %[c]	1 %[d]	
Total des dépenses[g]	**Inflation + 3,5 %**			

Notes du tableau 28

Les hypothèses sont les suivantes:

a) De façon générale, l'accroissement des dépense réelles, soit de la quantité de services dispensés, s'évalue de la façon suivante: à l'effet d'augmentation de la population dans son ensemble on ajoute l'effet du vieillissement (accroissement de la consommation résultant de la modification de la structure par âge). On ajoute également dans le secteur hospitalier, l'augmentation de l'intensité de services par admission, qui peut résulter de la pression conjuguée de la démographie médicale et du progrès technologique. Le chiffre utilisé (2 %) est inférieur à celui qui a été constaté au cours de la période 1975-1984 (3,4 %).

b) Projection des tendances observées entre 1977 et 1984. Dans le cas de l'intensité de services par patient admis, il s'agit d'une hypothèse assez conservatrice.

c) Taux de croissance annuel moyen de la population pour les années 1985 à 2000, d'après le scénario moyen du Bureau de la statistique du Québec.

d) Accroissement des dépenses réelles de services de santé et de services sociaux, du seul fait de la modification de la structure par âge et sexe de la population. On suppose une consommation constante de services par âge et sexe. Il s'agit d'une hypothèse conservatrice, telle qu'elle ressort des principales études réalisées au Québec et au Canada.

e) On suppose que les tarifs s'accroissent au rythme de l'inflation.

f) Il nous apparaît plus réaliste de prévoir l'accroissement de la quantité de services médicaux consommés à partir de la croissance du nombre de médecins et de l'activité par médecin, et non en fonction de la croissance démographique et de la consommation de services per capita. Ce serait différent si tous les médecins étaient rémunérés de façon forfaitaire.

g) Total obtenu en faisant la somme pondérée des taux de croissance projetés pour chacun des secteurs.

par ailleurs, qu'entre 1986-1987 et 1989-1990, les seules dépenses de santé s'accroîtront au rythme de l'inflation plus 4 %. Si, comme le suggèrent les prévisions, le PIB réel s'accroît au rythme de 2,5 à 3 % par an en moyenne, le rythme d'accroissement des dépenses de services de santé et de services sociaux devrait donc rester légèrement supérieur à celui du PIB.

3. Les capacités de financement public

En dépit de l'état satisfaisant des finances publiques québécoises, l'évolution de la pensée fiscale, la concurrence internationale, le discours actuel et les décisions politiques récentes ne semblent pas plaider en faveur d'un accroissement des prélèvements fiscaux et parafiscaux, en % du PIB. De plus, la situation des finances publiques fédérales et la tendance à la baisse des transferts fédéraux au titre de la santé et de l'enseignement supérieur suggèrent plutôt qu'un effort important devra être déployé en compensation par le gouvernement provincial, pour maintenir les services à leur

niveau actuel. La situation n'est plus la même qu'il y a 15 ou 20 ans. On pouvait alors facilement prévoir des expansions de services en misant sur un accroissement des ressources financières. Même si ces perspectives existent encore aujourd'hui, elles sont réduites et l'on devra également envisager des réallocations de ressources et tabler, de toutes façons, sur une amélioration générale de l'efficacité des sommes investies.

3.1 Le financement fédéral

Sur le plan des principes, il est difficilement acceptable que le gouvernement fédéral puisse affirmer dans une loi la nécessité pour les provinces de respecter les objectifs nationaux des programmes d'assurance-santé, sans s'engager politiquement à assurer aux provinces les moyens de concrétiser ces objectifs. En raison des difficultés financières du gouvernement fédéral, le maintien de sa contribution financière ne pourrait être obtenu qu'au prix de compressions dans d'autres programmes ou d'une hausse des impôts fédéraux. Le choix du gouvernement fédéral est de laisser aux provinces le soin de faire cet arbitrage inévitable. Les bénéfices politiques de cette décentralisation sont évidents: on laisse les provinces supporter l'odieux d'éventuelles restrictions dans les programmes de santé, préférant protéger ses marges de manoeuvre pour ses champs de compétence.

Quel peuvent être les répercussions de cette évolution sur les systèmes de santé des provinces? Dans le contexte qui vient d'être décrit, le gouvernement provincial sera inévitablement confronté aux choix suivants: soit augmenter le fardeau fiscal ou diminuer les budgets de la santé et des services sociaux, ou ceux d'autres secteurs. Le recours à un financement privé accru, par le biais notamment d'une participation de l'usager aux coûts des services de santé lors de leur consommation, a souvent été mis de l'avant comme solution de rechange. Cette hypothèse va à l'encontre des principes contenus dans la loi canadienne sur la santé et a donné lieu à de nombreux débats et à des expériences sans lendemain de surfacturation dans plusieurs provinces canadiennes.

D'autre part, le gouvernement fédéral n'a pas une approche globale pour sa participation au financement des services sociaux. Ces derniers sont financés selon différentes logiques et différents programmes: soit comme services complémentaires aux programmes de santé ou de sécurité du revenu, soit encore comme s'adressant à des populations cibles particulières, tels que les jeunes contrevenants ou les personnes invalides, soit enfin, comme services d'une nature différente aux personnes les plus démunies de notre société, par le biais du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Cette approche est à l'opposé de celle du Québec qui applique aux services sociaux dans leur ensemble les mêmes principes d'universalité d'accès qu'aux services de santé. Ces différences de conception entraînent des tergiversations bureaucratiques pénibles et coûteuses pour le Québec. De plus, le financement de l'ensemble des services sociaux ne se fait pas en fonction d'une logique propre à ce secteur. Il est plutôt fonction d'autres programmes et services, notamment des services de santé et de la sécurité du revenu. Et les contraintes propres à ces deux sources de financement n'ont rien à voir avec l'évolution des besoins sociaux et des réponses qu'on peut y apporter.

Pour plusieurs, il ne fait d'ailleurs aucun doute que le RAPC doit être restructuré, surtout en ce qui concerne les services sociaux. Certaines tentatives ont d'ailleurs été faites dans ce sens, entre 1973 et 1977, à l'occasion de la révision fédérale-provinciale de la sécurité sociale.

Les mécanismes de transfert de fonds fédéraux devraient être adaptés à la réalité des services sociaux dans les différentes provinces et en particulier au Québec. Les principes retenus par la Commission, quant à l'accessibilité universelle des services sociaux, devraient être considérés comme la base d'une entente entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec.

La première option qui se présente au gouvernement du Québec, et à celui des autres provinces, est de convaincre le gouvernement fédéral de consolider ses trois mécanismes de transferts de fonds dans le domaine des services sociaux (RAPC, *Loi sur les jeunes contrevenants, Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides*) en un seul, et d'en faire une loi fédérale de contributions conditionnelles aux services sociaux des provinces. L'objectif principal de cette loi devrait être de favoriser le développement des services sociaux et d'améliorer substantiellement leur financement. Il serait important que tout nouveau programme mis sur pied par le gouvernement fédéral, laisse au Québec le pouvoir de mettre ce programme en œuvre, conformément à ses objectifs propres.

En l'absence d'initiative législative majeure du gouvernement fédéral, on pourrait à tout le moins souhaiter que le gouvernement du Québec négocie à court terme, avec son partenaire fédéral, de nouvelles règles d'interprétation administratives du RAPC, moins restrictives et tatillonnes, et qui revalorisent la contribution fédérale au financement des services sociaux.

3.2 L'évolution du PIB et la dynamique de l'ensemble des dépenses sociales

Supposons que le gouvernement maintienne son hypothèse voulant que l'ensemble des dépenses publiques ait un rythme de croissance comparable à celui de l'inflation. Supposons que le financement fédéral continue à décroître, tel que le prévoient les accords fiscaux. Supposons également que le gouvernement persiste dans sa volonté de réduire le déficit ainsi que le fardeau fiscal des contribuables. Dans ce cas, si les dépenses de santé et de services sociaux s'accroissent au rythme de l'inflation plus 3,5 % ou 4 %, il faudra aller chercher chaque année 350 ou 400 millions, en dollars d'aujourd'hui, dans d'autres secteurs. À moins que la dynamique d'ensemble du système ne subisse de réelles modifications.

Ces choix seront-ils faciles ? Comment, en particulier, les engagements sociaux pris par les gouvernements canadien et québécois, sous la forme principalement de programmes de santé et de réadaptation sociale, de subventions à l'éducation, de programmes de sécurité du revenu et de pensions de vieillesse risquent-ils d'être affectés par l'évolution socio-démographique des 20 prochaines années ?

On trouve quelques éléments de réponse dans un nombre limité d'études portant sur l'ensemble des dépenses publiques, susceptibles d'être directement influencées par l'évolution socio-démographique et en particulier, par le vieillissement de la population. Or cette vision d'ensemble est fondamentale, puisque les pressions à la hausse qui s'exerceront sur certains secteurs (santé, retraite) peuvent être réduites ou même renversées par les pressions à la baisse sur d'autres secteurs. Si cela était, le rythme relatif de croissance des différentes catégories de dépenses sociales pourrait nous donner une certaine marge de manoeuvre.

Une étude récente du Fonds monétaire international[277] présente une projection des dépenses sociales, de 1980 à 2025, pour sept pays industrialisés dont le Canada. Les dépenses sociales retenues comprennent la santé, l'éducation, les transferts aux personnes âgées et les autres dépenses de sécurité du revenu. Pour le Canada, quel que soit le scénario démographique retenu, la part des dépenses sociales dans le PIB diminue cumulativement de 2 à 3 pour cent jusqu'en 2010. Ce résultat s'explique en partie par le fait qu'au Canada, le nombre croissant de personnes âgées de plus de 65 ans est plus que compensée par la réduction du poids démographique des enfants de 0 à 14 ans, ce qui réduit le rapport de dépendance, c'est-à-dire le rapport entre la population âgée de moins de 15 ans ou de plus de 64 ans, et la population âgée de 15 à 64 ans. Ce rapport ne se remet à

augmenter qu'après 2010. L'étude du FMI suppose également un gain de productivité, soit un accroissement de la production réelle par personne occupée de 1,5 % par an, ce qui correspond à l'expérience canadienne récente.

Selon les hypothèses retenues par cette étude, la hausse des dépenses de santé augmente en proportion du PIB. Mais la baisse prévisible des allocations familiales, des prestations d'assurance-chômage et des dépenses d'éducation, explique en grande partie le niveau obtenu dans l'étude du FMI pour l'ensemble des dépenses sociales. Il est remarquable de constater par ailleurs que l'importance des transferts aux personnes âgées, en pourcentage du PIB, diminuerait entre 1980 et 2010. Un tel résultat provient en partie de l'hypothèse, fondée sur l'expérience, que les prestations de la sécurité de la vieillesse et du régime de supplément de revenu garanti sont indexées aux prix et non aux gains salariaux, qui évoluent plutôt au rythme de la productivité[278].

La seule projection de cette nature réalisée, à notre connaissance, pour le Québec aboutit à des résultats comparables[279]. En 1984, les dépenses sociales correspondant aux programmes de santé et d'adaptation sociale, d'indemnisation du chômage, d'aide sociale, de pensions de vieillesse, et d'éducation, représentaient environ 22,4 % du PIB. Différentes hypothèses ont été formulées quant à la croissance du PIB réel, et à celle des principales composantes des dépenses sociales étudiées, pour les dix prochaines années.

Dans un scénario optimiste, soit celui où les dépenses de chacun des programmes ne s'accroissent qu'au rythme de l'inflation et de la croissance de la population concernée par le programme, le rapport des dépenses sociales au PIB diminuera. Cette diminution serait bien sûr d'autant plus importante que le PIB réel s'accroîtrait rapidement. Cette baisse interviendrait même si l'on permettait aux dépenses de santé et d'adaptation sociale un accroissement supplémentaire de 1 % par an pour tenir compte du vieillissement démographique.

Dans un scénario pessimiste, les différentes composantes s'accroissent au rythme observé entre 1974 et 1985. Les dépenses sociales augmentent rapidement (en pourcentage du PIB) et ce, essentiellement en raison de l'accroissement considérable des taux de participation aux programmes d'aide sociale et d'assurance-chômage observés au cours de la période de référence. Selon l'hypothèse de croissance du PIB, les pourcentages atteints seraient respectivement de 30,2 % et 28,7 % du PIB.

Enfin dans un scénario plus réaliste, les taux de participation n'augmentent plus, sauf dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale, en raison du vieillissement démographique. Les taux projetés pour les dépenses sociales, en pourcentage du PIB, atteignent 24,5 % ou 23,2 % en 1995, selon l'hypothèse de croissance du PIB. Ces taux restent très proches de celui constaté en 1985, qui est de 22,4 %. Ils pourraient facilement être stables, si l'on faisait par exemple l'hypothèse d'une croissance plus faible des dépenses réelles par participant dans le secteur de l'éducation et dans celui des pensions de vieillesse, que celle observée entre 1975 et 1984.

Il est évident que ces projections sont mécanistes et supposent la constance des comportements et des paramètres des programmes. Mais elles peuvent utilement servir de scénario de base et elles laissent entrevoir, en particulier, des « marges de manoeuvre » dont il n'est généralement pas fait mention, comme le rythme relatif de croissance de chacune des catégories de dépenses sociales, ou celui de la productivité et de l'emploi. C'est cependant à la population qu'il appartiendra, en dernier ressort, de signifier à ses élus la façon dont elle souhaite financer un accroissement éventuel des services de santé et des services sociaux à la population.

4. La question du financement privé

Lorsque l'on s'interroge sur le niveau adéquat de financement d'un système de santé et de services sociaux, la question fondamentale n'est pas de savoir s'il est possible d'y investir, globalement, plus de ressources. Le vrai problème, c'est de choisir la meilleure façon d'aller chercher ces ressources compte tenu des objectifs poursuivis. Quel que soit le moyen retenu, c'est en effet toujours la société qui paye. Si elle veut payer plus, elle le fera, d'une façon ou d'une autre.

Le recours au financement privé, ou au financement public, ne peut se justifier d'un point de vue purement idéologique. Il importe de pouvoir évaluer comment les mécanismes de financement retenus, permettent de résoudre les problèmes qui se posent dans le système et de mieux atteindre les objectifs.

4.1 Les arguments en faveur du financement privé

L'intérêt manifesté par certains pour un recours accru au financement privé repose sur différents arguments, parfois contradictoires.

Considérons d'abord, l'argument du sous-financement: certains voient dans un appel plus fréquent aux fonds privés le moyen d'augmenter les ressources totales investies dans le système des services de santé et des services sociaux, jugeant son bon fonctionnement, ou leurs attentes, compromis par les restrictions budgétaires et les préoccupations financières des gouvernements.

Telle était par exemple la teneur des arguments en faveur de la surfacturation, c'est-à-dire de la possibilité pour le médecin de demander une contribution directe à ses patients, en sus des tarifs payés par l'assurance-maladie. Dans leur combat perdu pour la surfacturation, les médecins ontariens ont vu une façon d'augmenter leurs revenus sans peser sur l'équilibre budgétaire du gouvernement.

L'argument du sous-financement est également invoqué par ceux qui craignent la diminution de l'accessibilité aux services, l'allongement des listes d'attentes, et la difficulté d'accroître le nombre de services réellement efficaces qu'il est possible d'offrir aux Québécois (par exemple, l'accès à des technologies réellement décisives); ceux-là demandent également si les ressources actuelles suffiront pour répondre aux problèmes nouveaux tels que le SIDA ou aux problèmes associés au vieillissement de la population.

Cet argument a enfin justifié la création des fondations privées auprès des établissements, pour contribuer au financement de la recherche et des équipements.

D'autres voient dans le recours au financement privé une façon de décourager la consommation abusive de services, d'améliorer l'utilisation rationnelle des ressources dans le système, l'objectif final étant éventuellement de diminuer le montant des dépenses gouvernementales. Ainsi, le recours à toute forme de participation aux frais par l'usager, lors de la consommation de services de santé, est souvent présenté comme un moyen de décourager la consommation de services inutiles.

4.2 Les arguments contre le financement privé

4.2.1 L'équité

Comme nous l'avons déjà souligné, l'une des dimensions essentielles de l'équité est l'accès aux services. Le rationnement équitable des services constitue d'ailleurs la pierre angulaire des systèmes québécois et canadien de santé. Selon ce principe, la capacité de payer d'une personne ne doit

pas déterminer sa consommation de services, et celle-ci ne doit pas affecter ses dépenses pour d'autres biens et services. Ceci implique non seulement qu'il ne peut exister d'incitations financières qui permettraient un accès aux services selon les ressources financières, mais que des services comparables doivent être disponibles pour tous, quel que soit le niveau de revenu. Un système avec différentes classes de services, l'une pour les riches, l'autre pour les pauvres, n'est donc pas envisageable si l'on tient au principe du rationnement équitable. L'expansion d'un système privé parallèle, soutenu par l'assurance privée ne peut donc être encouragé. La décision concernant la nature des services universellement accessibles et gratuits a cependant des implications d'ordre éthique que l'on ne peut ignorer. Nous y reviendrons dans la conclusion de ce chapitre.

4.2.2 La rentabilité des ressources investies

Il y a deux façons d'améliorer la rentabilité des ressources investies. L'une est de tenter de minimiser les coûts de production d'un service; c'est ce qu'on appelle l'efficience. Par exemple, supposons qu'il en coûte aujourd'hui 5 dollars par personne pour fournir le repas du soir à des patients placés en centre d'accueil, et qu'un repas d'égale qualité pourrait être fourni pour 4 $ si le service de cuisine était réorganisé, l'efficience du système serait améliorée.

Une autre dimension est celle de l'efficacité des services produits. Nous avons déjà évoqué au début de ce chapitre les possibilités offertes par une remise en question de la pertinence et de l'efficacité des services actuellement offerts par le système.

Il est important de ne pas confondre amélioration de l'efficience et de l'efficacité des sommes investies, et réduction des dépenses. Par exemple, on peut très bien diminuer le coût d'un repas en réduisant les portions de moitié. Il ne s'agit pas là d'une amélioration de l'efficience.

De même, on commente avec fierté l'écart qui existe entre le niveau des dépenses au Canada et celui des États-Unis. Cette fierté est justifiée parce que cet écart résulte de coûts moins élevés ou d'une production moins fréquente de services inutiles. Elle ne le serait pas si des services capitaux pour la santé et le bien-être de la population n'étaient pas disponibles au Canada, alors qu'ils le sont aux États-Unis, ce qui n'est pas le cas. Nous retrouvons dans cette réflexion l'importance d'un débat sur le niveau de financement qui porte sur les trois pôles: Quoi? Combien? Comment?

4.3 Les études effectuées sur le sujet

Plusieurs études ont tenté d'évaluer les retombées sur la consommation de services de santé, de différentes formules de participation aux frais par l'usager, lors de l'utilisation de ces services. Citons en particulier la plus connue, celle entreprise par la Rand Corporation aux États-Unis[280]. Cette étude atteste une diminution de la consommation de services, quand on fait payer des frais directement au patient. Les autres résultats de cette expérience américaine sont cependant troublants. D'abord, l'existence de ces frais n'a aucun effet sur le coût total de l'épisode de services, c'est-à-dire sur l'efficience avec laquelle les services sont rendus. Ensuite, cette baisse de consommation affecte autant les services utiles que les services inutiles. De plus, elle touche particulièrement les personnes à faibles revenus, et surtout les enfants. Enfin, les indicateurs de résultats utilisés par les chercheurs de la Rand Corporation interdisent, de leur propre aveu, toute conclusion trop optimiste sur l'absence d'effets indésirables sur la santé des patients ayant effectivement réduit leur utilisation.

Nous y ajouterons une remarque. Cette étude laisse de côté le rôle joué par le médecin dans le processus d'utilisation des ressources. Cet oubli est compréhensible: les personnes qui constituaient l'échantillon de cette expérience représentaient une part trop faible de la clientèle de chaque médecin concerné pour que les revenus de celui-ci s'en trouvent affectés. Imaginons un instant qu'une telle expérience se réalise à l'échelle du Québec. Nous avons pu observer que les médecins rémunérés à l'acte réagissaient à une faible augmentation des tarifs par une hausse du nombre d'actes dispensés. Il n'est pas inconcevable de penser que, si les médecins québécois rémunérés à l'acte connaissaient une baisse de revenus, ils pourraient réagir en augmentant, pour chaque contact avec un patient, la quantité de services prescrits ou de visites de suivi. L'effet de diminution des dépenses de services médicaux pourrait être considérablement amoindri. L'expérience des pays qui ont instauré un ticket modérateur pour leurs services de santé va d'ailleurs tout à fait dans ce sens. Il est donc peu probable que le recours à la participation de l'usager aux frais, lors de la consommation d'un service requis, favorise l'utilisation efficiente des ressources et réduise le niveau des dépenses gouvernementales. De plus, cette forme d'incitations destinée au patient va à l'encontre de notre principe d'équité, puisque la consommation des services se trouve alors affectée par la capacité de payer de la personne. Enfin, elle risque d'avoir des effets indésirables sur la santé des patients.

5. Le financement public des services couverts

Nous avons vu dans les sections précédentes les perspectives d'évolution des dépenses dans le secteur des services de santé et des services sociaux. Nous y avons aussi examiné les possibilités de financement au cours des prochaines années.

Nous considérons comme vraisemblable une croissance de ces dépenses légèrement supérieure à celle du PIB. Ceci constitue plus ou moins le prolongement de la tendance des 15 dernières années. De plus, la dynamique de l'ensemble des dépenses sociales, incluant la santé et l'adaptation sociale, l'assurance-chômage, l'aide sociale, les pensions de vieillesse et l'éducation, rend plausible l'hypothèse d'une stabilisation de la part de celles-ci en pourcentage du PIB. La croissance plus forte des dépenses dans les services de santé et les services sociaux pourrait être compensée par une croissance plus faible d'autres dépenses sociales.

Il n'y a donc pas péril en la demeure. On peut croire que ces évolutions compensatoires dans les grands sous-ensembles constituant les dépenses sociales totales, jointes aux gains de productivité dans ces secteurs et dans l'ensemble de l'économie durant les prochaines années, permettront au Québec de consolider les acquis et de compléter l'oeuvre entreprise il y a 15 ans. Mais, c'est à la population qu'il appartiendra en dernier ressort de signifier à ses représentants élus ses attentes en ce domaine.

La position de la Commission est en effet très claire: les services couverts, c'est-à-dire ceux définis précédemment comme universels, accessibles et gratuits, devront faire l'objet d'un financement totalement public. Les observations faites précédemment concernant le financement privé conduisent la Commission à rejeter cette option pour le financement des services couverts. Celle-ci pose de sérieux problèmes sur le plan de l'équité et ne garantit aucunement l'amélioration de la rentabilité des ressources investies dans le secteur de la santé et du bien-être.

Ceci n'exclut pas que des contributions puissent continuer d'être exigées des bénéficiaires pour leur hébergement s'il s'agit essentiellement de transferts de paiements, c'est-à-dire de sommes que ces personnes devraient de toutes façons débourser pour leur logement et leur nourriture, et qui n'ont rien à voir avec les services sociaux et les services de santé qu'ils reçoivent par ailleurs. Nous ne rejetons pas non plus la possibilité que les bénéficiaires paient pour l'usage de services non couverts, comme c'est déjà le cas pour l'occupation de chambres privées ou semi-privées en

centre hospitalier. Il s'agit là de paiements privés, mais pour des services non couverts. De telles pratiques ne sont pas en contradiction avec la position de la Commission.

De la même façon, la Commission n'exclut pas le recours aux fondations privées pour le financement des équipements par exemple. Dans ce cas, le problème n'est pas tant de savoir d'où provient le financement des projets d'immobilisation mais qui en décide. L'on doit encourager le recours au financement privé, notamment philantropique, à condition que ce moyen ne devienne pas une façon de contourner les politiques publiques de financement. L'État doit continuer à garantir l'accessibilité aux services, indépendamment de la richesse des communautés où est situé l'hôpital. De plus, compte tenu des effets de ces investissement sur les coûts d'opération qui sont, eux, financés publiquement, L'état doit également veiller à ce que les projets d'immobilation permettent réellement d'améliorer l'efficience et l'efficacité du système. Son rôle dans l'évaluation et la diffusion des technologies nouvelles est de toute première importance.

Enfin, la Commission ne s'oppose pas non plus au développement de certaines activités commerciales par les établissements. Les revenus engendrés par les stationnements, locations de télévisions ou d'espaces, boutiques de cadeaux, peuvent en effet servir à alimenter la marge de manœuvre de l'hôpital et à financer certains projets spéciaux. Ces activités ne devraient cependant pas nuire à la mission première de l'hôpital, qui est de dispenser des soins diagnostiques et thérapeutiques de qualité à ses patients. Elles ne devraient pas inclure la vente de services au patients.

Conclusion

Le financement des services de santé et des services sociaux résultera toujours d'un compromis politique entre la volonté d'atteindre certains objectifs de santé et de bien-être et le coût de réalisation de ces objectifs. Pour qu'une société soit en mesure d'effectuer les arbitrages requis, il faut que la population soit en mesure d'évaluer les performances du système, de se prononcer sur ses objectifs et ses priorités et de décider du niveau de financement qui devrait être consacré au secteur de la santé et des services sociaux. Elle doit donc disposer de l'information nécessaire et du pouvoir de décision.

Par ailleurs, il faut sortir du débat stérile portant sur l'insuffisance ou, au contraire, sur l'excès des fonds publics investis dans le secteur de la santé et des services sociaux. S'il existe des indices réels de sous-financement dans certains domaines, rien ne garantit par ailleurs que l'ensemble des services dispensés soient produits de la façon la plus efficiente. C'est l'ensemble des modalités organisationnelles du système qui sont en jeu : couverture des services, mode de budgétisation, impact des contraintes réglementaires, gestion des ressources humaines, développement de systèmes d'information et adoption de mesures de rentabilité intégrées au processus budgétaire.

La Commission estime, en s'appuyant sur les tendances observées ces dernières années et à la lumière des facteurs de croissance que constituent notamment le vieillissement de la population, l'évolution des effectifs médicaux et la pression des changements technologiques, que les dépenses augmenteront au cours des prochaines années à un rythme annuel légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Ce rythme de croissance exigera un effort important du gouvernement du Québec pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

En ce sens, la Commission estime inacceptable que le gouvernement fédéral n'assure pas aux provinces les moyens de concrétiser les objectifs nationaux des programmes d'assurance-santé.

Le financement fédéral des services sociaux devrait être révisé et adapté à la réalité des services sociaux au Québec. Les principes retenus par la Commission quant à l'accessibilité universelle des services sociaux devraient être considérés comme la base d'une nouvelle entente entre le gouvernement fédéral et celui du Québec. Cette entente devrait prévoir la consolidation des mécanismes actuels de transferts de fonds (*RAPC, Loi sur les jeunes contrevenants, Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides*) en un seul visant à favoriser le développement des services sociaux et à améliorer substantiellement leur financement.

En ce qui concerne la nature, publique ou privée, du financement, la position de la Commission est très claire : les services couverts, c'est-à-dire ceux définis comme universels, accessibles et gratuits, doivent faire l'objet d'un financement totalement public. La Commission est d'avis que le financement privé et les frais modérateurs posent de sérieux problèmes sur le plan de l'équité, en plus de ne garantir aucunement l'amélioration de la rentabilité des ressources investies dans le secteur de la santé et du bien-être.

Ceci n'exclut pas certaines formes de financement privé :

- **La Commission encourage le financement privé des projets d'immobilisation, sous réserve qu'il s'inscrive à l'intérieur des politiques générales d'accessibilité aux services, laquelle doit être assurée indépendamment de la richesse des communautés.**
- **La Commission est d'avis que les contributions des bénéficiaires pour leur hébergement, lorsqu'il s'agit de transferts de paiements, et pour l'usage de services non couverts, tel le supplément relié à l'occupation de chambres privées ou semi-privées en centre hospitalier, peuvent continuer à être prélevées ; de telles pratiques ne vont pas à l'encontre de la position de la Commission, selon laquelle il ne doit pas exister de paiements privés pour les services couverts dans le secteur de la santé et du bien-être.**

Les projections globales de l'évolution des dépenses publiques comportent de multiples aléas. Si elles laissent entrevoir certaines marges de manoeuvre résultant d'une pression à la baisse de facteurs tels que la réduction du poids démographique des enfants de 0 à 14 ans et l'amélioration de la productivité, il n'en demeure pas moins que des choix doivent être effectués, notamment quant aux services qui seront couverts et ceux qui ne le seront pas.

Les dimensions éthiques d'un tel choix ne peuvent être ignorées. La première tâche de ceux et celles qui auront à décider si tel service est couvert ou ne l'est pas, est de dévelop-

per des lignes directrices acceptées par tous et leur permettant de poser un tel jugement. Sur le plan de l'affectation globale des ressources publiques et de la couverture des services, ces lignes directrices devraient tenir compte de l'évolution des problèmes, des valeurs morales et des possibilités d'intervention. Dans cette perspective, la préoccupation constante des décideurs devrait être de s'assurer que les services couverts sont vraiment ceux dont la société retire le plus grand bénéfice.

Chapitre 7

De nouveaux défis pour l'allocation des budgets et le paiement des ressources

Toutes les nouvelles orientation, les nouveaux principes et la nouvelle dynamique des pouvoirs que nous avons proposés dans les pages précédentes, posent des défis d'envergure au processus d'allocation budgétaire ainsi qu'aux modalités de paiement des ressources.

On veut en effet un système orienté sur des résultats. On souhaite des moyens adaptés aux objectifs poursuivis, novateurs, et répondant aux préférences, aux attentes, aux valeurs des personnes et des communautés desservies. On désire des services accessibles, continus et de qualité, quelle que soit la région où l'on réside. On cherche enfin à ce que les acteurs de notre système, indépendamment du niveau où ils oeuvrent, se sentent responsables non seulement de l'équilibre entre leurs recettes et leurs dépenses, mais également du fait que les objectifs qu'ils ont contribué à fixer et qu'ils se sont engagés à poursuivre sont atteints ou non.

L'allocation des budgets et le paiement des ressources constituent l'une des principales sources d'énergie du système. Leurs modalités et la façon dont elles sont administrées exercent une influence déterminante sur le comportement de tous. De leur formulation adéquate dépendent en grande partie le succès – ou l'échec – de toute l'entreprise.

Nous avons regroupé nos propositions relatives à l'allocation des budgets et aux modalités de paiement des ressources autour des trois grands objectifs suivants:

- L'allocation des ressources doit être, à tous les niveaux, le résultat de débats et de choix clairs portant sur les objectifs prioritaires à atteindre, le montant des ressources à investir, et les moyens à mettre en oeuvre.

- Les mécanismes d'allocation budgétaire et les modalités de paiement des ressources doivent être équitables et cohérents avec les objectifs poursuivis.
- Quel que soit le niveau de décision, les acteurs doivent être responsables non seulement de leur équilibre budgétaire mais aussi de l'atteinte d'objectifs de résultats.

Rappelons, enfin, que les moyens plus concrets que nous proposons dans cette partie ne peuvent, bien évidemment être mis en oeuvre du jour au lendemain. Il y a des préalables à construire, des cultures à créer, des étapes à franchir, beaucoup d'outils à développer en s'appuyant sur une volonté politique clairement exprimée. Mais surtout, il y a des stratégies à concevoir et des gestes à poser pour réussir, à plus ou moins long terme, à surmonter les obstacles inévitables du parcours.

1. Quoi, combien, comment: des choix éclairés, visibles, transparents

Les choix relatifs aux objectifs prioritaires à atteindre, au montant des ressources à investir et aux moyens à mettre en oeuvre sont difficiles à faire. *Ils devraient être plus visibles*. Ils devraient également refléter les différentes valeurs et légitimités qui constituent l'opinion publique. Ils devraient donc donner lieu à des débats qui soient accessibles à la population.

Il faut privilégier cette façon d'envisager d'éventuelles réaffectations de ressources. Seul un consensus clair et explicite sur les résultats à atteindre, permettra à un décideur de prendre ce risque politique. D'où l'importance des forums qui permettent les débats, comme ceux des informations qui les alimentent. D'où l'importance d'un processus d'allocation budgétaire qui entérine ces choix.

Pour réaliser cet objectif, la Commission propose les pistes suivantes.

1.1 Une planification intersectorielle à long terme

Au niveau de décision central, le Conseil de la santé et du bien-être aurait pour mission d'éclairer le gouvernement sur les aspects multisectoriels de la santé et du développement social et de lui proposer des objectifs à long terme en ce domaine. Il devrait également rappeler les priorités d'ordre sanitaire et social, et l'importance de les considérer pour l'élaboration du budget des dépenses gouvernementales. Ce conseil devrait d'ailleurs informer l'opinion publique de l'évolution générale de l'état de santé et de bien-

être de la population. L'ensemble des mandats et des responsabilités qui pourraient être confiés à ce Conseil ont été précisés dans le premier chapitre de la présente section.

1.2 Un exercice réel de planification sur trois ans

Toutes les demandes budgétaires des acteurs devraient s'appuyer, à tous les niveaux de décision, sur le choix d'objectifs prioritaires et sur les résultats obtenus. L'outil privilégié de cette démarche serait une planification sur trois ans des dépenses et de leur financement, centrée sur des priorités et des objectifs, et s'appuyant sur les performances passées.

Il est inconcevable, en effet, dans un système orienté vers des résultats, que les acteurs ne puissent planifier au-delà d'un an les activités nécessaires à l'atteinte des objectifs, ni négocier le financement nécessaire à ces activités. Le processus d'évaluation est long, souvent complexe. Il doit permettre éventuellement de modifier les allocations budgétaires, ne serait-ce qu'à la marge. Un plan de financement triennal est la meilleure façon de permettre que l'allocation des ressources se conforme aux objectifs poursuivis et tienne compte des résultats obtenus.

L'absence d'un horizon de planification et de financement qui dépasse le seul cycle budgétaire annuel explique en partie les échecs des tentatives de rationalisation des choix budgétaires au Québec avec le *Planning Programming Budgeting System* (PPBS), au début des années 1970, comme en Ontario, dont l'outil du *Management by Results* a été jusqu'ici peu concluant.

Cette planification sur trois ans nous semble indispensable, si l'on veut sortir de l'ornière de la reconduction historique, mécanique et inéquitable de tous les budgets, année après année.

1.2.1 Le rôle du Ministère au sein du gouvernement

Comme on l'a vu, le rôle essentiel du Ministère serait alors d'orienter le système vers des résultats, en fonction d'une politique à moyen terme de santé et de développement social. Cette politique servirait de base à sa planification triennale. C'est en s'appuyant sur l'une et sur l'autre que le Ministère pourrait obtenir plus adéquatement au sein du gouvernement les budgets destinés au secteur des services de santé et des services sociaux et leur répartition entre la composante régionale décentralisée et la composante centralisée regroupant tous les programmes dont il assumerait la responsabilité.

N'ayant plus la tâche de contrôler les quelque 900 établissements du réseau, ni celle d'en résoudre les problèmes quotidiens de gestion, il pourrait alors se consacrer entièrement à sa tâche de planification et d'évaluation des résultats obtenus par l'ensemble du système et par les 15 régions. C'est d'ailleurs de cela, principalement, que le Ministère devrait être responsable.

Nous sommes convaincus que l'accroissement de la visibilité des choix relatifs aux trois dimensions que nous avons déjà soulignées (les objectifs, les montants, les moyens) dépend en grande partie d'une revalorisation de la fonction de planification et d'évaluation globale du système par le Ministère, et de sa capacité à justifier, grâce aux résultats obtenus, ses propositions budgétaires globales.

Le Conseil du trésor ne devrait plus assumer l'examen à la pièce du bien-fondé des demandes budgétaires du Ministère, ni le contrôle des dépenses de tout le réseau. Les relations entre ces deux acteurs s'en trouveraient améliorées: l'un défendrait, comme il le doit, les objectifs budgétaires globaux et l'équilibre financier du gouvernement, l'autre, les objectifs prioritaires de bien-être et de santé de la population, en s'appuyant sur le rendement passé du système.

C'est donc en meilleure connaissance de cause, que le gouvernement pourrait choisir le montant global de ses dépenses, le répartir entre ses différentes missions et ses domaines d'intervention. Ces décisions interviendraient à l'issue de débats tenus à l'Assemblée nationale, en Commission parlementaire, ou en tout autre forum, et alimentés par les informations provenant des plans triennaux du Ministère et des régions, et des rapports réguliers du Conseil de la santé et des services sociaux.

À l'issue de ces débats, l'Assemblée nationale voterait donc à la fois l'enveloppe provinciale globale réservée au Ministère pour son infrastructure et les programmes de sa juridiction, mais également, chacune des enveloppes spécifiques des régions. Nous reviendrons plus loin sur la façon dont ces enveloppes pourraient être déterminées.

1.2.2 Les régies régionales et les organisations productrices de services

Ce processus de planification triennale des activités et du financement devrait s'exercer à tous les niveaux de décision. Sur la base de leurs priorités propres, établies cependant en conformité avec les politiques provinciales, les régies régionales devraient également négocier avec le

Ministère un plan de financement de trois ans. L'existence de débats et de choix visibles au niveau régional sur les priorités à fixer, les montants à y affecter et les moyens à mettre en oeuvre serait progressivement garantie par la mise en place, au sein des régies régionales, d'un conseil d'administration élu par la population et responsable, devant elle, de ces choix. Toutes les organisations susceptibles de recevoir un financement du Ministère ou de la régie régionale devraient également se soumettre à cet exercice de planification sur trois ans.

Il pourrait donc peu à peu s'instaurer une dynamique de négociation différente de celle qui existe actuellement, entre les bailleurs de fonds et les demandeurs. Elle serait beaucoup plus prospective, et tournée vers l'atteinte de résultats. Cette dynamique serait nourrie de toute l'information provenant des différents niveaux de décision, ainsi que des résultats des plans triennaux précédents.

Les forces de cette nouvelle dynamique sont essentiellement les suivantes: des débats accessibles à la population; des choix clairs et sanctionnés politiquement, portant sur les priorités, les ressources, les moyens; des systèmes d'information permettant à tous les niveaux une planification effective sur trois ans, et l'évaluation des résultats obtenus.

2. Des mécanismes d'allocation budgétaire et des modalités de paiement équitables et cohérents avec les objectifs poursuivis

L'expérience prouve en effet que cet objectif, apparemment trivial, est loin d'être atteint dans notre système. On peut le préciser de trois façons. Il s'agit:

- d'assurer une répartition équitable des ressources entre les régions;
- d'assurer le financement des différentes ressources publiques ou communautaires de façon plus équitable et en fonction de programmes;
- d'encourager l'élaboration de modalités de paiement des professionnels et en particulier des médecins, qui facilitent l'atteinte des objectifs du système.

2.1 L'équité inter-régionale

2.1.1 Un budget global per capita corrigé

Le principe de base de financement des régies régionales devrait être celui d'un financement par budget global per capita corrigé. Cette formule de financement présente un double avantage: elle assure une certaine équité dans la répartition des ressources entre les régions, compte tenu de la

population que celles-ci ont à desservir; elle donne également une certaine latitude à la régie régionale pour programmer l'utilisation de ses ressources, conformément à ses objectifs et à ses priorités.

2.1.2 La formule de répartition

Les enveloppes de chaque région tiendraient compte, bien évidemment, de la taille de la population mais également de certaines de ses caractéristiques comme l'âge et le sexe, ou de l'existence de certains facteurs susceptibles d'influencer le comportement de recours aux services; citons par exemple une prévalence très élevée de certains facteurs de risque (alcoolisme, chômage), de problèmes (accidents de la route) ou l'absence de ressources qui impose aux patients de longs et coûteux déplacements pour obtenir les services dont ils ont besoin.

C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui aurait la responsabilité d'élaborer la formule de répartition des budgets per capita entre les différentes régions. Cette formule serait valable pour trois ans, même si les budgets sont accordés annuellement. Elle ne pourrait être révisée qu'à la fin de cette période, respectant ainsi la nécessité de se conformer aux décisions incluses dans le plan financier triennal. Cette révision devrait être négociée entre le Ministère et les régions.

Il est important ici de mentionner les travaux qui ont été entrepris par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui visent à élaborer une formule d'allocation des ressources financières plus équitable que celle qui prévaut à l'heure actuelle: l'équité entre les régions, compte tenu des populations qu'elles desservent et des caractéristiques de ces populations; équité entre les programmes du Ministère à l'intérieur de chacune des régions, selon ces mêmes critères; équité entre les différents établissements, compte tenu des clientèles qu'ils desservent, de la qualité des services qu'ils dispensent et de leur rentabilité.

La Commission souscrit entièrement à ces efforts. Elle se propose de préciser tout au long des pages qui suivent les modalités de financement et les mesures incitatives qui pourraient être garantes d'une allocation plus équitable et plus efficace des ressources financières.

2.1.3 Vers une réduction des écarts

On peut donner une idée des écarts qui existent actuellement entre les régions. Si l'on répartit par région les dépenses brutes du Ministère, pour l'année 1985-1986, excluant ses propres budgets d'infrastructure ainsi que

les budgets affectés à la recherche mais incluant les budgets de la RAMQ, on obtient les résultats suivants: les dépenses brutes par habitant varient de 1 758 $ dans la région du Montréal métropolitain, à 711 $ pour la Montérégie, pour une moyenne d'environ 1 260 $ pour l'ensemble du Québec. Seules les régions de Québec et des Cantons de l'Est ont, à l'instar de Montréal, des dépenses supérieures à la moyenne.

Ceci est normal, car c'est là où sont concentrées les ressources et notamment les ressources hospitalières générales et spécialisées. Il ne faut pas oublier que ces régions desservent également d'autres populations et en particulier celles des régions limitrophes: les ressources spécialisées de Montréal sont largement utilisées par les populations des régions de Laurentides – Lanaudière et de la Montérégie.

Assurer une répartition plus équitable des ressources entre les régions ne signifie pas nécessairement démolir des hôpitaux à Montréal, et les reconstruire à Joliette ou à Rouyn-Noranda. Cela peut signifier tout simplement donner aux régions les budgets correspondant à la taille et aux caractéristiques des populations qu'elles ont à desservir, sans présumer du lieu où le service sera consommé. Cela peut vouloir dire malgré tout envisager un rééquilibrage à long terme des dotations régionales, pour tout ce qui concerne en particulier les services généraux.

2.1.4 Le budget de la région

Idéalement, le budget de la région comprendrait tout ce qui est de son rayon naturel d'action, c'est-à-dire tous les services dont la distribution et la coordination se conçoivent facilement à l'intérieur des limites d'une région. On comprendrait aisément, par exemple, que les services médicaux non spécialisés, les services de première ligne dispensés par les CLSC, ceux qui sont dispensés par les organismes communautaires, les services d'hébergement et de maintien à domicile des personnes âgées ainsi que les services hospitaliers généraux puissent faire partie de l'enveloppe globale de la région.

Il est évident qu'un tel transfert ne pourra s'opérer tout d'un coup, du jour au lendemain. On pourrait cependant envisager de régionaliser très progressivement les budgets correspondant à ces services, en commençant par ce qui est le plus simple, comme les budgets de nouveaux programmes correspondant à des clientèles bien précises et requérant la collaboration de plusieurs types de ressources. Le Ministère a d'ailleurs déjà tenté deux expériences de régionalisation pour de faibles sommes destinées les unes à l'alourdissement des clientèles en établissement de soins prolongés et en

établissement d'hébergement, les autres aux services à domicile. Peu à peu, les régions auraient ainsi les moyens d'assurer l'accessibilité de leur population aux services généraux, et de coordonner l'organisation et la distribution de ces services conformément aux priorités et aux préférences des communautés touchées.

Il est intéressant de constater que les écarts entre les régions se réduisent beaucoup si l'on ne considère que les services généraux. À titre d'illustration, en excluant les dépenses de portée provinciale, comme celles des centres hospitaliers universitaires, reconnus comme tels par la Commission, et celles des centres de services sociaux et des centres de réadaptation, les écarts deviennent les suivants pour l'année 1985-1986: 1 106 $ à Montréal, 618 $ en Montérégie, pour une moyenne de 940 $ per capita pour l'ensemble du Québec.

Les budgets des régions pourraient comprendre non seulement les dépenses d'exploitation, mais également les dépenses d'immobilisation inhérentes à leurs prérogatives. Toutefois, le plan d'immobilisation des régions devrait être approuvé par le Ministère et respecter les normes des plans nationaux d'immobilisation.

Selon la logique que nous avons développée, les sommes payées par la RAMQ pour rémunérer les professionnels de la santé devraient être incluses dans les budgets des régions, à l'exception toutefois des sommes versées à des professionnels oeuvrant dans des programmes de portée provinciale, ce qui est par exemple les cas des professionnels fournissant des services spécialisés dans les CHU. Le chapitre 3 de la présente partie, relatif à la planification de la main-d'oeuvre et à la répartition régionale des effectifs, présente les arguments et les propositions de la Commission à ce sujet.

2.1.5 Les achats de services entre régions, avec compensation financière

Les sommes que recevraient les régies pour assurer l'accessibilité de leurs populations aux services généraux sociaux ou sanitaires, ne présument pas forcément du lieu où ces services seront dispensés.

L'autosuffisance des régions devrait être encouragée, pour tous les services dits généraux ou de base. Cet objectif devrait pouvoir cependant souffrir quelques limites, qui tiennent au principe du libre choix du consommateur, ou qui se justifient sur le plan strictement économique. Les possibilités d'achat de services entre régions, assortis d'une compensation

financière, pourraient constituer une incitation à ne pas développer localement des services requérant des équipements coûteux, et que le bassin de population desservie n'arriverait pas à rentabiliser. Certaines régions limitrophes pourraient même décider de partager les frais d'implantation et de fonctionnement de certaines ressources spécialisées. Les régions pourraient ainsi négocier des ententes relatives à l'achat de certains services. Il pourrait y avoir des ajustements a posteriori, compte tenu des profils de consommation réellement observés.

La liberté du consommateur devrait être respectée. Les consommateurs devraient être incités, plutôt que contraints, à consommer chez eux, lorsque les services sont disponibles et moins coûteux que s'ils étaient consommés à l'extérieur. Le respect de la liberté du consommateur est de nature à créer une certaine émulation entre les régions. Dans ses actions de promotion, la région pourrait mettre l'accent sur la qualité du service, sa proximité, et les économies qui pourraient résulter d'une consommation des services domestiques.

2.2 Un financement sur la base de programmes

Les établissements et les organismes communautaires sont des organismes qui peuvent être financées par la régie ou par le Ministère, selon la juridiction régionale ou provinciale du programme auquel ils participent. Nous les désignerons indifféremment par le nom d'organismes, tout au long de cette section.

La base du financement, à l'intérieur d'une région comme au niveau provincial, serait le programme. L'Assemblée nationale voterait les montants que le Ministère pourrait affecter aux programmes qui sont de sa juridiction; elle voterait également les montants octroyés à chacune des régions. À l'intérieur des budgets ainsi obtenus, le Conseil d'administration de la régie déciderait non seulement des objectifs prioritaires, mais également des programmes qui devraient être mis en oeuvre pour atteindre ces objectifs et des ressources financières correspondantes.

Certains programmes pourraient être assumés entièrement par un organisme, par exemple le programme de services de réadaptation à des enfants handicapés moteurs; d'autres, par plusieurs organismes concurrents dispensant des services identiques, par exemple les programmes de services généraux hospitaliers. Certains enfin nécessiteraient la collaboration d'un réseau d'organismes complémentaires (programme de réinsertion

sociale d'anciens malades psychiatriques, ou de prise en charge de personnes atteintes du SIDA). Ces programmes pourraient à la limite faire l'objet d'appels d'offres.

Dans la relation entre la régie régionale et l'organisme, il y aurait un engagement de la nature d'un contrat implicite: les fonds seraient ainsi transférés à l'organisme, conformément à un plan de financement triennal, en échange de l'atteinte des objectifs convenus dans le cadre d'un ou de plusieurs programmes.

En fait, l'approche d'un financement par programme, comportant des objectifs de résultats et s'appuyant sur des ententes de cette nature avec les organismes, présente de nombreux avantages. Elle a surtout ceci d'intéressant qu'elle permet de libérer en grande partie l'organisme des règles, normes et contrôles a priori qui s'exercent sur les facteurs de production et sur la façon dont ils sont utilisés dans la production des services. Dans l'approche que nous proposons, les contrôles demeurent mais porteraient davantage sur ce qui est produit ainsi que sur les résultats de cette production.

Les relations entre les acteurs du système devraient être caractérisées par des ententes de cette nature, basées sur des engagements réciproques. Cette dynamique entre les bailleurs de fonds et les organismes pourrait avoir des conséquences positives, en particulier celle d'amener une intégration fonctionnelle d'un réseau autour de programmes.

L'intégration verticale des établissements a été souvent envisagée comme la meilleure façon d'assurer la continuité et la globalité des soins, ainsi que le suivi du patient. De nombreux exemples existent au Canada et surtout à l'étranger, d'organisations intégrées qui dispensent une gamme complète de soins aux patients dont elles ont la responsabilité.

L'approche qui vient d'être décrite permettrait de stimuler la collaboration des ressources dans le cadre de programmes dotés d'objectifs précis, et d'amener leur intégration, sans que l'on ait besoin de recourir à des formules lourdes et coercitives. Si l'intégration légale de ressources ayant développé des habitudes de collaboration doit avoir lieu, elle se fera naturellement.

2.2.1 Le financement par programme et l'allocation des budgets

Il est vrai que la quasi-totalité des dépenses des ressources, surtout dans les établissements, sont, en raison des salaires, de la sécurité d'emploi et du

coût élevé des équipements, des dépenses d'infrastructure, fixes et récurrentes, et qui appellent une reconduction quasi automatique. Il est apparemment difficile de concilier cette réalité avec l'idée d'un financement d'un programme à la réalisation duquel un établissement ne pourrait consacrer par exemple qu'une partie de ses activités.

Il sera cependant assez facile d'instaurer le financement par programme dans les centres locaux de services communautaires ou dans les centres de services sociaux, puisque ces établissements fonctionnent déjà par programmes. Pas de difficultés à prévoir non plus pour les organismes communautaires ou les centres d'accueil d'hébergement ou de réadaptation qui devraient, la plupart du temps, ne participer qu'à un seul programme à la fois.

Cette réorientation sera plus complexe pour l'hôpital. Elle devra se concrétiser de façon progressive et s'accompagner de changements importants dans les modes internes de fonctionnement et de gestion. De plus, cette réorientation du fonctionnement des établissements en fonction de programmes devra s'appuyer sur le développement de systèmes d'information reliant l'information clinique et comptable, sociale et médicale. À ce sujet, on peut mentionner certaines expériences d'allocation des budgets par département clinique qui s'appuient sur des systèmes d'information permettant de reconstituer les épisodes de services et les plans d'intervention.

À cet égard, il serait important de vérifier la capacité du projet « SIFO » (système d'informations financières et opérationnelles) du Ministère, à regrouper les centres d'activités qui servent actuellement de base à la comptabilité des établissements, pour réussir à produire des informations sur les coûts moyens par programme ou par type de bénéficiaires.

Cette réorientation du financement et du fonctionnement des ressources autour de programmes dotés d'objectifs précis nous apparaît toutefois la seule façon de rompre avec la culture de reconduction automatique des budgets, si solidement incrustée depuis des années dans les pratiques et dans les esprits. Elle nous apparaît la seule façon d'assurer un financement équitable des ressources, qui soit cohérent avec les objectifs poursuivis.

Il est évident que, à ses débuts, l'allocation des budgets par programme sera plutôt symbolique. Elle pourrait toucher surtout les nouveaux programmes, pour lesquels il y aurait éventuellement des ressources financières nouvelles. Elle pourrait s'appliquer également aux

programmes qui constituent la mission principale d'une ou de plusieurs ressources, comme par exemple le programme de réadaptation des enfants handicapés moteurs.

La Commission pense cependant qu'au fil des années, grâce au dynamisme des régions, au développement des systèmes d'information pertinents, à l'expérience accumulée dans les exercices de planification triennale, à l'évaluation réelle des programmes mis sur pied et des ressources qui y ont participé, les choses pourraient vraiment changer. Les établissements arriveraient à réarticuler leurs dépenses, leur fonctionnement et leur gestion autour des programmes dont ils ont la responsabilité. Une relation nouvelle devrait peu à peu s'établir entre les différentes ressources. C'est à ce prix, nous semble-t-il, que la continuité des services, et l'efficacité du système dans son ensemble, pourrait devenir une réalité.

2.2.2 Le financement des organismes communautaires

Le financement des organismes communautaires est par nature très diversifié. Selon les chiffres dont nous disposons pour l'année 1985-1986, le budget global des quelque 863 organismes répertoriés par le Ministère s'élèverait à près de 60 millions, dont 25 millions environ correspondent à la subvention versée au titre du programme de soutien aux organismes bénévoles. Environ 41 % de ce financement total provient donc du gouvernement provincial, 36,5 % d'organisations subventionnaires privées ou du gouvernement fédéral, le reste étant autofinancé de multiples façons.

Cette diversification du financement semble souhaitable à tous, puisqu'elle garantit l'autonomie des organismes communautaires. Mais un morcellement trop important des sources de financement, joint à l'incertitude, chaque année, du montant des subventions qui leur seront accordées l'année suivante, ont des conséquences négatives sur le fonctionnement de ces organismes: énergie fantastique consacrée à la recherche d'argent, fragilité de leur existence et arrêt de la prestation de services qui peuvent être d'extrême importance pour une population particulièrement démunie.

La position de la Commission est la suivante. Elle reconnaît que les organismes communautaires ont principalement deux missions, qui ne sont pas mutuellement exclusives, à savoir la défense et la promotion des intérêts des personnes qu'ils représentent, et la sensibilisation de la population et du gouvernement à ces intérêts.

La Commission estime que les organismes assumant une telle fonction à titre principal devraient recevoir une subvention d'infrastructure de base, versée directement par le Ministère dans le cadre d'un programme de portée provinciale. Cette subvention serait garantie pour une période de trois ans, conformément à la planification triennale du Ministère.

La plupart des organismes communautaires ont également comme mission de dispenser des services à la communauté. Leur financement s'exercerait alors exactement de la façon décrite dans la section précédente. Ils pourraient donc obtenir une subvention pour toute participation à un programme régional ou provincial destiné à une population ou un problème bien précis et doté d'objectifs spécifiques. Le montant de la subvention couvrirait alors les services dispensés par l'organisme. Il serait fixé, selon les objectifs à atteindre, tel que convenu entre le bailleur de fonds et toute ressource susceptible d'offrir des services.

Le contrôle du bailleur de fonds porterait sur les résultats obtenus. Le financement serait également garanti pour une période de trois ans. La subvention pourrait être remise en question, reconduite, voire augmentée les années suivantes, selon les résultats obtenus par l'organisme.

Les principes retenus par la Commission sont donc les suivants: respecter l'autonomie des organismes communautaires, leur assurer la possibilité de remplir leur fonction de défense et de promotion d'intérêts, encourager la collaboration des organismes qui offrent des services avec les ressources du réseau, subventionner ces organismes en raison directe de leur participation aux programmes et assurer, dans toutes les éventualités, un financement pour une période de trois ans.

2.3 Des modalités de paiement des médecins cohérentes avec les objectifs

2.3.1 Les médecins en bureau privé

Les polycliniques et les bureaux privés des médecins rémunérés à l'acte constituent un point d'entrée important dans le système. Quels devraient être les moyens à mettre en oeuvre pour assurer le suivi et la continuité des soins pour un patient dont le premier contact reste le plus souvent son médecin?

La plupart du temps, cette continuité va de soi. Quand il s'agit d'un problème de santé physique, bien circonstancié, facilement réglable par

une intervention thérapeutique, le patient est examiné, dirigé vers un service ou un spécialiste, voire opéré ou réadapté et le suivi est généralement assez bien assuré.

Le problème est différent pour tous les problèmes qui ont des dimensions non seulement physiques mais psychiques, sociales et affectives. Devant ces problèmes, les approches doivent être plus globales, plus continues, des professionnels d'autres disciplines doivent intervenir, un suivi devrait être assuré. Il est certain qu'un mode de rémunération à l'acte ne favorise pas ce genre d'approche. Mais il n'est pas le seul facteur en cause.

Il y a, surtout, des habitudes de collaboration à instaurer. Chaque médecin généraliste devrait connaître l'ensemble des ressources de première ligne disponibles dans la communauté. Ces ressources devraient être réceptives aux appels des médecins. Cette réceptivité devrait également exister dans l'autre sens. La responsabilité du suivi pourrait alors être assurée par le CLSC.

Il faudrait également encourager toute forme de collaboration des médecins à des programmes destinés à des populations particulières, ou à des problèmes précis – comme par exemple la prévention des grossesses à risque, la prise en charge des personnes atteintes du SIDA, ou l'organisation d'un service de soins à domicile pour des personnes handicapées ou âgées. Le médecin serait rémunéré de façon forfaitaire pour sa participation à ces programmes.

2.3.2 Les médecins en établissement

La Commission trouve difficilement concevable que le médecin exerçant la quasi-totalité de ses activités dans un établissement soit encore aujourd'hui rémunéré principalement à l'acte, et que le niveau total de sa rémunération ne soit pas déterminé à l'avance.

Cette situation a de graves conséquences: le médecin est amené à répartir son temps conformément aux incitations contenues dans son mode de rémunération. Il n'a donc aucun intérêt, et il est même pénalisé financièrement quand il le fait, à assumer des tâches d'encadrement, de formation et de recherche, particulièrement dans les centres hospitaliers universitaires, ni à assumer certaines responsabilités administratives au sein de l'établissement où il oeuvre la plupart du temps.

La Commission estime non pertinente la proposition de rémunérer, à un tarif qui serait négocié, certains actes de nature « médico-administrative ». Elle propose au contraire que le médecin qui travaille dans un établissement reçoive en contrepartie de l'ensemble de ses activités une rémunération fixe, mais qui puisse éventuellement être versée de différentes manières. Cette rémunération fixe pourrait, par exemple, comporter une base salariale, qui augmenterait en proportion directe de ses responsabilités administratives ou d'encadrement. Il pourrait cependant continuer à percevoir le reste de sa rémunération jusqu'à la limite fixée en pratiquant à l'acte. Il n'existerait donc pas d'incitation à favoriser un type d'activité, au détriment d'une autre.

La réorientation des budgets et du fonctionnement des hôpitaux autour de programmes, le développement des systèmes d'information combinant l'information comptable et l'information clinique et l'importance que vont prendre nécessairement les départements cliniques dans cette réorientation appellent sans équivoque une participation accrue des médecins au fonctionnement de l'hôpital, et des modes de rémunération qui favorisent cette participation.

3. L'imputabilité en fonction des résultats

Dans un secteur régi par les lois du marché, les incitations à une utilisation satisfaisante des ressources sont claires, immédiates: l'objectif du producteur est de satisfaire le consommateur, car c'est sa survie qui est en jeu.

Dans un secteur où le financement public est prépondérant, il n'est pas simple du tout de concevoir des incitations, c'est-à-dire des systèmes de sanctions et de récompenses, qui assurent une utilisation des ressources financières conformes aux objectifs du système.

Nous proposerons ici quelques-uns des moyens qui pourraient favoriser l'imputabilité des régies régionales, comme celle des différentes ressources productrices de services.

3.1 L'imputabilité des régies régionales

3.1.1 Le respect de l'équilibre budgétaire

De notre point de vue, l'enveloppe accordée chaque année par le gouvernement à la régie régionale devrait être une enveloppe fermée. Il s'agirait donc d'un budget global, au même titre que celui qui est octroyé aux établissements. La région deviendrait donc complètement responsable des dépenses engendrées dans le cadre des responsabilités qu'elle détient.

Cette règle générale ne s'appliquerait pas, bien évidemment, dans le cas de dépenses exceptionnelles que la région aurait dû assumer à la suite d'une grave épidémie ou d'une catastrophe naturelle. Il se pourrait cependant que certains déficits régionaux soient la conséquence de critères inadéquats utilisés pour la formule de répartition régionale des budgets. À l'instar de certains établissements, des régions pourraient être réellement « sous-budgétisées ».

La procédure de révision de cette formule, prévue tous les trois ans, devrait donner l'occasion à la région déficitaire de démontrer qu'il s'agit bien d'un sous-financement et non d'une mauvaise gestion. Si elle y réussit, la formule pourrait être révisée pour l'avenir, mais la région devrait cependant assumer tous ses déficits passés. Si elle n'y réussit pas, elle pourrait à la limite être mise en tutelle par le Ministère. En contrepartie, les régions pourraient conserver leurs excédents et les utiliser à leur guise.

Au fond, le principe est celui d'un engagement de la nature d'un contrat implicite. Si la région accepte de gérer les sommes qui lui sont confiées, elle convient du même coup de rester à l'intérieur de ce budget. Il y a un point important à rappeler: la Commission ne propose pas d'imposer la décentralisation régionale; celle-ci doit être convenue avec les régions qui auront envie de tenter l'expérience comme un moyen d'améliorer réellement l'efficacité et l'équité du système. La région sera toujours libre de refuser cette responsabilité, et de lui préférer une gestion centralisée de son système.

La Commission pense que la volonté des régions d'accepter ces responsabilités et de tenter cette expérience dépendra en particulier, mais non exclusivement, des facteurs suivants:

- Il faudra que les régions soient d'accord, dans les grandes lignes, avec la formule de répartition. La simplicité de la formule devrait permettre d'obtenir, au moins au départ, un tel consensus.
- Les régions devront être sûres cependant, que cette formule pourra être effectivement révisée tous les trois ans, et qu'elles pourront participer à cette révision.
- Enfin, les régions accepteront d'autant plus facilement leurs responsabilités, qu'elles disposeront d'outils puissants, leur donnant une grande latitude dans l'affectation de leurs ressources, et dans l'utilisation de systèmes équitables et efficaces de sanctions et de récompenses vis-à-vis des ressources dispensant les services qui relèvent de leur juridiction.

3.1.2 La taxation marginale

L'idée de décentralisation peut difficilement être dissociée de celle des pouvoirs de taxation. Il est cependant difficile d'imaginer que le gouvernement québécois puisse céder, du jour au lendemain, ou même en quelques années, le quart de son assiette fiscale au profit de régions qui n'ont encore aucune existence ni pouvoir politiques.

Supposons maintenant qu'une région décide réellement de tenter l'expérience; que peu à peu l'enveloppe qu'elle reçoit du gouvernement couvre une partie importante des services généraux dispensés dans sa région; que se mette en place une régie régionale dotée d'un conseil d'administration élu par la population et responsable devant elle des choix portant sur les priorités sociales et sanitaires, les moyens ou programmes à mettre en oeuvre et les ressources à affecter. La Commission estime que cette imputabilité devrait être sanctionnée par l'existence d'une taxation de nature marginale, qui serait décidée par le conseil d'administration, comme moyen non récurrent de financer un éventuel déficit. Il appartiendrait à la population de juger si elle est en accord avec ce style de gestion.

3.1.3 La performance de la région

On a vu que la régie régionale assumait ses déficits et conservait ses surplus. Elle pourrait disposer dans ce dernier cas d'une totale latitude dans l'utilisation des ressources ainsi épargnées, à l'intérieur des responsabilités qu'elle assume.

La Commission est également d'avis que l'on envisage d'autres formes d'encouragement pour des régions au rendement particulièrement élevé, dans l'atteinte des objectifs poursuivis, tels que la mise sur pied de programmes pertinents et novateurs, l'atteinte raisonnable des objectifs poursuivis, le fait de rejoindre efficacement les clientèles visées, l'existence de réseaux de soins de première ligne intégrés assurant la continuité des services, le suivi et la prise en charge efficace du patient. On pourrait envisager, par exemple, d'augmenter les responsabilités confiées à la région, en lui fournissant les budgets correspondants. Le Ministère pourrait également disposer d'un fond d'encouragement à l'innovation qui serait distribué, tous les trois ans, aux régions les plus performantes.

3.2 L'imputabilité des ressources productrices de services

C'est le même principe d'un engagement de la nature d'un contrat implicite qui régit les relations entre la régie et les ressources qui vont

participer aux programmes régionaux. L'existence d'une entente de ce type entre la régie et les ressources, laquelle détermine les conditions relatives à l'octroi des budgets, implique que la ressource est responsable de son équilibre budgétaire et assume ses déficits.

Des systèmes de sanction ou de récompenses semblables à ceux qui existent aujourd'hui pour assurer l'équilibre budgétaire des établissements pourraient être appliqués par la régie: par exemple, conditionner l'octroi de tout budget de développement, ou d'immobilisation, ou même le « coût de système » de 1 % au respect de l'équilibre budgétaire. En cas de déficits répétés, la sanction pourrait aller jusqu'au renvoi du Directeur général et à la mise en tutelle de l'organisation.

Ce système de sanction ou de récompense a cependant ses limites; le rendement de la ressource se cantonne au respect de l'équilibre budgétaire. Aucun jugement n'est porté sur ses capacités d'innovation, la façon dont elle assure effectivement la prise en charge et le suivi du patient, le résultat de son intervention comme celui de l'ensemble de l'épisode de services auquel elle a participé, l'accessibilité réelle et la qualité des services dispensés.

La Commission estime inconcevable que dans un système orienté vers des résultats, les systèmes de sanctions et de récompenses ne soient conçus qu'en fonction du respect de l'équilibre budgétaire. Ils devraient également pouvoir sanctionner d'autres dimensions du rendement de nos ressources.

Il est certain que l'existence d'indicateurs de rendement portant sur l'efficience, l'accessibilité, la continuité, la qualité, la pertinence et les résultats des services dispensés repose de façon cruciale sur la conception de systèmes d'information permettant à la fois de combiner les données comptables et cliniques d'une ressource, et de suivre le patient où qu'il aille, tout au long de son épisode de services. Il s'agit là d'un défi d'information et d'un défi informatique énormes. Les difficultés en ont été présentées dans le chapitre relatif aux systèmes d'information.

C'est tout de suite cependant qu'il faut s'atteler à la tâche. C'est sans attendre un système clef en main qu'il faut, en se concertant, fixer des objectifs de rendement aux ressources, en particulier dans le cadre des programmes régionaux, et utiliser en les améliorant, les quelques indicateurs qui permettraient d'en mesurer l'atteinte.

C'est demain au plus tard, qu'il faudra intégrer l'évaluation - aussi incomplète soit-elle - du rendement de nos ressources, au processus d'allocation budgétaire. C'est tout au long des années qui viennent qu'il faudra apprendre à récompenser l'innovation, la diversité, la concertation, et la contribution de ces ressources à la santé et au bien-être de la population.

Conclusion

Les propositions de la Commission eu égard à l'allocation des budgets et au paiement des ressources visent trois objectifs: assurer la visibilité du processus d'allocation des ressources, l'équité et la cohérence avec les objectifs poursuivis et, enfin, l'imputabilité des acteurs.

Le processus d'allocation des ressources devrait reposer sur une planification triennale des dépenses et de leur financement, centrée sur des priorités et des objectifs et s'appuyant sur les rendements antérieurs et sur les résultats obtenus. Cette planification triennale devrait tenir compte des aspects multisectoriels de la santé et du bien-être; à cet égard, le Conseil de la santé et du bien-être aurait pour mandat de proposer au gouvernement des objectifs à long terme en ce domaine.

Dans le cadre de son rôle axé sur la planification et l'évaluation des résultats, le Ministère aurait la responsabilité d'obtenir les budgets pour le secteur des services de santé et des services sociaux. Il procèderait aussi à la répartition de ces budgets entre la composante régionale décentralisée et la composante centralisée regroupant les programmes de portée provinciale. L'Assemblée nationale serait appelée à voter à la fois l'enveloppe provinciale réservée au Ministère et chacune des enveloppes régionales. C'est le Ministère qui aurait la responsabilité d'élaborer la formule de répartition des budgets par région.

Les régies régionales conviendraient avec le Ministère d'un plan de financement de trois ans. Le financement se ferait sur la base d'un budget global per capita corrigé. Ceci signifie que

l'enveloppe budgétaire de chaque région tiendrait compte de la taille et des caractéristiques de la population. La formule de répartition serait valable pour trois ans, les budgets étant accordés, quant à eux, annuellement; elle ne pourrait être révisée qu'à la fin de chaque période de trois ans.

Par ailleurs, afin de contribuer à réduire les écarts existant actuellement entre les régions, chacune recevrait un budget correspondant à la taille et aux caractéristiques de sa population, sans présumer du lieu où le service est consommé. Ceci permettrait aux régions de convenir entre elles d'ententes relatives à l'achat de services.

L'enveloppe régionale couvrirait les programmes qui relèvent de la régie. Elle comprendrait également les dépenses d'immobilisation inhérentes à leurs prérogatives, le plan d'immobilisation devant toutefois être approuvé par le MSSS. Le budget inclurait également les sommes payées par la RAMQ pour rémunérer les professionnels de la santé oeuvrant au sein des programmes relevant des régies régionales.

L'enveloppe budgétaire devrait être une enveloppe fermée, sauf cas de force majeure. La procédure de révision triennale serait l'occasion d'apporter les ajustements requis, s'il y a lieu. Toutefois, les régies devraient assumer leurs déficits, comme elles pourraient conserver leurs surplus.

À l'intérieur d'une région, la base de financement serait le programme, tel que défini précédemment. La régie devrait ainsi décider non seulement des objectifs prioritaires de sa région, mais également des programmes à mettre en oeuvre et des ressources requises pour atteindre ces objectifs. Certains programmes pourraient être dispensés par un seul type d'établissements, d'autres par plusieurs ressources. L'allocation des budgets par programme devrait nécessairement s'implanter graduellement. La Commission estime toutefois que c'est la voie à suivre pour assurer une meilleure continuité des services et l'efficacité du système.

Reconnaissant aux organismes communautaires deux missions fondamentales, la Commission propose un financement propre à chacune. Ainsi, pour leurs fonctions de défense des droits et de promotion des intérêts des personnes, les organismes recevraient une subvention d'infrastructure de base, garantie pour trois ans et versée par le MSSS. Pour leurs fonctions de dispensation des services à la communauté, les organismes pourraient obtenir une subvention couvrant le coût de ces services; cette subvention serait versée par le Ministère, dans la mesure où ils participent à la réalisation d'un programme de portée provinciale, ou par la régie régionale s'il s'agit de programmes placés sous sa responsabilité.

En ce qui concerne les médecins en pratique privée, la Commission favorise une plus grande collaboration avec les autres ressources de première ligne disponibles dans la communauté. L'une des premières étapes serait d'associer les médecins à des programmes destinés à des populations particulières ou à des problèmes précis. Le médecin serait alors rémunéré de façon forfaitaire pour sa participation à ces programmes.

Quant aux médecins en établissement, la Commission propose qu'ils reçoivent une rémunération fixe en contrepartie de l'ensemble de leurs activités médico-administratives. Cette rémunération fixe pourrait, par exemple, comporter une base salariale qui augmenterait en proportion directe de leurs responsabilités administratives ou d'encadrement. Ils pourraient cependant continuer à percevoir le reste de leur rémunération, dans les limites fixées, en pratiquant à l'acte.

Afin d'assurer l'imputabilité des régies régionales et des différents organismes dispensateurs de services, la Commission propose un certain nombre de moyens:

- **Tel que mentionné précédemment, les régies seront complètement responsables de leurs déficits; en contrepartie, elles pourront conserver leurs surplus et les utiliser à leur guise.**

- **Des formes d'encouragement au rendement devront être envisagées, telles la mise sur pied d'un fond à l'innovation qui pourrait être distribué, tous les trois ans, aux régions les plus performantes.**
- **Par ailleurs, lorsque les régies régionales se seront dotées d'un conseil d'administration composé d'élus au suffrage universel, la Commission estime que l'imputabilité devrait s'étendre à l'octroi d'un pouvoir de taxation, celle-ci étant de nature marginale et visant à financer, de façon non récurrente, un déficit; il appartiendrait alors à la population de juger si elle est en accord avec ce mode de gestion.**

Conclusion et recommandations

Les recommandations de la Commission ont pour toile de fond le bilan présenté au premier chapitre de la Partie III, lequel résume notre analyse de l'évolution de la société québécoise et de son système de services sociaux et de services de santé au cours des deux dernières décennies. Les recommandations qui suivent s'appuient sur les conclusions de chacun des chapitres de la Partie IV qui regroupe nos propositions visant l'amélioration du fonctionnement et du financement des services sociaux et des services de santé. Ces propositions concrétisent notre vision de l'avenir présentée aux chapitres deux et trois de la Partie III qui portent respectivement sur les éléments d'une politique de santé et de bien-être et sur les orientations fondamentales du système.

En se fondant sur ses consultations, ses travaux et ses recherches portant sur les problèmes, les enjeux et les éléments de solution, la Commission croit traduire la réflexion collective des Québécois et Québécoises concernés par les services sociaux et les services de santé. Nous croyons aussi que nos conclusions et nos recommandations pourraient être à la source d'un consensus social. Loin de vouloir clore le débat, nous espérons plutôt l'enrichir et le centrer sur des facteurs déterminants, en tenant compte des valeurs de la société québécoise.

Il n'y a pas unanimité sur les enjeux et sur les priorités. Au contraire, nous avons senti beaucoup de tensions entre des groupes qui représentent des intérêts divergents mais, par ailleurs, légitimes en soi. Cependant, nous avons perçu une volonté de concertation de la part de toutes les personnes intéressées. Il faut des propositions concrètes pour bâtir des consensus et c'est à ce chapitre que se situe notre contribution. Le débat qui s'ensuivra sera important, car s'il ne faut pas nier la réalité des affrontements, il n'en demeure pas moins essentiel d'arriver à des consensus.

Nous avons raison d'être fiers de notre système de services sociaux et de services de santé. Néanmoins, si les tensions actuel-

les perdurent, elles risquent de le faire éclater et de nous faire perdre rapidement ce que nous avons mis près de 20 ans à construire.

Nous espérons donc que le gouvernement recevra notre rapport comme un nouveau point de départ. Le rapport de la Commission lui permettra d'élaborer et de réaliser des projets qui s'appuieront sur une volonté collective de faire les choix nécessaires pour améliorer, en fonction des résultats recherchés, les mécanismes de fonctionnement et l'allocation des ressources.

Toute la trame de notre rapport repose sur trois convictions profondes.

Il faut, en vertu de l'équité – valeur clé de notre société – replacer la santé et le bien-être au coeur des préoccupations, si l'on entend donner à tous et à toutes des chances égales de mettre en valeur leur potentiel humain. De cette conviction découlent nos recommandations sur les éléments d'une politique de santé et de bien-être et sur les orientations fondamentales du système de services sociaux et de services de santé.

Il faut centrer l'action sur la personne, autant sur celle qui fait appel aux services que sur celle qui les dispense. Ce recentrage doit marquer la relation entre le consommateur et le producteur en vertu d'un contrat implicite qui garantit le respect des droits et de la dignité humaine. Ainsi s'expliquent nos recommandations concernant le recentrage des services sur la personne, concernant le recentrage de la gestion des organisations autour des ressources humaines, concernant les ressources communautaires et concernant la prise en considération de la situation particulière des autochtones.

Il faut compter sur la dynamique résultant d'une large participation des personnes et des groupes afin que les choix émanent d'arbitrages transparents et démocratiques. Le système doit évoluer dans la direction voulue collectivement et être maîtrisé par ceux et celles qui veulent bâtir l'avenir grâce à des adaptations successives inspirées d'une meilleure connaissance des besoins et des moyens

à mettre en oeuvre. Voilà qui explique nos recommandations sur la révision des responsabilités, sur la recherche, le progrès technologique et l'information, sur le financement des services couverts et sur les allocations budgétaires et les modalités de paiement.

Les éléments d'une politique de santé et de bien-être

Pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, une politique de santé et de bien-être doit être le reflet d'un consensus social sur des objectifs, sur des priorités et sur des moyens à mettre en oeuvre.

Certaines conditions apparaissent essentielles à l'élaboration d'une politique. Il s'agit, en premier lieu, de mettre en place un processus continu qui mobilise tous les acteurs aux niveaux central, régional et local autour de valeurs communes. Ce processus doit reposer sur des bases scientifiques et techniques de même que sur une base légale, garante de sa légitimité.

D'autres conditions sont nécessaires pour assurer l'application de cette politique : une volonté politique et une collaboration intersectorielle, des priorités clairement définies et, enfin, des mécanismes de coordination et d'évaluation pour encadrer les actions et réviser les objectifs le cas échéant.

Au terme de ses travaux, la Commission considère qu'elle a fait le point sur l'état des connaissances en ce qui concerne les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Elle a également analysé les enjeux majeurs liés au fonctionnement et au financement des services. Elle estime, de plus, que son rapport reflète le consensus actuel sur les solutions à apporter à ces problèmes. Dans le cadre de son mandat, la Commission se doit de stimuler le processus d'élaboration d'une politique de santé et de bien-être en proposant les objectifs généraux d'une telle politique.

En conséquence, la Commission réaffirme la finalité fondamentale du système de services de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social.

Elle propose aussi des objectifs généraux:

- **Le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés;**
- **l'accessibilité universelle à des services personnalisés, continus et de qualité, incluant:**
  - **l'aide nécessaire à toute personne pour l'évaluation de ses besoins et son orientation vers des services adéquats**
  - **les services de santé médicalement requis**
  - **les services sociaux requis pour prévenir ou corriger des situations qui, en raison de leur degré de gravité, font courir des risques à la personne et à son entourage**
  - **les services sociaux requis par toute personne vivant au-dessous d'un seuil de revenu donné;**
- **la prévention des problèmes de santé axés sur dix priorités:**
  - **les maladies cardio-vasculaires**
  - **le cancer**
  - **les traumatismes**
  - **les maladies chroniques dégénératives**
  - **les problèmes de santé mentale**
  - **la prématurité, les maladies héréditaires et les malformations congénitales**
  - **les maladies transmissibles sexuellement**
  - **le SIDA**
  - **les risques pour la santé rattachés à l'environnement**
  - **l'alcoolisme et les toxicomanies;**
- **la prévention de trois types de problèmes sociaux prioritaires:**
  - **la violence faite aux personnes**
  - **la déviance et la mésadaptation sociale**
  - **l'absence de réseau naturel de soutien à l'intégration sociale.**

Les orientations fondamentales

La Commission pose un double diagnostic. Le système est avant tout le lieu d'une confrontation entre différents intérêts pour des ressources à partager. Ceci explique qu'on soit davantage centré sur les moyens plutôt que sur les objectifs. De plus, les approches sont sectorielles, donc forcément limitées, face à la complexité des problèmes de santé et de bien-être. Cette sectorialité et le manque de concertation contribuent à les exacerber. Il faudra en venir à une dynamique centrée sur des résultats et des approches intersectorielles.

Selon la Commission, les personnes doivent participer activement à la recherche de solutions aux problèmes qu'elles vivent, car ceux-ci ne peuvent se résoudre sans leur collaboration. Ces solutions doivent être adaptées et personnalisées en fonction des situations. Cette démarche est conditionnée par les caractéristiques et les ressources des communautés locales. Voilà qui explique l'importance de favoriser une plus grande participation des citoyens dans le domaine de la santé et du bien-être et la nécessité d'adapter les services aux réalités locales et régionales.

De plus, la connaissance des facteurs associés à l'apparition et à l'évolution des problèmes ainsi que la connaissance de leurs effets sur la personne, son environnement et l'ensemble de la collectivité sont nécessaires pour comprendre les causes des problèmes et juger de l'efficacité des solutions envisagées. C'est par une approche de population que l'on pourra agir efficacement sur les facteurs déterminants des problèmes rencontrés.

Enfin, il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé. Les problèmes ont tendance à être concentrés dans des groupes particuliers, souvent plus démunis socialement et financièrement. Les personnes ne sont pas responsables de ces situations qui entraînent par ailleurs des conséquences sur le plan collectif. L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort.

En conséquence, la Commission recommande qu'on adopte pour le système des services de santé et des services sociaux les orientations fondamentales suivantes:

- **un système centré sur l'atteinte de résultats;**
- **une approche intersectorielle tant aux niveaux local, régional que provincial;**
- **la participation des citoyens dans les instances décisionnelles, les instances consultatives et les instances de concertation du système;**
- **l'adaptation des objectifs et des moyens en fonction des réalités régionales;**
- **une approche de population permettant d'agir sur les facteurs déterminants des problèmes;**
- **un système public sur les plans du financement et du fonctionnement.**

La révision des responsabilités

La Commission a constaté l'absence d'objectifs clairement définis et de priorités à long terme. La planification en matière de santé et de services sociaux est à peu près indépendante de l'allocation des ressources. L'évaluation est inexistante ou limitée aux intrants et aux processus. Les contrôles sont lourds et tatillons. L'ambiguïté du rôle des conseils régionaux de la santé et des services sociaux est un obstacle à la coordination des services. La Commission a constaté que la confusion entourant les missions des établissements et des organismes entraîne des chevauchements et des cloisonnements non propices à l'atteinte des résultats recherchés. Elle constate également l'échec relatif des mécanismes de participation et de concertation. Dans de telles circonstances, on ne peut se surprendre qu'il soit difficile, voire même impossible, d'adopter une perspective globale et à long terme en matière de services de santé et de services sociaux.

Ces constatations amènent la Commission à recommander un recentrage des responsabilités aux niveaux provincial, régional et

local. Dans le but d'assurer une plus grande équité entre les différentes régions du Québec et une meilleure cohérence du système, **la Commission recommande** :

- **Que le MSSS concentre son rôle sur la planification et l'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts à la population du Québec, de même que sur la coordination et le contrôle des programmes de portée provinciale.**

- **Que la région soit responsable de la planification, de la coordination et de l'évaluation des programmes sociaux reliés aux problèmes d'intégration sociale et des programmes de santé de niveau primaire et secondaire, de la coordination des programmes inter-établissements ainsi que de la concrétisation de l'approche intersectorielle.**

- **Que les conseils régionaux de la santé et des services sociaux actuels soient remplacés par des régies régionales représentatives de la population qu'elles desservent. Ces régies se doteront d'un comité régional des priorités, avec représentation de la population, pour la conseiller sur les priorités et sur l'évaluation des services.**

- **Que la responsabilité première des établissements soit la dispensation des services et l'adaptation de ceux-ci à leurs clientèles. En conséquence, la Commission révise les missions fondamentales de chacun des établissements du réseau des services de santé et des services sociaux en vue d'assurer la complémentarité des services. De plus, la Commission définit également ce que devrait être la mission d'un véritable centre hospitalier universitaire et les fonctions d'un département de santé communautaire.**

- **Qu'un Conseil de la santé et du bien-être soit créé et chargé principalement de conseiller le gouvernement sur les politiques à long terme en matière de santé et de bien-être dans une perspective d'intersectorialité.**

Le recentrage des services sur la personne

La contribution de la communauté et du milieu naturel est constamment sollicitée pour aider les personnes en difficulté. La Commission constate l'insuffisance des informations disponibles en ce qui a trait à la santé et au bien-être. De plus, les canaux qui permettraient à la population de faire valoir ses besoins auprès des décideurs sont déficients. Les interventions morcelées des professionnels et le cloisonnement entre les établissements entraînent des problèmes d'accessibilité et de continuité dans les services. En conséquence, **la Commission recommande**:

- **Que soit favorisé le développement de l'autonomie des personnes et des collectivités:**
  - **en les rendant aptes à développer leur potentiel;**
  - **en facilitant l'expression des besoins et des intérêts auprès des centres de décision;**
  - **en soutenant les réseaux naturels et communautaires;**
  - **en adaptant l'environnement aux situations propres à des clientèles particulières.**

- **Que soient mieux coordonnées les actions des professionnels et des établissements pour assurer une approche globale et améliorer la continuité dans les services.**

Le recentrage de la gestion des organisations et du réseau autour des ressources humaines

La Commission a constaté une démotivation du personnel dans les établissements du réseau. Celle-ci semble liée à l'évolution des conditions de travail et à la précarité des statuts d'emploi. L'augmentation des charges de travail entraîne une frustration chez le personnel, notamment à cause de ses difficultés à maintenir la qualité des services. Peu d'importance est accordée à la formation en cours d'emploi et au perfectionnement malgré l'alourdissement des cas, la complexification des problèmes et la spécialisation des tâches. À cela s'ajoutent le morcellement et les rigidités dans le partage des responsabilités entre les professionnels. Enfin, le personnel et les cadres disposent de peu d'information sur leur contribution à la réalisation des objectifs de l'établissement et sur leurs perspectives de plan de carrière dans le réseau sont limitées. En conséquence, **la Commission recommande :**

- **Que soient instaurés des mécanismes concrets de gestion participative pouvant prendre la forme de comités consultatifs d'établissement, afin d'informer le personnel et de le faire participer à la réalisation de la mission de l'établissement et à l'amélioration de l'organisation du travail.**

- **Que l'encadrement et l'évaluation soient accompagnés d'un effort accru de formation en cours d'emploi et de perfectionnement et que soient réduits les obstacles à la mobilité afin de mettre en valeur le potentiel du personnel et des cadres.**

- **Que les cadres intermédiaires participent directement à la gestion du personnel et à la résolution des conflits.**

- **Que des ressources spécialisées en consultation soient disponibles pour appuyer les directeurs généraux et les cadres supérieurs et que la mobilité**

de ces derniers soit assurée par la mise en place de mécanismes, notamment sous la forme de prêts de service entre établissements.

- **Que les critères de reconnaissance d'une corporation professionnelle soient redéfinis autour de la reconnaissance d'un acte exclusif ou d'un acte à partage restreint et que, par conséquent, le mécanisme de délégation d'actes soit aboli.**

Les ressources communautaires

La Commission a été en mesure de constater le nombre important et la diversité des organismes communautaires. Issus du milieu, ils font preuve de souplesse et de capacité d'adaptation aux besoins de clientèles particulières. Nombre d'entre eux se donnent à la fois une mission de service et une mission de promotion des intérêts des clientèles ou de leurs membres. Ils jouent un rôle important en fournissant aux communautés les moyens de participer activement à la promotion de la santé et à la prévention.

Les organismes communautaires rencontrent cependant des problèmes d'instabilité de financement, ce qui les cantonne dans une situation de sous-financement et de précarité. Par ailleurs, leurs approches « alternatives » reçoivent un accueil réservé de la part de nombreux professionnels du réseau. Face à cette situation, **la Commission recommande** :

- **Que les organismes communautaires soient appuyés de façon stable dans leurs missions de promotion, d'entraide et de développement d'approches « alternatives ».**

- **Que les organismes communautaires soient associés à la réalisation des programmes de services en collaboration avec les établissements et les professionnels et ce, dans le respect de leur autonomie.**

Les autochtones

Pour la Commission, la reconnaissance par les différents gouvernements du droit des autochtones à une identité propre et à leur autonomie constitue un principe de base. Elle a constaté que les modalités d'application de certaines lois en matière de services de santé et de services sociaux sont étrangères à leurs valeurs et à leurs coutumes. De plus, le Nouveau-Québec éprouve de grandes difficultés de recrutement et de rétention des professionnels de la santé et des services sociaux. Leur taux de roulement est très élevé et leur degré d'intégration au milieu laisse souvent à désirer. En conséquence, **la Commission recommande**:

- **Que les recommandations de la Commission en matière de régionalisation pour l'ensemble du Québec s'appliquent aux communautés autochtones avec des adaptations quant à l'organisation des services et aux modalités d'application des lois.**

- **Que les régies régionales inuit et cries soient placées sous la juridiction directe de leur gouvernement local respectif.**

- **Que dans une approche de coopération, un soutien leur soit apporté dans la définition de leurs orientations et dans la conception et la mise en place d'approches novatrices pour l'application des programmes.**

- **Que soit constitué un corps de professionnels intéressés à faire carrière selon un modèle de coopération dans les différentes régions isolées du Québec.**

La recherche, le progrès technologique et l'information

Malgré le développement notable de la recherche en santé au cours des 15 dernières années, la Commission retient que, proportionnel-

lement, le Québec forme moins de chercheurs que les autres provinces canadiennes. De plus, les carrières dans le domaine de la recherche ne semblent pas suffisamment encouragées. La situation des équipes de recherche clinique, épidémiologique, organisationnelle et opérationnelle est encore précaire tant du point de vue de leur nombre que du point de vue de leur développement. Par ailleurs, la recherche sociale appliquée est presque inexistante et très peu de chercheurs sont présentement formés.

Malgré des efforts de collaboration entre les organismes subventionnaires, les universités et les ministères concernés, certains types de recherches trouvent difficilement des sources de financement. C'est particulièrement le cas pour la recherche portant sur des problèmes de santé et de bien-être particuliers.

Quant au développement technologique, la Commission note qu'aucun mécanisme n'existe actuellement pour évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et pour étudier les questions d'éthique soulevées par l'application de certaines d'entre elles. L'absence d'évaluation ne fait qu'accentuer les difficultés reliées au contrôle de la diffusion des technologies.

D'ailleurs, l'évaluation est de façon générale sous-développée dans tout le système des services sociaux et des services de santé. Elle est essentiellement centrée sur les intrants et sur les processus sans égard à l'efficacité et à l'efficience. Cette situation s'explique principalement par le fait que les systèmes d'information et les indicateurs de santé et de bien-être sont jusqu'à présent insuffisamment développés.

L'avancement des connaissances, l'utilisation de technologies appropriées et l'évaluation fondée sur une information pertinente sont déterminants quant à notre capacité de résoudre les problèmes. En conséquence, **la Commission recommande**:

- **Que soit accru le soutien à la formation de chercheurs et à l'élaboration de plans de carrière pour ceux-ci, de même qu'à la création d'équipes de recherche, particulièrement dans les domaines de**

la recherche épidémiologique, organisationnelle, opérationnelle ainsi que dans ceux de la recherche clinique et de la recherche sociale appliquée, tout en maintenant le soutien à la recherche biomédicale.

- **Que soit mis en place un mécanisme de coordination de la recherche, faisant intervenir le Fonds de la recherche en santé, le Conseil québécois de la recherche sociale, le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec, les universités et les ministères concernés, pour développer une politique intégrée de recherche dans les domaines de la santé et du bien-être, pour améliorer la coordination entre les organismes subventionnaires et favoriser le développement de la recherche sur des thèmes prioritaires pour le système de services de santé et de services sociaux.**

- **Que l'évaluation des technologies et de leur diffusion soit assurée par :**

  - **un Conseil d'évaluation des technologies mandaté pour étudier les problèmes d'éthique liés au progrès technologique et pour évaluer l'efficacité et l'efficience des technologies ;**

  - **les centres hospitaliers universitaires dont l'une des missions est l'évaluation des technologies ; le Fonds de recherche en santé du Québec serait mis à contribution dans ces évaluations selon des mécanismes semblables à ceux généralement utilisés pour le soutien à la recherche.**

- **Que, concernant le développement des systèmes d'information, un groupe de travail soit mandaté pour :**

- **valider et améliorer le cadre conceptuel proposé par la Commission;**
- **mettre à jour et compléter l'inventaire des systèmes d'information existants;**
- **évaluer les expériences en cours, notamment celles qui tentent de combiner l'information clinique et l'information comptable;**
- **élaborer un plan directeur pour le développement futur des systèmes d'information;**
- **évaluer les possibilités d'application, au système de services de santé et de services sociaux, des innovations les plus récentes dans le domaine de l'informatique, en accordant une attention toute particulière à la confidentialité des données.**

Le financement des services couverts

La Commission conclut que, au cours des quinze dernières années, l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé a été bien maîtrisée. Les caractéristiques même du financement de ces services, à savoir un financement public dominant et basé sur les revenus fiscaux, auront grandement contribué à cette performance. Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique, soit à un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important de la part du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution socio-démographique du Québec.

Malgré les aléas inhérents à toute tentative de projection globale de l'évolution des dépenses publiques, une pression à la baisse de certains facteurs, tels que la réduction du poids démographique des jeunes et l'amélioration de la productivité, rend plausible, voire même réaliste, la possibilité de voir le Québec consentir à cet effort. Il existe tout de même une ombre au tableau : la diminution progres-

sive de la part du gouvernement fédéral dans le financement des programmes d'assurance-santé. Or, ce gouvernement maintient l'obligation pour les provinces de respecter les objectifs nationaux de ses programmes. Dans le domaine des services sociaux, le gouvernement fédéral ne contribue financièrement qu'à certains programmes. Par conséquent, il ne partage qu'une faible partie des coûts des services sociaux couverts au Québec. Ces éléments pourraient compromettre la capacité du Québec de soutenir le rythme d'amélioration et de développement de son système de services de santé et de services sociaux.

Enfin, la Commission a pu constater que le recours au financement privé ou aux frais modérateurs posait de sérieux problèmes d'équité en plus de n'offrir aucune garantie d'amélioration de la rentabilité des sommes investies dans les services sociaux et les services de santé. Cette voie ne constituerait pas non plus une source substantielle de financement. En conséquence, **la Commission recommande :**

- **Que les services couverts et d'accès universel continuent de faire l'objet d'un financement totalement public dont les sources demeurent fiscales.**

- **Que le gouvernement du Québec réclame du gouvernement fédéral qu'il assume pleinement ses responsabilités financières à l'égard des programmes de santé, telles qu'il les avait lui-même définies lors de la mise en place du financement des programmes établis en 1977, faute de quoi, le gouvernement fédéral devrait se retirer de ce secteur moyennant pleine compensation accordée au Québec, sous forme de points d'impôt additionnels.**

- **Que le gouvernement du Québec négocie une nouvelle entente avec le gouvernement fédéral concernant la participation de ce dernier au financement des services sociaux, dans le sens de l'accessibilité universelle appliquée au Québec.**

Les allocations budgétaires et les modalités de paiement

Au terme de ses travaux sur le financement, la Commission conclut à la nécessité d'une plus grande visibilité et d'une meilleure équité dans les processus d'allocation et dans les modalités de paiement des ressources. Elle conclut aussi à la nécessité d'une plus grande cohérence par rapport aux objectifs à poursuivre et aux résultats à atteindre. Il faudra également permettre aux différentes instances concernées par les services de santé et les services sociaux d'établir une planification à plus long terme, en leur accordant plus de responsabilités et plus de latitude dans les matières relevant de leur compétence. On devra aussi les rendre plus responsables de leurs succès ou de leurs insuccès. En conséquence, **la Commission recommande:**

- **Que le processus d'allocation budgétaire dans le secteur des services de santé et des services sociaux soit modifié en fonction des principes suivants:**
  - **une planification triennale des dépenses et du financement à tous les niveaux, provincial, régional et local, centrée sur des priorités et des objectifs qui s'appuient sur les rendements antérieurs et sur les résultats obtenus;**
  - **une allocation budgétaire accordée aux régions en fonction d'une formule de budget global fermé basé sur un per capita ajusté, la formule étant révisable tous les trois ans, sans effet rétroactif;**
  - **l'octroi aux régies régionales d'un pouvoir de taxation de nature marginale et temporaire pour combler un déficit, le cas échéant;**
  - **une plus grande liberté d'action accordée aux régies régionales ainsi qu'aux organismes dispensateurs de services, en contrepartie d'une plus grande imputabilité;**
  - **des mesures d'encouragement au rendement en fonction de résultats obtenus.**

Annexes

Annexe 1

Rapport d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

Table des matières

Avant-propos **705**

1. Le mandat et la démarche générale **706**

1.1 Le mandat et la composition **706**
1.2 Les travaux préliminaires **707**
1.3 La révision du nom, du mandat et de la composition de la Commission **709**
1.4 La démarche générale de la Commission **711**

2. Les programmes d'activités **712**

2.1 Le programme de recherche **712**
2.2 Le programme de consultation **715**
2.3 Le programme de communication **723**

3. Les activités de synthèse et d'intégration de l'information **725**

3.1 Les catégories d'intervenants **726**
3.2 Les clientèles spécifiques **726**
3.3 Les problèmes jugés prioritaires et les facteurs déterminants **726**
3.4 Les activités ponctuelles d'intégration **729**
3.5 Le rapport final **732**

4. Les activités administratives et les activités de secrétariat **733**

5. Le personnel **734**

6. Le budget **737**

7. Le rapport d'activités, en bref **740**

Avant-propos

Le rapport d'activités de la Commission rend compte de la démarche et du cheminement suivis par la Commission du 18 juin 1985 – date de sa création – au 18 décembre 1987 – date de la fin de son mandat – et notamment de la période d'activités intenses qui s'est étalée d'octobre 1985 à décembre 1987. Il présente également la liste des principaux collaborateurs de la Commission et le budget.

Les travaux de la Commission n'auraient pu s'effectuer sans le soutien, l'appui et la participation active de tout son personnel: conseillers scientifiques, conseillers spéciaux, équipe de coordination, équipe professionnelle et équipe de soutien.

La contribution de Pierre Roy, secrétaire général adjoint, est à souligner de façon toute particulière: en plus d'avoir été le collaborateur privilégié du secrétaire général, il a été responsable de la gestion administrative et financière de la Commission et a participé aux réflexions et travaux de la Commission.

De même, les contributions de Colette Chatillon, coordonnatrice de l'analyse et de la synthèse, et de Sylvie Dillard, coordonnatrice de la recherche, qui ont fait équipe avec le secrétaire général et le secrétaire général adjoint tout au long des travaux de la Commission, ont été d'un apport inestimable. Il en est de même de l'ensemble du personnel de la Commission qui a fait preuve d'une disponibilité et d'une collaboration sans réserve.

MM. Germain Halley et André D'Astous, administrateurs délégués de la Commission, lui ont assuré une collaboration précieuse, facilitant les liens entre elle et l'appareil gouvernemental.

La Commission remercie également toutes les personnes du réseau de la santé et des services sociaux qui lui ont apporté des contributions ponctuelles, avec une promptitude et une disponibilité remarquables.

1. Le mandat et la démarche générale de la Commission

1.1 Le mandat et la composition

Le 18 juin 1985, le gouvernement du Québec créait, par le décret 1156-85, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes et lui confiait, pour une période de 30 mois, le mandat suivant:

a) Évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux connexes en regard de ses objectifs et, sans restreindre la généralité de ce qui précède, étudier particulièrement:

1- Les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux connexes, incluant:

- les responsabilités réciproques du ministère des Affaires sociales, des conseils régionaux et des établissements;
- la coordination des niveaux de décision;
- l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des services;
- le rôle des professionnels au sein du système;
- la participation de la population dans les instances décisionnelles du système;
- les relations entre le système des services de santé et les services sociaux connexes et les collectivités locales et régionales, les établissements d'enseignement et de recherche et les organismes publics ou parapublics relevant des autres instances du système social.

2- Le financement des services de santé et des services sociaux connexes en tenant compte notamment:

- des facteurs influençant l'offre et la demande de services;
- du développement technologique;
- du niveau de financement;
- du processus de décision pour l'allocation des ressources;
- des mécanismes d'évaluation et de contrôle.

b) Étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux connexes.

c) Faire au gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux connexes.

Le Gouvernement nommait également les douze personnes suivantes comme membres de la Commission:

Jean Rochon, président
Janine Bernatchez-Simard, vice-présidente
Roger Bertrand, vice-président
Guy Gélineau, secrétaire général et commissaire
Harvey Barkun, commissaire
André J. Bélanger, commissaire
Jean-Pierre Bélanger, commissaire
Jean Frenette, commissaire
Louis Lapierre, commissaire
Hortense Michaud-Lalanne, commissaire
Jean Rodrigue, commissaire
Norbert Rodrigue, commissaire

Le 15 octobre 1985, les commissaires étaient assermentés par le juge Jacques Dufour en présence de Guy Chevrette, ministre de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, monsieur Germain Halley, alors sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux, avait été nommé administrateur délégué de la Commission, le 10 juillet 1985.

1.2 Les travaux préliminaires

De juin 1985 à janvier 1986, la Commission et le comité exécutif ont tenu chacun dix réunions régulières. Dès le début d'octobre 1985, le président, la vice-présidente et le secrétaire général occupaient leur poste à temps complet et le vice-président à demi temps.

Cette période préparatoire aux travaux proprement dits de la Commission a servi à:

- la définition, l'élaboration et la mise en place de la démarche générale et du plan de travail détaillé de la Commission;

- des rencontres informelles avec divers représentants d'organismes du milieu des services de santé et des services sociaux;
- l'élaboration et la mise en place d'un plan d'organisation des ressources humaines;
- l'élaboration du projet de budget détaillé, nécessaire à la réalisation du mandat de la Commission;
- l'embauche du personnel;
- l'organisation physique de la Commission.

De septembre 1985 à janvier 1986, la Commission a également tenu huit rencontres d'information et d'étude en présence de personnes-ressources de l'extérieur. Ces rencontres ont porté sur les sujets suivants:

- L'organisation et le fonctionnement du ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la participation de Pierre Le François, sous-ministre; Jean-François Munn, sous-ministre adjoint; Jacques Lamonde, sous-ministre adjoint; Germain Halley, sous-ministre adjoint.
- La planification du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, avec la participation de Jean-Claude Deschênes et Jeanne-d'Arc Vaillant, respectivement ancien sous-ministre et ancienne sous-ministre adjointe au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Le rôle et les pouvoirs des corporations professionnelles, avec la participation de René Dussault, ancien président de l'Office des professions, et Gilles Dussault, sociologue à l'Université de Montréal.
- La structuration et l'organisation du réseau des établissements des services de santé et des services sociaux, avec la participation d'Andrée Lajoie, professeure de droit à l'Université de Montréal, et de Jean-Claude Deschênes.
- L'évolution des finances publiques et le processus de budgétisation au Québec, avec la participation de Gilles Godbout, directeur des politiques fiscales au ministère des Finances, et François Geoffrion, directeur de la planification au Conseil du trésor.
- Le processus de budgétisation au ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la participation de Marc Lecours, directeur de la budgétisation au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La centralisation et la décentralisation du réseau, avec la participation de Robert Robert, conseiller au Secrétariat à l'aménagement et à la décentralisation; Jacques Brunet, ancien sous-ministre au ministère des Affaires sociales; Jacques Godbout, professeur à l'Institut national de recherche scientifique.

- Les politiques de santé et de services sociaux, avec la participation de Yvan Brunelle, ancien agent de recherche au Conseil des affaires sociales et de la famille et co-rédacteur d'*Objectif: santé*; Pierre Bergeron, directeur de l'évaluation des programmes au ministère de la Santé et des Services sociaux; André-Pierre Contandriopoulos, économiste de la santé à l'Université de Montréal; Jean-Bernard Guindon, alors directeur du conseil régional de la santé et des services sociaux - Montérégie; Robert Maguire, directeur du département de santé communautaire de Rimouski; Marcel Sénéchal, ancien directeur du centre local de services communautaires Basse-ville de Québec; Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille.

1.3 La révision du nom, du mandat et de la composition de la Commission

Le 29 janvier 1986, le gouvernement du Québec, par son décret 57-86, modifiait le nom de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes pour Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, élargissait le mandat de la Commission à tous les services sociaux, modifiait la composition de la Commission en portant le nombre de ses membres de 12 à 6, réduisait la durée du mandat de la Commission en fixant la date d'échéance au 30 septembre 1987. Par la suite, la date d'échéance du mandat devait être reportée au 18 décembre 1987 par le décret 1476-87, adopté le 23 septembre 1987.

La Commission se voyait alors confier le mandat suivant:

a) Évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs et plus particulièrement:

   1- Les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux incluant:

   - les responsabilités réciproques du ministère de la Santé et des Services sociaux, des conseils régionaux et des établissements;
   - la coordination des niveaux de décision;
   - le rôle des professionnels au sein du système;
   - les mécanismes de participation du milieu et de concertation avec les principaux collaborateurs externes au système de santé et de services sociaux.

2- Le financement des services de santé et des services sociaux en tenant compte notamment:

- des facteurs influençant l'offre et la demande de services;
- du développement technologique;
- du niveau et des modes possibles de financement;
- du processus de décision pour l'allocation des ressources;
- des mécanismes d'évaluation et de contrôle.

b) Étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux.

c) Faire au Gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

Le Gouvernement confiait aux personnes suivantes le soin de réaliser ce mandat:

Président:	Jean Rochon
Commissaires:	Harvey Barkun
	Janine Bernatchez-Simard
	Roger Bertrand
	Jean-Pierre Duplantie
	Norbert Rodrigue
Secrétaire général:	Guy Gélineau

À sa réunion du 12 février 1986, la Commission prenait acte des modifications apportées par le Gouvernement au nom, au mandat et à la composition de la Commission. Elle convenait de poursuivre la démarche générale adoptée à l'automne 1985 et la mise en place de ses programmes d'activités.

Jean-Pierre Duplantie était assermenté comme commissaire le 5 mars 1986 devant le juge Pierre Côté. Par ailleurs, André D'Astous, sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux, était nommé administrateur délégué de la Commission le 1er octobre 1986.

1.4 La démarche générale de la Commission

La démarche adoptée par la Commission dès le début de ses travaux à l'automne 1985 s'appuyait sur les trois postulats de base suivants:

- Si l'ensemble des partenaires concernés arrive à un consensus à propos des problèmes et des enjeux du système des services de santé et des services sociaux, ce consensus servira de fondement à l'élaboration de solutions acceptables pour le plus grand nombre.
- Si des changements doivent être apportés sur le plan du fonctionnement et du financement, ils ne pourront être appliqués qu'avec la collaboration et la participation des partenaires.
- Les acquis doivent être protégés. L'ensemble du système de services de santé et de services sociaux n'est pas en cause mais bien sa capacité d'adaptation et d'ajustement.

Sur la base de ces postulats, la Commission optait pour une démarche interactive avec les partenaires concernés, à savoir la population, les groupes et personnes des réseaux public et parapublic, les organismes communautaires, le secteur privé, les experts québécois et hors du Québec et, enfin, la communauté universitaire et scientifique du Québec.

La démarche générale de la Commission était divisée en trois grandes étapes:

- la définition de la problématique et des enjeux du système;
- l'élaboration d'hypothèses de solution;
- la rédaction du rapport.

La première étape s'est étendue de janvier 1986 à mars 1987 et a fait l'objet d'une publication *Problématiques et enjeux*, en avril 1987. La deuxième étape s'est déroulée de septembre 1986 à juillet 1987 et a fait, à mi-chemin, l'objet d'une publication *Quelques pistes de réflexion* en avril 1987 et de six documents de consultation en mai 1987. Quant à la troisième étape, d'août à décembre 1987, elle a servi à terminer la synthèse et l'intégration des informations recueillies par chacun des programmes d'activités de la Commission et a mené à la publication du rapport final.

2. Les programmes d'activités

S'inspirant de la philosophie issue de sa démarche générale et des grandes étapes de ses travaux, la Commission a mis sur pied trois programmes d'activités. Ces programmes, quoique autonomes et dotés d'objectifs propres à chacun, se sont déroulés simultanément. Ils ont constitué autant de voies qui ont fourni à la Commission les informations nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Ils trouvent, par ailleurs, leur point de convergence dans les réflexions et les choix qui ont directement façonné le contenu du rapport final.

2.1 Le programme de recherche

Dès l'automne 1985, la Commission choisissait de se doter d'un programme de recherche dont les trois principaux objectifs étaient de:

- comprendre les problèmes actuels et potentiels du système, leurs causes et leurs conséquences;
- vérifier la pertinence, la cohérence, les implications et l'incidence des hypothèses de solution élaborées par la Commission;
- stimuler la recherche dans le secteur des services de santé et des services sociaux.

En vue d'élaborer son programme de recherche, la Commission a consulté la communauté universitaire et scientifique du Québec, notamment les personnes suivantes:

André Archambault
André Beaudoin
Clermont Bégin
Jean-Pierre Bélanger
Bernard Bénard
Pierre Bergeron
André-Pierre Contandriopoulos
Ellen Corin
Jacques Gagné
Denis Gagnon
Jacques Godbout
Jérôme Guay
Andrée Lajoie
Paul Lamarche
Louis Lapierre
Frédéric Lesemann
Marie Malavoy
Armand Marcoux
Marc Renaud
Jean-Bernard Robichaud
Yves Vaillancourt
Patrick Vinay
David Woodsworth

Cette consultation a permis de définir la problématique, de cerner les enjeux et de préciser les axes de recherche à privilégier pour les services de santé et les services sociaux. Ces travaux se sont déroulés d'octobre 1985 à avril 1986 et ont donné lieu à la publication de trois documents de travail par la Commission:

- un premier concernant la problématique de la recherche sur les services de santé (10 mars 1986);
- un deuxième concernant la problématique de la recherche sur les services sociaux (10 mars 1986);
- un troisième, complémentaire des deux autres, concernant les facteurs de développement du système (28 avril 1986).

Le deuxième document de travail, relatif aux services sociaux, avait fait l'objet d'une séance de validation le 19 mars 1986 auprès des personnes suivantes:

Marie Brisebois
Michelle Fitzgerald
Danielle Forget
Marcelle Fradet
Jean-Luc Lacroix
Fleurette Landry
Murielle Lapointe
Robert Laurier
Madeleine Rivard-Leduc
Jean Lemire
Jean Métivier
Michel Roy

Ces trois documents de travail ont été diffusés auprès de la communauté universitaire et scientifique du Québec, dont les membres ont été invités à proposer des devis de recherche sur les thèmes retenus.

En vue d'assurer l'encadrement et la coordination scientifiques du programme de recherche, la Commission nommait, en avril 1986, les chercheurs suivants comme conseillers scientifiques:

André Beaudoin
Clermont Bégin
André-Pierre Contandriopoulos
Denis Gagnon
Marc Renaud
Jean-Bernard Robichaud

Ce comité scientifique, soutenu par l'équipe de coordination de la recherche de la Commission, entreprenait l'étude des devis de recherche pour ensuite formuler ses recommandations à la Commission. Entamée en mars 1986, cette étape allait se terminer en septembre 1986 avec la signature, par la Commission, de contrats de recherche. La Commission publiait, en octobre 1986, une description détaillée de son *Programme de recherche* auquel ont participé quelque deux cents chercheurs et chercheures.

Dans le cadre de son programme de recherche, la Commission créait également deux groupes de travail:

- Le premier, chargé d'examiner toutes les questions relatives aux établissements de santé affiliés aux universités, était composé des personnes suivantes:

  André Archambault, président
  Denis Gagnon, conseiller scientifique
  Françoise Bergeron
  Stephen Herbert
  Louis Lapierre
  Patrick Vinay
  Lise Legros, secrétaire

- Le second, chargé de faire le point sur la recherche en santé, était composé des personnes suivantes:

  Bernard Bénard, président
  Denis Gagnon, conseiller scientifique
  Marielle Gascon-Barré
  Christiane Quérido
  Jean-François Boivin
  Réjean Dubé
  Richard Gagné
  Raynald Pineault
  Yvon Poirier
  Charlotte Poirier, secrétaire

Le programme de recherche de la Commission s'est donc réalisé de mars 1986 à juillet 1987. Chacune des synthèses critiques et des recherches a fait l'objet d'un rapport d'étape (entre novembre 1986 et février 1987) et d'une évaluation de la part du conseiller scientifique responsable.

Prenant comme critères d'évaluation les devis originaux, les commentaires et critiques formulés par les conseillers scientifiques sur les rapports d'étape et les méthodologies utilisées, le Comité scientifique recommandait à la Commission de publier les synthèses critiques et les recherches dont la liste apparaît à l'annexe 2 du rapport. Cette « collection », publiée par Les Publications du Québec, est accompagnée d'un recueil des résumés des rapports publiés, destiné à en faciliter le repérage et à donner un condensé de l'ensemble du programme de recherche.

Le soutien technique et professionnel apporté au programme de recherche a été assuré par Sylvie Dillard, coordonnatrice de la recherche, et quatre agents et agentes de recherche: Louis Demers, Lise Legros, Charlotte Poirier et Louise-Hélène Trottier.

2.2 Le programme de consultation

2.2.1 La consultation nationale et régionale

Dès octobre 1985, la Commission travaillait à l'organisation d'une consultation nationale et régionale pour le printemps 1986, reposant sur les quatre objectifs suivants:

- recueillir la perception des divers milieux du Québec sur la problématique et les enjeux du système des services de santé et des services sociaux;
- échanger sur ce sujet avec des représentants de ces milieux et la population;
- recueillir des premiers éléments de solutions;
- produire un document synthèse intégrant toutes ces informations.

La Commission proposait, à titre indicatif, les thèmes de consultation suivants:

- les finalités, les objectifs, les priorités et les besoins de la population;
- les clientèles visées et les résultats attendus;
- les changements intervenus dans les attentes, les attitudes, les valeurs, la demande et l'offre de services, les modes d'intervention;
- les conditions économiques;
- les ajustements qui pourraient être apportés au fonctionnement du système: mode d'organisation, décentralisation, participation, gestion;
- le financement du système: sources, affectation des ressources, niveau, modalités;

- l'importance de la formation, de la recherche et de la technologie et leur incidence sur l'évolution du système;
- l'évaluation comme mécanisme intégré de modulation et de régulation du système.

La Commission a attaché beaucoup d'importance au format de cette première consultation menée de février à juin 1986: elle insistait pour parler de « séances de travail » plutôt que « d'audiences », de « représentations écrites » plutôt que de « mémoires ». Tout a été mis en oeuvre pour favoriser un échange direct entre la Commission et les participants et participantes.

Les représentants de quelque soixante-quinze organismes nationaux du milieu des services de santé et des services sociaux et des milieux professionnel, syndical, communautaire, des affaires, de l'enseignement et de la recherche ont ainsi été rencontrés à Montréal. Chacune des rencontres durait environ une heure et trente minutes.

Sur le plan régional, la Commission s'en était remise à des agents et agentes de liaison qui ont planifié et organisé les programmes d'activités dans chacune des régions. Le programme type, d'une durée de deux à quatre jours, comportait les activités suivantes:

- Des rencontres de travail avec les organismes régionaux représentatifs des divers milieux, se déroulant selon le format retenu au niveau national.
- Des visites pour permettre à la Commission d'avoir un contact direct avec des expériences innovatrices dans le secteur des services de santé et des services sociaux ou encore, pour recevoir des témoignages sur des problèmes particuliers. En règle générale, les commissaires et le personnel se sont partagés entre les différents lieux de visite, parcourant ainsi l'ensemble du territoire d'une région donnée.
- Une ou deux assemblées publiques, en soirée, afin de recevoir les commentaires et les témoignages de la population sur les principaux problèmes et enjeux. Toutes ces assemblées ont été menées par un animateur ou une animatrice qui engageait directement le dialogue avec l'assemblée, après avoir présenté la Commission, celle-ci s'étant dispersée parmi les participants et participantes.

Cette première consultation nationale et régionale a permis de tenir 495 séances de travail auxquelles ont participé 1 146 organismes et près de 4 000 personnes. De plus, la Commission a effectué 77 visites dans divers

établissements et organismes communautaires. La Commission a également tenu 19 assemblées publiques auxquelles ont participé 2 000 personnes.

Au total, près de 6 000 personnes ont ainsi été rencontrées d'une façon ou d'une autre, donnant à la Commission l'occasion de recueillir quelque 800 représentations écrites et de rédiger plus de 500 comptes rendus de séances de travail et d'assemblées publiques, pour plus de 20 000 pages de documents.

La coordination de la consultation de 1986 a été assurée par Priscilla Ouellet-Perron, coordonnatrice de la consultation.

Les personnes suivantes ont collaboré à la réalisation de la consultation en régions :

Outaouais	Jacques Boilard, agent de liaison Françoise Mussely, secrétaire Josée Gauthier, animatrice
Abitibi-Témiscamingue	Hélène Juneau, agente de liaison Bertrand Boucher, animateur
Mauricie-Bois-Francs	Gilles Lacroix, agent de liaison Jean Boileau, animateur
Lanaudière	Guy Robinson, agent de liaison Lise Bérubé, secrétaire Jacques Bruneau, animateur
Laurentides	Guy Robinson, agent de liaison Lise Bérubé, secrétaire Raymond Hade, animateur
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Michel Côté, agent de liaison Myrtha Laflamme, animatrice Georges-Aimé Paquin, animateur
Bas-Saint-Laurent	Lorraine Théberge, agente de liaison Denyse Michaud, secrétaire Roger Fournier, animateur
Gaspésie	Daniel Galarneau, agent de liaison Claude Allard, animateur
Iles-de-la-Madeleine	Daniel Galarneau, agent de liaison Arthur Miousse, animateur
Estrie	Louise Gosselin, agente de liaison Pierre Roy, animateur

Montérégie	Claire Amyot, agente de liaison Lise Héneault, secrétaire France Capistran, animatrice
Côte-Nord	Louise St-Pierre, agente de liaison Madeleine Morin, secrétaire Lorraine Leduc, animatrice
Montréal	Lauréanne Collin, agente de liaison Lise Bérubé, secrétaire Josée Gauthier, animatrice Suzanne Copeland, animatrice Ginette Legault, analyste Chantal Maillé, analyste
Québec	Marie Côté, agente de liaison Pierre Craig, animateur
Nouveau-Québec	Aani Palliser-Tulugak, agente de liaison

La synthèse de la documentation écrite a été effectuée par Colette Chatillon, coordonnatrice de l'analyse et de la synthèse, et cinq analystes: Myriam Bergeron, Lise Brassard, Hélène Massé, Claude Painchaud et Louise Potvin. Cette équipe a, de plus, rédigé le rapport de cette première consultation, lequel a fait l'objet d'une publication en avril 1987, intitulée *Les services de santé et les services sociaux: Problématiques et enjeux*, disponible aux Publications du Québec. Les noms des organismes et des personnes rencontrés à l'occasion de cette consultation apparaissent en annexe à cette publication.

Une année après cette première consultation, soit en juin 1987, la Commission entreprenait une seconde consultation, cette fois uniquement au niveau national.

Cette deuxième consultation visait, d'une part, à vérifier le niveau de consensus relativement à certaines orientations envisagées par la Commission à cette étape de ses travaux et d'autre part, à recevoir les commentaires des organismes concernés et à discuter avec eux de leur prise de position.

Contrairement à la première consultation, celle-ci portait sur des thèmes précis: le communautaire, la participation, la centralisation et la décentralisation, les services sociaux essentiels, la réglementation professionnelle, la multisectorialité. Pour chacun des thèmes, un document de

travail a été préparé proposant diverses orientations d'ordre général et visant à susciter la discussion.

Les séances de travail regroupaient les divers organismes selon leur milieu d'appartenance et la nature du thème à l'étude. Les organismes invités à participer à cette consultation se sont, pour la plupart, adjoints des représentants et représentantes de provenance régionale.

De façon plus particulière, une séance de travail a regroupé une soixantaine de représentants socio-économiques de conseils d'administration d'établissements de santé et de services sociaux des différentes régions du Québec afin de discuter du thème de la participation.

Les commentaires et les documents recueillis à l'occasion de cette consultation ont servi à l'élaboration du rapport de la Commission.

Les noms des organismes et des personnes rencontrés au cours de cette deuxième consultation, en juin 1987, apparaissent à l'annexe 3 du rapport. Jacques Boilard a assuré la coordination et l'animation de la consultation 1987.

2.2.2 La consultation d'experts québécois

Amorcé en janvier 1986, ce volet du programme de consultation s'est terminé en octobre 1987 et a donné lieu à la publication de six dossiers d'information et d'un dossier thématique sur les problèmes et les enjeux reliés à certaines clientèles:

Santé mentale
Enfants 0-11 ans
Adolescents 12-17 ans
Jeunes adultes 18-30 ans
Femmes
Personnes âgées
Personnes handicapées

Les six premiers dossiers ont été constitués par des agents et agentes de recherche, à partir d'études, de recherches et de rapports produits au cours des cinq dernières années, ainsi que d'opinions d'experts. Plus de 400 personnes, particulièrement bien informées au sujet de l'une ou l'autre des clientèles visées, ont été ainsi consultées au cours de l'élaboration des dossiers.

La liste des personnes ainsi consultées apparaît en annexe de chacun des dossiers d'information, publiés par la Commission et disponibles à la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (annexe 4 du rapport).

La coordination de cette consultation a été assurée par Janine Bernatchez-Simard, commissaire, avec la collaboration des agentes et des agents de recherche suivants: Claire Davidson, Andrée Demers, Marguerite Massé-Tardif, Michel Roy, Danielle Saint-Laurent et Claire Sylvestre.

Par ailleurs, la Commission a fait appel à l'expertise de monsieur Patrick Fougeyrollas afin de constituer un dossier thématique sur les personnes handicapées. Ce dossier est disponible à la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.2.3 La consultation d'experts hors Québec

Dès le début de ses travaux, la Commission décidait de ne pas effectuer de visite à l'étranger pour recueillir des données sur d'autres systèmes de santé et de services sociaux. Elle a plutôt choisi de s'en remettre à son programme de recherche pour des analyses comparatives et de profiter du séjour d'experts au Québec pour les rencontrer ou pour tenir des séances de travail avec eux.

La Commission a ainsi rencontré les personnes suivantes à l'occasion de leur séjour au Québec:

- Preher Alexander, de l'International Institute of Health Services, Londres, Angleterre
- Marianne Berthold, Service des Affaires sociales du Commissariat général du Plan, Paris, France
- Warwick A. Brunton, directeur des opérations régionales du Department of Health, Wellington, Nouvelle-Zélande
- William Dab, Observatoire régional de santé, Paris, France
- Jean-Marie Delarue, Service des Affaires sociales du Commissariat général du Plan, Paris, France
- Gérard Doucet, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Services communautaires, Nouveau-Brunswick
- T.J. McCarthy, secrétaire général, Queensland Department of Health, Brisbane, Australie

- Laurie McMahon, professeur et directeur des programmes, King Edward's Hospital Fund, Londres, Angleterre
- Julio Palacios, coordonnateur des politiques de santé au Conseil national de planification de l'Équateur
- Eduard Portella, professeur, département de santé publique et législation sanitaire, Université de Barcelone, Espagne
- Eleutorio Rodrigues, conseiller spécial auprès de la Présidente de la république, Brésil
- Victor Rodwin, professeur, Graduate School of Public Administration, New-York, et professeur à l'Institute for Health Policy Studies, Université de Californie à San Francisco, États-Unis
- Harold Swedner, professor, Department of Social Work, Université Gothenburg, Suède
- Monique Van Dormael, Groupe d'étude pour une réforme de la médecine, Bruxelles, Belgique
- Solon Magalhaes Vianna, coordonnateur de la santé et de la providence sociale, Brésil

Elle a, de plus, tenu des séances de travail avec les personnes suivantes:

- J.E. Asvall, directeur régional pour l'Europe, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, Danemark
- Laurent Couture, chef des services communautaires d'Ottawa au ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario
- Glenn Drover, directeur, School of Social Work, University of British Columbia, Vancouver, B.C., Canada
- Margaret Fietz, Executive Director, The Family Service Centre of Ottawa, Carleton
- Geny Gaughan, Assistant Director of Agency Relation, United Way of Ottawa, Carleton
- John E.F. Hastings, Faculté de médecine, Université de Toronto, Ontario
- Dirk Jarré, secrétaire général, Comité national allemand, Conseil international de l'action sociale, République fédérale d'Allemagne
- Sidney S. Lee, president, Milbank Memorial Fund, New-York, États-Unis
- Valery Lavergne, Social Planning Council of Ottawa, Carleton

- Halfdan T. Mahler, directeur général, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse
- Norbert Préfontaine, sous-ministre adjoint, Santé et Bien-être social Canada
- Michel Smith, directeur général de Service à la famille, Sudbury
- Greg Stoddart, économiste de l'Ontario
- Joyce Turnbull, Associate Director, The Children's Aid Society of Ottawa, Carleton
- Trevor Williams, directeur général de Services à la famille, Canada

Enfin, la Commission a rencontré l'Ontario Health Review Panel, présidé par John Evans.

2.2.4 La consultation des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux

La consultation des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux visait essentiellement à faire le point sur la compétence particulière qu'ils ont acquise au fil des ans sur l'un ou l'autre des problèmes étudiés par la Commission, à repérer des pistes de solutions possibles et à convenir avec chacun d'eux d'une collaboration sur des dossiers donnés. Ce faisant, la Commission souhaitait profiter de la compétence particulière de ces organismes et éviter de refaire des études sur des sujets déjà très bien documentés et pour lesquels des solutions avaient déjà été envisagées.

La Commission a ainsi rencontré les organismes suivants, au cours des mois de juillet, août et septembre 1986:

- Comité de la protection de la jeunesse
- Commission de la santé et de la sécurité au travail
- Commission des droits de la personne
- Conseil des affaires sociales et de la famille
- Conseil des collèges
- Conseil des communautés culturelles
- Conseil des universités
- Conseil du statut de la femme
- Conseil québécois de la recherche sociale
- Institut de recherche en santé et sécurité au travail
- Ministère de l'Environnement du Québec

- Office des personnes handicapées du Québec
- Office des professions du Québec
- Régie de l'assurance automobile du Québec
- Régie de l'assurance-maladie du Québec

Outre ces consultations, la Commission a régulièrement rencontré les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de faire le point sur l'évolution de ses travaux et, de façon plus particulière, pour solliciter des données et des avis sur diverses questions. Cette collaboration entre la Commission et le Ministère a notamment donné lieu à la préparation de multiples documents sur divers problèmes par les membres du Ministère.

À cette collaboration s'est ajoutée celle de quelques comités et groupes de travail mis sur pied par le Ministère aux fins d'examiner des questions précises :

- Comité de la politique de santé mentale
- Groupe de travail sur le mandat d'analyse de l'action des départements de santé communautaire
- Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les centres locaux de services communautaires

Consciente de l'importance du secteur de la santé mentale, la Commission a rencontré le Comité de la politique de santé mentale à quelques reprises afin de faire le point avec celui-ci sur l'évolution de ses propres travaux.

Le rapport de la Commission tient compte de l'essentiel de toutes ses consultations avec les organismes gouvernementaux et paragouvernementaux et avec le Ministère et ses comités et groupes de travail.

2.3 Le programme de communication

Le choix fondamental de la Commission, qui consistait à associer et à faire participer le plus grand nombre possible de personnes et d'organismes à ses travaux, exigeait qu'elle se dote d'un programme de communication. Comme pour tous ses programmes d'activités, elle a choisi de le faire en étroite collaboration avec le milieu directement concerné.

Dès l'automne 1985, la Commission sollicitait la collaboration, à titre de consultant, du groupe Sociétal, organisme à but non lucratif regroupant

les entreprises du secteur privé dans le domaine des communications. Sociétal a accepté de constituer un groupe d'experts de différentes entreprises et de compétences diversifiées:

Serge De La Rochelle, Université du Québec
Jacques Gagnon, Alcan Ltée
Jacques Gravel, Léveillé, Berton et Bowles
Michel Dumas, Bazin, Dumas, Dupré, Sormany
Yvan Corbeil, CROP Inc.

Ce groupe conseil a été consulté à toutes les étapes des travaux de la Commission.

Dans le cadre de son programme de communication, la Commission a notamment réalisé les activités suivantes:

- l'élaboration d'un plan et d'une stratégie de communication;
- la publication de dépliants présentant le mandat et les membres de la Commission, en langues française et anglaise;
- la réalisation d'un programme d'identification visuelle;
- des conférences de presse à chacune des principales étapes de ses travaux et une tournée de presse à travers le Québec à l'occasion du lancement de la consultation de 1986;
- un contact aussi soutenu que possible avec la presse écrite et les médias électroniques;
- la constitution d'un fichier de plus de 8 000 correspondants;
- la publication de cinq bulletins d'information en plus de 20 000 exemplaires, en langues française et anglaise;
- la participation à des dizaines de colloques, conférences et congrès;
- la réalisation d'un programme de publications comprenant:

  - le rapport de la consultation de 1986, *Problématiques et enjeux*, (disponible aux Publications du Québec);
  - un document de réflexion sur le système de santé et de services sociaux *Quelques pistes de réflexion* (disponible aux Publications du Québec);
  - la « collection » des synthèses critiques et des recherches issues du programme de recherche de la Commission (disponibles aux Publications du Québec) - annexe 2 du rapport;

- un recueil des résumés des synthèses critiques et des recherches (disponible aux Publications du Québec);
- des dossiers thématiques (disponibles à la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux) - annexe 4 du rapport;
- les dossiers de consultation d'experts québécois (disponibles à la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux) - annexe 4 du rapport;
- le rapport de la Commission (disponible aux Publications du Québec).

La coordination et la réalisation de ces activités de communication ont été assurées par Yves-Thomas Dorval de décembre 1985 à décembre 1986. Le programme de publications a été coordonné et réalisé par les rédactrices-réviseures suivantes: Anne-Hélène Pénault (d'octobre 1986 à mars 1987) et Rose-Marie Tasseroul (d'avril 1987 à décembre 1987).

2.4 Conclusion

Les programmes de consultation, de recherche et de communication ont permis d'atteindre, en grande partie, les objectifs que s'était fixés la Commission à l'automne 1985: faire participer le plus grand nombre de personnes et d'organismes à sa démarche et puiser à même les conseils spécialisés et l'information déjà disponibles sur le système des services de santé et des services sociaux afin de trouver des éléments de solutions aux problèmes observés. La Commission souhaitait ainsi entreprendre une démarche qui irait bien au-delà de son rapport en invitant les partenaires du système à amorcer déjà le virage des dix à quinze prochaines années.

3. Les activités d'analyse, de synthèse et d'intégration de l'information

La Commission a procédé à l'analyse, à la synthèse et à l'intégration de toutes les informations qu'elle a recueillies selon trois méthodes: par catégories d'intervenants, par clientèles particulières et par problèmes prioritaires et facteurs déterminants. Ces trois méthodes ont été élaborées, complétées et utilisées simultanément, au fur et à mesure de l'évolution des différents programmes d'activités décrits au chapitre 2.

Les deux premières méthodes renvoient directement au programme de consultation; la troisième intègre les deux premières de même que les données du programme de recherche.

Cette troisième partie du rapport d'activités vise donc à rendre compte des activités d'analyse, de synthèse et d'intégration de l'information qui ont conduit à la rédaction du rapport de la Commission. Les activités ponctuelles d'intégration de données sur différents sujets plus particuliers font également l'objet d'une brève description.

3.1 Les catégories d'intervenants

Cette première méthode d'analyse, de synthèse et d'intégration renvoie plus précisément à la consultation générale de 1986. Les informations recueillies lors de cette consultation ont été analysées et intégrées par catégorie d'intervenants à savoir, les usagers des services et les organismes issus de la communauté, le réseau institutionnel des établissements, les corporations professionnelles, les ressources humaines des services de santé et des services sociaux, les milieux de la recherche et de l'enseignement, les médecines douces et les divers acteurs socio-économiques (organisations syndicales, milieu des affaires, monde municipal, commissions scolaires, organisations politiques).

L'analyse, la synthèse et l'intégration des données par catégories d'intervenants ont donné lieu à la publication du rapport intitulé *Les services de santé et les services sociaux: Problématiques et enjeux.*

3.2 Les clientèles particulières

Cette deuxième méthode, tout comme la première, renvoie au programme de consultation et, plus précisément, au volet portant sur la consultation d'experts québécois. Comme l'indique le chapitre 2 du présent rapport d'activités, des données ont été recueillies aux fins d'analyse sur les clientèles suivantes: santé mentale, enfants 0-11 ans, adolescents 12-17 ans, jeunes adultes 18-30 ans, femmes, personnes âgées et personnes handicapées.

Les dossiers sur ces clientèles ont été constitués de janvier 1986 à octobre 1987 et ont donné lieu à la publication, par la Commission, de six dossiers de consultation d'experts et d'un dossier thématique.

3.3 Les problèmes jugés prioritaires et les facteurs déterminants

Des trois méthodes d'analyse, de synthèse et d'intégration de l'information utilisées par la Commission, celle des problèmes jugés prioritaires et des facteurs déterminants est la plus élaborée: d'une part, parce qu'elle englobe les deux premières; d'autre part, parce qu'elle intègre les données du programme de recherche et de toutes les autres sources d'information

de la Commission, notamment celles des experts hors Québec et des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux. C'est également la méthode qui présentait la plus grande complexité.

Cette méthode, mise en oeuvre à compter d'août 1986, a conduit directement à la mise en chantier du rapport final au mois d'août 1987. Elle a de plus mis à contribution les conseillers spéciaux de la Commission:

Jean-Pierre Bélanger
Pierre Bergeron
Jean-Paul Fortin
Marcel Gilbert

de même que l'ensemble du personnel de la Commission, selon le rythme et l'évolution des activités d'analyse, de synthèse et d'intégration.

La méthode dite des problèmes jugés prioritaires et des facteurs déterminants a suivi le cheminement suivant:

- ***L'identification et la définition de quatre champs d'intervention du système*** selon les problématiques visées par chacun, leurs objectifs et leurs stratégies d'intervention: le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux; le champ des problèmes sociaux spécifiques; le champ des problèmes de santé spécifiques; le champ des problèmes de population. D'août 1986 à décembre 1986, la Commission procédait ainsi à une analyse détaillée des problèmes, tels que perçus par les intervenants au cours de la consultation 1986, afin de les regrouper dans l'un ou l'autre de ces quatre champs et de reconnaître les facteurs déterminants de chacun de ces quatre champs. L'essentiel de cette approche d'analyse est décrit dans la quatrième partie de l'ouvrage intitulé *Les services de santé et les services sociaux: Quelques pistes de réflexion*, publié en avril 1987.

- ***L'établissement d'un ordre de priorité parmi les problèmes observés par les intervenants lors de la consultation de 1986***. Dès novembre 1986, la Commission procédait à l'établissement d'une liste des problèmes qu'elle jugeait prioritaires, en puisant notamment aux travaux effectués au moyen de l'approche des quatre champs d'intervention afin de valider son ordre de priorité. La Commission constituait alors une liste de quelque quarante problèmes jugés prioritaires, liste qui allait servir de point de repère à la Commission dans la suite de ses travaux.

- ***Les types de recours de la personne et la structure et la dynamique du système***. De décembre 1986 à mars 1987, afin de mieux analyser et comprendre les problèmes et les enjeux du système des services de santé et des services sociaux, la Commission élaborait, outre l'approche des quatre champs d'intervention, deux autres approches d'analyse. La première portait sur les types de recours de la personne: la personne, le réseau naturel, les ressources de la communauté (le secteur communautaire et le secteur privé), les ressources publiques et institutionnelles ainsi que l'organisation sociale. La seconde portait sur la structure et la dynamique du système. Ces deux approches sont également décrites dans la quatrième partie de l'ouvrage *Les services de santé et les services sociaux: Quelques pistes de réflexion*, publié en avril 1987.

- ***Les facteurs déterminants***. Une première liste de facteurs déterminants était dressée en novembre 1986, à partir de la liste des problèmes jugés prioritaires. Six de ces facteurs déterminants étaient retenus pour la consultation de juin 1987. C'est ainsi que, de février à mai 1987, des documents de travail étaient préparés sur les six sujets suivants: la centralisation-décentralisation, la multisectorialité, la participation, la réglementation professionnelle, le communautaire et les services sociaux essentiels.

- ***Les dossiers d'intégration***: partant de la liste des problèmes jugés prioritaires (novembre 1986), des facteurs déterminants (novembre 1986; février à mai 1987), des travaux effectués sur les quatre champs d'intervention du système (août à décembre 1986) et des approches d'analyse (décembre 1986 à mars 1987), la Commission dressait la liste des dossiers d'intégration à constituer en vue de la rédaction du rapport final. Établis progressivement de février à mars 1987, les dossiers étaient répartis entre les membres du personnel de la Commission, après que les plans de travail et la rédaction de chacun eurent fait l'objet d'une analyse. Tous ces dossiers d'intégration étaient complétés à la fin d'août 1987, chacun comprenant l'analyse, la synthèse et l'intégration des informations et des données pertinentes de toutes les sources d'information de la Commission.

  Les dossiers d'intégration, qui résultent d'une démarche de plus d'une année d'analyse, de synthèse et d'intégration, sont à la base du rapport final de la Commission, amorcé en août 1987. Ces dossiers sont aussi le résultat d'une collaboration étroite entre les commissaires, les conseillers scientifiques, les conseillers spéciaux, l'équipe de coordina-

tion et l'équipe professionnelle de la Commission, notamment à l'étape de la définition et de la réalisation des dossiers d'intégration.

3.4 Les activités ponctuelles d'intégration

Outre la méthode générale dite « des problèmes prioritaires et des facteurs déterminants », la Commission a eu recours à des activités ponctuelles d'analyse, de synthèse et d'intégration des informations sur différents sujets plus précis:

- ***L'évolution des finances publiques***

  Tel qu'indiqué au chapitre 1, la Commission tenait une première rencontre d'information et d'étude à l'automne 1985 afin de faire le point sur l'évolution des finances publiques et sur le processus d'allocation des budgets au Québec.

  En septembre 1987, elle rencontrait André Delisle, sous-ministre adjoint au ministère des Finances, Bernard Turgeon, analyste à ce même Ministère, et Denis Bédard, secrétaire général au Conseil du trésor, afin de mettre à jour les informations relatives à l'évolution des finances publiques du Québec.

- ***Les communautés culturelles***

  Dans le cadre de la consultation nationale et régionale de 1986, la Commission rencontrait, en mai 1986, quelque vingt représentants et représentantes des communautés culturelles du Québec afin de faire le point sur les problèmes, les enjeux et les éléments de solutions propres à ces communautés en matière de services de santé et de services sociaux.

  Les noms des personnes ainsi rencontrées apparaissent en annexe à *Problématiques et enjeux*, publié en avril 1987.

- ***Les médecines douces***

  En mai 1986, la Commission tenait une rencontre de travail avec les représentants et représentantes de quelque douze organismes liés aux médecines douces. C'était l'occasion de recueillir et de commenter les points de vue de ces organismes sur des sujets tels la reconnaissance professionnelle, la protection du public, la formation et la recherche. Cette première rencontre de travail était suivie d'un seconde en septembre 1987, avec un groupe plus restreint, afin de faire le point sur des éléments de solutions.

Les noms des personnes ainsi rencontrées apparaissent en annexe à *Problématiques et enjeux*, publié en avril 1987.

- ***Les établissements de santé affiliés aux universités***

Une première rencontre de travail, en juin 1986, permettait à la Commission de faire le point sur la problématique des centres hospitaliers affiliés aux universités québécoises. Les doyens des quatre facultés de médecine du Québec et quelques directeurs généraux de centres hospitaliers affiliés étaient alors présents. Une seconde rencontre des doyens des quatre facultés de médecine avait lieu en novembre 1987 afin de faire le point sur différents éléments de solutions envisagés par la Commission, partant des travaux effectués par le Groupe de travail sur les établissements de santé affiliés aux universités, présidé par André Archambault.

- ***Les communautés autochtones du Québec***

En août 1986, la Commission se déplaçait vers le Grand Nord québécois afin de rencontrer les représentants et représentantes des établissements et de la population des communautés crie et inuit. Elle confiait par la suite à Jean-Jacques Simard, sociologue de l'Université Laval, le mandat de préparer un dossier sur toutes les questions relatives aux services de santé et aux services sociaux en regard des populations autochtones du Québec.

Tenant compte des résultats de cette étude, la Commission rencontrait les représentants et représentantes des Conseils de la santé et des services sociaux inuit et cri, à Montréal, en novembre 1986. Cette rencontre de travail visait à recueillir les critiques et les commentaires relatifs aux hypothèses de solutions envisagées par la Commission.

- ***Le rôle de l'État***

En avril 1987, sur la base des rapports préliminaires des synthèses critiques portant sur le rôle de l'État et demandées par la Commission dans le cadre de son programme de recherche, les commissaires tenaient une séance de travail avec tous les chercheurs en cause. Cette rencontre visait à faire la synthèse des divers points de vue sur le rôle de l'État, notamment dans le secteur des services de santé et des services sociaux. À la suite de cette rencontre, la Commission décidait de constituer un dossier thématique sur le sujet, dossier qui puise notamment aux synthèses critiques publiées dans la « collection » des synthèses critiques et des recherches de la Commission.

- *Le développement technologique*

  En février 1987, la Commission organisait une rencontre de travail sur le développement technologique dans le secteur des services de santé et des services sociaux, en présence des chercheurs mandatés pour étudier cette question dans le cadre du programme de recherche. Cette rencontre permettait à la Commission de faire la synthèse des différents points de vue.

- *Le climat de travail*

  Préoccupée par les nombreuses représentations qui lui avaient été faites sur le climat de travail dans les établissements de santé et de services sociaux lors de la consultation de 1986, la Commission confiait à Pierre Fournier, professeur en science politique de l'Université du Québec à Montréal, le mandat de recueillir les témoignages sur cette question que souhaitaient apporter les différentes catégories de personnels des établissements du réseau, incluant les cadres. Au total, plus de 160 personnes ont été rencontrées individuellement ou en groupe. Cette étude, dans la mesure du temps et des moyens disponibles, a permis à la Commission de dresser le portrait le plus juste possible de l'état du climat de travail dans les établissements.

- *Les conditions de la pratique sociale*

  En avril 1987, la Commission décidait de tenir une rencontre de travail avec des intervenants des établissements de services sociaux afin d'échanger avec eux sur les conditions de la pratique professionnelle dans ces milieux de travail. Outre le personnel de la Commission et les chercheurs directement concernés par cette question, les personnes suivantes ont accepté de participer à cette rencontre: Ginette Bertau, Jacques Desnoyers, Michel Dorais, Pauline Filiatrault, Jacqueline Labrèche, Jocelyne Lavoie, Pierre Legros, Réal Nadeau, Monique M. Normand, Régean Normandeau.

- *La définition du champ des services sociaux*

  Outre les travaux internes qu'elle avait effectués sur les approches d'analyse et d'intégration du champ des services sociaux, la Commission décidait de consulter des universitaires et des praticiens du secteur social. En mai 1987, elle réunissait autour d'une même table André Beaudoin, Marie Berlinguet, Myer Katz, Madeleine Leduc, Céline Morin, Lucienne Robillard et Gilles Rondeau.

- ***Les aspects juridiques du système***

  En juillet et en août 1987, la Commission rencontrait tour à tour Andrée Lajoie et Patrick Molinari, professeurs en droit à l'Université de Montréal, ainsi que Paul-André Crépeau et Pierre Deschamps, professeurs en droit à l'Université McGill, afin de faire le point sur les aspects juridiques du système des services de santé et des services sociaux, à partir des travaux qu'ils avaient effectués pour le compte de la Commission.

- ***La recherche en santé et la recherche sociale***

  En septembre 1987, la Commission rencontrait la présidente et les présidents des organismes subventionnaires suivants, afin de faire le point sur les hypothèses de solution envisagées en regard de la recherche en santé et de la recherche sociale: Christiane Quérido, du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR), Yvon Poirier, du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et Marc Adélard Tremblay, du Conseil québécois de recherche sociale (CQRS).

- ***Le financement du système***

  En octobre 1987, la Commission regroupait les personnes suivantes afin de recevoir leurs commentaires au sujet des orientations envisagées pour le financement du système des services de santé et des services sociaux: Ginette Dussault, économiste à l'Institut de recherche appliquée sur le travail; François Geoffrion, ancien directeur de la planification au Conseil du trésor; Claude Séguin, ancien sous-ministre adjoint au ministère des Finances; Lee Soderstrom, économiste à l'Université McGill.

3.5 Le rapport final

Au début du mois d'août 1987, la Commission entreprenait l'étape finale de ses travaux, à savoir la mise en forme du contenu et la rédaction de son rapport final.

La Commission confiait aux équipes suivantes la responsabilité de procéder à l'intégration finale de toutes les données recueillies, selon le mandat de la Commission, à savoir le contexte et les objectifs du système, son fonctionnement, son financement et son développement.

Contexte et objectifs:

- Marc Renaud, conseiller scientifique et coordonnateur de l'équipe
- André Beaudoin, conseiller scientifique
- Jean-Pierre Bélanger, conseiller spécial
- Colette Chatillon, coordonnatrice de l'analyse et de la synthèse

Fonctionnement, financement et développement:

- Clermont Bégin, conseiller scientifique et coordonnateur de l'équipe
- André-Pierre Contandriopoulos, conseiller scientifique
- Sylvie Dillard, coordonnatrice de la recherche
- Jean-Bernard Robichaud, conseiller scientifique

Les professionnels et professionnelles suivants ont été affectés à l'une ou l'autre de ces deux équipes, selon l'évolution des travaux: Lise Legros, Claude Painchaud, Louise Potvin et Louise-Hélène Trottier. Des contributions ponctuelles ont également été demandées à Andrée Demers, Charlotte Poirier, Lionel Robert et Marie-Christine St-Jacques.

Quant au domaine de la santé publique ou des actions orientées sur des populations, la Commission s'est assurée la collaboration de Jean-Paul Fortin et de Réal Lacombe.

Enfin, la Commission obtenait la collaboration de Denis Gagnon, conseiller scientifique, en ce qui a trait à la recherche, à la formation et au développement technologique.

4. Les activités administratives et les activités de secrétariat

Dans la réalisation de son mandat, la Commission a pu compter sur la collaboration et l'appui constants d'une équipe qualifiée affectée aux fonctions suivantes:

- **la gestion des ressources humaines, matérielles et financières; cette tâche a été assumée par Diane Crépin, attachée d'administration;**
- **le fonctionnement du centre de documentation, assuré par Ginette Langevin, technicienne en documentation, et France Thibault, préposée à la documentation;**

– **les activités de secrétariat, assumées par Paule-Huguette Gauthier et Andrée Prémont, secrétaires principales, ainsi que par Lucie Lapointe, Julie Mercier, Claudette Tremblay et France Trudel, secrétaires.**

D'autres personnes se sont jointes à cette équipe au cours des travaux de la Commission, pour des périodes plus ou moins longues, à titre de secrétaires ou d'agents de bureau.

5. Le personnel

Afin de réaliser ses travaux, la Commission a pu compter sur le soutien des conseillers suivants:

Conseillers scientifiques:
André Beaudoin
Clermont Bégin
André-Pierre Contandriopoulos
Denis Gagnon
Marc Renaud
Jean-Bernard Robichaud

Conseillers spéciaux:
Jean-Pierre Bélanger
Pierre Bergeron
Jean-Paul Fortin
Marcel Gilbert

Conseiller juridique:
William J. Atkinson

Par ailleurs, la Commission a pu compter sur un personnel représentant 27,5 personnes équivalent temps plein.

Équipe de coordination:
* Pierre Roy, secrétaire général adjoint
* Colette Chatillon, coordonnatrice de l'analyse-synthèse

---

* Un astérisque précède les 22 personnes qui ont participé aux travaux de la Commission pendant au moins 20 mois.

* Sylvie Dillard, coordonnatrice de la recherche
Yves-Thomas Dorval, coordonnateur des communications (décembre 1985 à décembre 1986)
Priscilla Ouellet-Perron, coordonnatrice de la consultation 1986
Jacques Boilard, coordonnateur et animateur de la consultation 1987

• *Analyse, synthèse, recherche :*
* Myriam Bergeron
* Lise Brassard
* Louis Demers
* Lise Legros
* Hélène Massé
* Claude Painchaud
* Charlotte Poirier
* Louise Potvin
* Louise-Hélène Trottier

• *Consultation d'experts québécois :*
Claire Davidson
Andrée Demers
Marguerite Massé-Tardif
Michel Roy
* Danielle Saint-Laurent
Claire Sylvestre

• *Rédaction et révision de textes :*
Anne-Hélène Pénault
Rose-Marie Tasseroul

• *Administration :*
* Diane Crépin

• *Dossiers particuliers :*
Benoît Blanchet
Françoise Bouchard

Patrick Fougeyrollas
Serge Gagnon
Réal Lacombe
Richard Massé
Lionel Robert
Marie-Christine Saint-Jacques
Louise Thomassin

- *Secrétaires principales :*

Louise Dubois
* Paule-Huguette Gauthier
Lise Gosselin
Monique Paradis
* Andrée Prémont
Carole Tremblay

- *Centre de documentation :*

* Ginette Langevin
* France Thibault

- *Secrétaires :*

Louise Hould
Joëlle Huot
Madeleine Jacques-Hamel
* Lucie Lapointe
Liliane Ledoux
Lise Malouin
* Julie Mercier
Renée Robert
* Claudette Tremblay
* France Trudel

- *Personnel technique :*

Denis Boucher
Maïté Gibson
Christine Potvin

Les qualités personnelles et professionnelles, la motivation exceptionnelle et la capacité d'adaptation de l'ensemble du personnel sont tout particulièrement à souligner. L'échéancier imparti à la Commission, de même que l'ampleur, la diversité et la complexité des travaux de la Commission ont exigé trois réorganisations majeures du personnel: août 1986, mars 1987 et août 1987. De tels changements n'auraient pas été possibles sans la collaboration et l'engagement personnel de chacun des membres de l'équipe de la Commission.

6. Le budget

Dès le mois d'octobre 1985, la Commission établissait ses prévisions budgétaires en fonction des programmes d'activités qu'elle comptait réaliser jusqu'au terme de son mandat, alors prévu pour le 31 décembre 1987, soit 30 mois après la date de sa création. Ces prévisions couvraient la période d'octobre 1985 à décembre 1987, c'est-à-dire 26 mois puisque la Commission n'a pu se mettre en marche avant octobre 1985. Quoique ces prévisions aient dû être modifiées en janvier 1986 avec les changements apportés, notamment à la nature, à la composition et à la durée du mandat de la Commission, elles demeurent valables puisque la Commission voyait, le 23 septembre 1987, son mandat prolongé jusqu'au 18 décembre 1987.

Le budget accordé par le Gouvernement du Québec a également connu des réajustements, selon les modifications apportées notamment à la nature, à la composition et à la durée du mandat de la Commission.

Le tableau 1 présente une analyse comparative des prévisions budgétaires de la Commission, établies en octobre 1985, et des dépenses effectuées par la Commission au 18 décembre 1987.

Dans l'ensemble, la Commission, au cours de ses vingt-six mois d'activités, avait prévu dépenser 6 492 500 dollars; l'état des dépenses au 18 décembre 1987, date de la fin du mandat de la Commission, est de 6 142 600 dollars. Les dépenses de la Commission auront donc été inférieures à ses prévisions initiales, se situant par ailleurs à l'intérieur du budget de 6 145 400 dollars accordé par le gouvernement.

Le poste « salaires et avantages sociaux » comprend, outre le coût du personnel (l'équivalent de 27,5 personnes à temps complet), le coût des contrats de prêt de services du président et des commissaires. En vertu de ces contrats de prêts de services, les traitements et les avantages sociaux remboursés aux établissements d'origine sont ceux auxquels ces personnes

Analyse comparative des prévisions budgétaires et de l'état des dépenses de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, pour la durée de son mandat

	Prévisions budgétaires (octobre 1985)	État des dépenses* au 18 décembre 1987
Salaires et avantages sociaux:	3 262,2 $	2 915,3 $
Programme de recherche:	843,3 $	1 448,3 $
Honoraires professionnels:	683,1 $	363,9 $
Loyer, ameublement et équipement:	609,5 $	660,6 $
Transport, messagerie et frais administratifs:	906,9 $	725,5 $
Publication de documents:	187,5 $	29,0 $
Total:	**6 492,5 $**	**6 142,6 $**

* Le montant total des dépenses au 18 décembre 1987 correspond aux crédits de 6 145 400 dollars accordés à la Commission par le gouvernement.

auraient eu droit si elles avaient continuer d'y occuper leurs fonctions pendant la durée de la Commission.

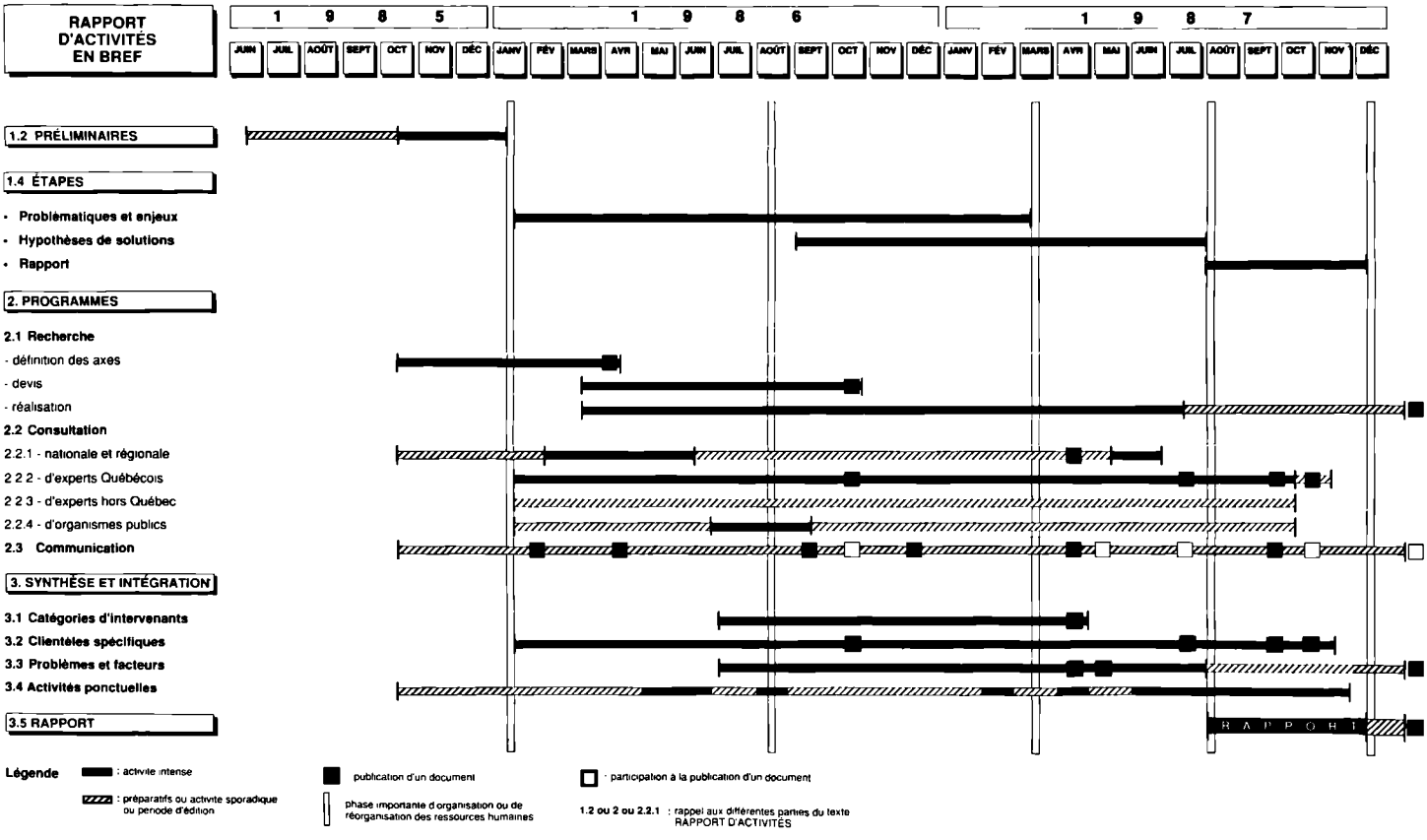
Le poste « programme de recherche » comprend notamment une somme de 1,2 millions de dollars versée aux établissements universitaires et aux chercheurs pour la réalisation des synthèses critiques et des recherches demandées par la Commission. Le solde comprend les frais d'encadrement des programmes de recherche.

Le poste « honoraires professionnels » comprend notamment les frais relatifs aux programmes de communication, les frais de rédaction du rapport et les honoraires payés à des conseillers hors Québec et au conseiller juridique.

Le poste « loyer, ameublement et équipement » représente pour l'ensemble les frais fixes qu'a dû débourser la Commission selon les normes gouvernementales, pour loger son personnel et lui fournir l'ameublement, les équipements et les fournitures de bureau nécessaires. L'ameublement et les équipements de la Commission ont été remis au ministère de la Santé et des Services sociaux au terme du mandat de la Commission.

Le poste « transport, messagerie et frais administratifs » comprend, pour plus des deux tiers, les frais de déplacements des commissaires, des conseillers scientifiques, des conseillers spéciaux et de l'équipe professionnelle au Québec, frais liés principalement aux diverses composantes du programme de consultation.

Quant au poste « publication de documents », il représente le coût qu'a dû assumer la Commission pour l'édition et l'achat de ses publications aux Publications du Québec.


RAPPORT D'ACTIVITÉS EN BREF
1985
1986
1987
JUIN JUIL AOÛT SEPT OCT NOV DÉC JANV FÉV MARS AVR MAI JUIN JUIL AOÛT SEPT OCT NOV DÉC JANV FÉV MARS AVR MAI JUIN JUIL AOÛT SEPT OCT NOV DÉC
1.2 PRÉLIMINAIRES
1.4 ÉTAPES
• Problématiques et enjeux
• Hypothèses de solutions
• Rapport
2. PROGRAMMES
2.1 Recherche
- définition des axes
- devis
- réalisation
2.2 Consultation
2.2.1 - nationale et régionale
2.2.2 - d'experts Québécois
2.2.3 - d'experts hors Québec
2.2.4 - d'organismes publics
2.3 Communication
3. SYNTHÈSE ET INTÉGRATION
3.1 Catégories d'intervenants
3.2 Clientèles spécifiques
3.3 Problèmes et facteurs
3.4 Activités ponctuelles
3.5 RAPPORT
RAPPORT
Légende
: activité intense
: préparatifs ou activité sporadique ou période d'édition
publication d'un document
phase importante d'organisation ou de réorganisation des ressources humaines
: participation à la publication d'un document
1.2 ou 2 ou 2.2.1 : rappel aux différentes parties du texte RAPPORT D'ACTIVITÉS

Annexe 2

Programme de recherche: Liste des synthèses critiques et des recherches publiées par la Commission chez *Les Publications du Québec*

Le rôle de l'état dans les services de santé et les services sociaux

1. GILLES BEAUSOLEIL, GÉRARD BÉLANGER, DIANE BELLEMARE, GINETTE DUSSAULT, LISE POULIN SIMON, JACQUES T. GODBOUT, LIONEL GROULX, RÉJEAN LANDRY, FRÉDÉRIC LESEMANN, JOCELYNE LAMOUREUX. *Le rôle de l'État*

La transformation du tissu social

2. GILLES BIBEAU *À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*
3. DORIS HANIGAN *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et propositions d'action*
4. FRÉDÉRIC LESEMANN *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux*
5. MONIQUE PROVOST *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale « jeunesse »*
6. MARC RENAUD, SYLVIE JUTRAS, PIERRE BOUCHARD *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*

7. ERIC SHRAGGE, TAYLOR LETOURNEAU *Community - Initiated Health and Social Services*
8. RITA THERRIEN *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux*
9. MICHEL TOUSIGNANT *et al. Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action*

L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

10. ELLEN CORIN *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*
11. JOHN HOEY *et al. L'état de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*
12. JENNIFER O'LOUGHLIN, JEAN-FRANÇOIS BOIVIN *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*

Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

13. PAUL R. BÉLANGER, BENOÎT LÉVESQUE, MARC PLAMONDON *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC*
14. JEAN BERNIER *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux*
15. JEAN BERNIER, GUY BELLEMARE, LOUISE HAMELIN BRABANT *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers*
16. GEORGES DESROSIERS, BENOÎT GAUMER *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire*
17. GEORGES DESROSIERS, BENOÎT GAUMER *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives*
18. GILLES DUSSAULT, JEAN HARVEY, HENRIETTE BILODEAU *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire*
19. BARBARA HEPPNER, LINDA DAVIES *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Quebec: Towards a New Denifition of Professionalism*

20. ANDRÉE LAJOIE, PATRICK A. MOLINARI, LOUISE-HÉLÈNE RICHARD *Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987*

21. DEENA WHITE, MARC RENAUD *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis*

La place du secteur communautaire et ses rapports avec le réseau public

22. JACQUES T. GODBOUT, MURIELLE LEDUC, JEAN-PIERRE COLLIN *La face cachée du système*

23. NANCY GUBERMAN, HENRI DORVIL, PIERRE MAHEU *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*

24. JOCELYNE LAMOUREUX, FRÉDÉRIC LESEMANN *Les filières d'action sociale*

25. CÉLINE MERCIER *La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services*

Les systèmes d'information

26. DANIEL PASCOT *et al. Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux*

27. MARTIN POULIN, GEORGETTE BÉLIVEAU *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux*

Les coûts et le financement du système de services de santé et des services sociaux

28. CLERMONT BÉGIN, BERNARD LABELLE, FRANÇOISE BOUCHARD *Le budget: le jeu derrière la structure*

29. ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS, ANNE LEMAY, GENEVIÈVE TESSIER *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire*

30. GILLES DESROCHERS *Financement et budgétisation des hôpitaux*

31. HÉLÈNE DESROSIERS *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux*

32. THOMAS DUPERRÉ *La perspective fédérale-provinciale*

33. PRAN MANGA *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise*

34. YVON POIRIER *Évolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec*

35. CLAUDE QUIVIGER *Centre communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario*

36. LEE SODERSTROM *Privatization: Adopt or Adapt?*

37. YVES VAILLANCOURT ***et al.*** *La privatisation des services sociaux*

Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

38. ANDRÉ BEAUDOIN *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec*

39. ÉLAINE CAREY-BÉLANGER *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec*

40. MARC LEBLANC, HÉLÈNE BEAUMONT *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes*

41. JOCELYN LINDSAY, CHANTAL PERRAULT *Les services sociaux en milieu hospitalier*

42. ROBERT MAYER, LIONEL GROULX *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*

43. FRANCINE OUELLET, CHRISTIANE LAMPRON *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux*

44. MARIE SIMARD, JACQUES VACHON *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec*

Le développement de la technologie

45. RENALDO BATTISTA, GÉRARD DE POUVOURVILLE, FERNAND ROBERGE, DAVID ROY *Le développement de la technologie*

Annexe 3

Liste* des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation de juin 1987

Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec

Dion, Nicole
Dumais, Benoît
Savard, Robert

Association des cadres intermédiaires des affaires sociales

Fortier, Richard
Lefrançois, J. Laurian

Association des centres d'accueil du Québec

Clair, Michel
Desnoyers, Jacques
Emond, Égide
Girard, Jean-Marie
Godbout, Égide
Laberge, Jacques-Gilles
Langelier, Gilles
Poisson, Jacques-Yves
Robert, Gaston

---

* La liste des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation de 1986 apparaît en annexe de *Problématiques et enjeux*, Publications du Québec, avril 1987.

Association des centres de services sociaux du Québec

Asselin, Jean
Boisvert, Maurice
Couture, Alfred
Denis, Lise
Lancop, Claude
Myre, Jean-Guy
Richer, Yvon
Sammut, Maurice

Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec

Bédard, Yves
Boucher, Clémence
Breault, Jean-Bernard
Groulx, André
Simonette, Vincent

Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec

Blanchet, Rodrigue
Lacroix, Adrien
Moisan, André
Tellier, Ronald

Association des hôpitaux du Québec et la Division de la santé communautaire de cette association

Brunet, Jacques
Chamard, Charles
Lagacé, Gilles
Lessard, Richard
Montpetit, Jean-Pierre
Nadeau, Jacques

Association des psycho-éducateurs du Québec

Clotteau, Benoît
Dupras, Madeleine
Lapointe, Marcel
Lemire, Guy

Association féminine d'éducation et d'action sociale

Houle-Ouellet, Michèle
Marcoux, Huguette

Association québécoise pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités

Brunet, Yvette

Centrale de l'enseignement du Québec

Beauregard, Robert
Bouffard, Nelson
Chiasson, Béatrice

Comité provincial des malades

Lanquin, Michèle
Ménard, Jean-Pierre
Vaz, Joviano

Confédération des organismes familiaux du Québec Inc.

Péloquin, Suzanne
Rioux, Nicole
St-Laurent, Carmen
Sylvestre, Robert

Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec

Bengio, Luna
Majeau, Pierre
Morin, Paul
Picard, France

Confédération des syndicats nationaux

Bonet, Pierre
Charland, Alfred
Fontaine, Michel
Lamontagne, Céline
Loumède, Catherine
Roy, Jean

Conseils régionaux de la santé et des services sociaux*

Bas-Saint-Laurent / Gaspésie

Delage, Yvon
Miville, Jean
Patry, Marie-Reine
Thériault, Jean-Nil

Québec

Légaré, Jean-Yves
Montreuil, Louise
Tremblay, Jacques
Veilleux, Alain

Estrie

Dodier, Raynald
Dubreuil, Michel
Lalancette, Denise
Painchaud, Albert

Laurentides / Lanaudière

André, Christian
Goyet, Noëlla
Granger, Roland
Guimont, Claude
Léger, Michel

Outaouais

Cloutier, Charlotte
Gatien, Claudette
Guertin, Gilles
Hutton, Géraldine
Jiard, René

Saguenay / Lac-St-Jean

Carrier, André
Harvey, Marcel
Thibeault, Louis-Philippe

Mauricie / Bois-Francs

Boisvert, Maurice
Bouchard, Normand
Dessureault, Jean-Yves
Lemay, Léon
Martinez, Carlos

Montréal

Déquier, Marie
Deslauriers, Luc
Farah-Lajoie, Claude
Marcoux, Gérard

Montérégie

Gauthier, Hubert
Juneau, Jocelyne
Khelfa, Louise
Laplante, Gilles

Côte-Nord

Boisjoli, Claude
Desbiens, François
DiPiazza, Yvo
Guitar, Jacques

---

* Les organismes et personnes suivantes ont été invités à la rencontre de la Commission avec les conseils régionaux:

- Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux
  Morais, Hélène
  Morin, Véronique
- Conseil régional de la Baie James
  Pichette, Pierre

Corporation professionnelle des conseillers en orientation du Québec

Boivin, André
Gauthier, Jean-Louis
Lavoie, Yvon-Robert
Sirois, Alain

Corporation professionnelle des diététistes du Québec

Choquette, Jeanne
Labrie, Francine
Ouellet, Denise
Rail, Chantale

Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec

Manzo, Linda
Picard-Greffe, Huguette
Shaw, Lucille

Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Adam, Viola
Beaudoin, Monique
Garon, Claire
Paradis, Régis

Corporation professionnelle des médecins du Québec

Lapierre, André
Laramée, François
Roy, Augustin
St-Georges, Pierre

Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec

Bergeron, François
Hébert, Monique
Simard, Jacques

Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec

Bayard, Hélène
Cyr, Clairna
Girard, Patricia
Tremblay, Lise

Corporation professionnelle des psychologues du Québec

Granger, Luc
Lavigne-Sabourin, Renée
Marchand, Danièle
Sabourin, Michel

Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec

Collette, Alain
Côté, Jeannine
Grimard, Jeanne
Richard, René

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec

Brazeau-Patenaude, Christiane
Carey-Bélanger, Hélène
Landry, Pierre
Pagé, René
Rivard-Leduc, Madeleine

Fédération de l'Âge d'Or du Québec

Cambron, Rita
Langlois, Jeanne
Leblanc, Rose-Aimée

Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Bérubé, Lise
Brousseau, Jean
Catellier, Raymonde
Rondeau, Pierrette

Fédération des centres locaux de services communautaires du Québe

Charlebois, Maurice
Leguerrier, Paul
Mercure, Gaétan
Robert, Lionel
Sénéchal, Marcel

Fédération des femmes du Québec

Thibeault, Charlotte

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Comtois, Marie-Andrée
Inkell, Diane
Lavallée, Diane
Loubier, Hélène
Roy, Nicole

Fédération des infirmières et infirmiers unis inc.

Bossé, Raymond
Gosselin, Nicole
Martin, Fernande
Théroux, Francine

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dutil, Rénald
Godin, Louis
Richer, Clément
Rodrigue, Jean

Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Charbonneau, Jocelyne
Girard, Alain

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Albert, Jean-Marie
Bouchard, Marc
Desjardins, Paul
Molinari, Patrick

Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et d'infirmiers du Québec

Boilard, Lise
Dufresne, Francine
Plante, Hélène
Vézina, Gaétane

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

Boudreau, Johanne
Daoust, Fernande
Désormeaux, Nicole
Duval, Louis
Foisy, Alain
Frénette, Jean-Guy
Gagnon, Astride
Gill-Fournier, Lise
Valiquette, Louise

Fédération québécoise des associations de familles et d'amis de personnes atteintes de maladie mentale

Forest, André
Forget, Fernand
Jobin, Henri
Poirier, Paul-Émile

Naissance-Renaissance

Motte, Soizic

Ordre des audioprothésistes du Québec

Beldromi, Jean-Pierre
Lauzon, Yvon
Trudel, Jean
Vallée, Pierre

Ordre des chimistes du Québec

Bourget, Clément
Deschamps, Yves
Favre, Henri
Richer, Jean-Claude

Ordre des chiropraticiens du Québec

Danis, Normand
Giguère, Richard
Gonthier, André-Marie
Taché-Piette, Louise

Ordre des dentistes du Québec

Lamarche, Pierre-Yves
Lussier, Jean-Paul

Ordre des opticiens d'ordonnance du Québec

Cossette, Marc
Godbout, Bernard
Paquette, Marcel
Roy, Jacques

Ordre des optométristes du Québec

Brochu, Lionel
Côté, Louis-M.
Gareau, Claude
Lavoie, Daniel

Ordre des pharmaciens du Québec

Arsenault, Gilles
Marquis, Jean-Claude
Nadeau, Jacques-André

Regroupement des centres de femmes du Québec

Bouchard, Johanne
David, Françoise
Levert, Denise

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

Carle, Diane
Chouinard, Johanne
Pratte, Clo
Tremblay, Sylvie

Regroupement des maisons de jeunes du Québec

Laurier, Jean
Papin, Denis

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Blanchard, Michèle
Charland, Sonia
Morin, Paul
Viau, Danièle

Regroupement des unités de formation universitaire en travail social du Québec
(cet organisme a été rencontré lors de la consultation de 1986, sans qu'il en soit fait mention au rapport de celle-ci)

Laforest, Marcelle
Legault, Gisèle
Mathieu, Réjean
Veilleux, Henri-Paul

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence

Aubin, Angèle
Caron, Denise
Tremblay, Denise

Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

Bonsom, Nathalie
Ladouceur, Nicole
Lemieux, Diane

Rencontre avec des représentants socio-économiques des conseils d'administration d'établissements de santé et de services sociaux

Bas-Saint-Laurent / Gaspésie

Arsenault, Maurice
Crépeau, Jean-Paul
Duguay, Gérard
Kavanagh, Georges

Québec

Méthot, Lise
Tremblay, Jacques
Trudel, Mario
Veilleux, Alain

Estrie

Belisle, Serge
Castonguay, Gilles
Charron, Roger
Lalancette, Denise
Sammut, Maurice
Sylvestre, Jean

Saguenay / Lac-St-Jean

Dupéré, Denise
Harvey, Marguerite
Simard, Florence
Voisine, Antonin

Mauricie / Bois-Francs

Girard, Émilien
Godin, Rose-Ange
Lacourse, Colette
Mills, Charles
Tremblay, René

Montréal

Bergeron-Beaulieu, Rita
Ehrhardd, René
Girard, Patricia
Levasseur, Jules
Merciari, Nicole
Williams, Russell

Laurentides / Lanaudière

Bourque, André
Granger, Roland
Grondin, Jean
Richer, Rena
Thibodeau, Viateur

Outaouais

Chapleau-Varin, Francine
Côté, Gérard
Fortin, Julien, F.
Guindon, Bernard
Raby, Ronald

Côte-Nord

Champagne, Louisette
Gagnon, Gabriel-Yvon
Heppell, Robert
Marin, Réjean

Montérégie

Beaudry, Jean
Dunn, Robert
Foucault, Louis-Philippe
Lelièvre, Ghislaine
Le Tellier, Louis

Abitibi / Témiscamingue

Dessureault, Yvon
Nadeau, Roland
St-Germain, Marie

Annexe 4

Liste des dossiers de consultation d'experts et des dossiers thématiques

Dossiers de consultation d'experts

Dossier « Santé mentale », octobre 1986

Dossier « Enfants 0-ll ans », octobre 1986

Dossier « Femmes », juillet 1987

Dossier « Personnes âgées », août 1987

Dossier « Adolescents l2-l7 ans », octobre 1987

Dossier « Jeunes Adultes l8-30 ans », novembre 1987

Dossiers thématiques

BÉLANGER, JEAN-PIERRE, *La concertation dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec*

BÉLANGER, JEAN-PIERRE, *Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être*

BLANCHET, BENOÎT ET PIERRE PINARD, *Le concept de protection: une comparaison Québec-Ontario*

BLANCHET, BENOÎT, *Evolution des ressources intermédiaires d'hébergement de l970 à l986*

BRASSARD, LISE, *La participation*

CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE, *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire*

CÔTÉ, CHARLES ET CLAUDE BARRIAULT, *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles*

CRÉPEAU, PAUL-ANDRÉ ET PIERRE DESCHAMPS, *La responsabilité civile reliée à la prestation de soins de santé : perspective et prospective québécoises*

DEMERS, LOUIS, *Évaluation*

DONTIGNY, LÉON ET DAVID S. MULDER, *La traumatologie. Un projet provincial*

DUSSAULT, GILLES, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS, *MARC-ANDRÉ FOURNIER ET HENRIETTE BILODEAU, La main d'oeuvre socio-sanitaire du Québec*

FOUGEYROLLAS, PATRICK, *Prévenir, réduire et compenser les conséquences des maladies et traumatismes : déficiences, incapacités, situation de handicap.*

NEGRETE, JUAN CARLOS, *La problématique de l'alcool et des drogues du point de vue des services de santé*

PAINCHAUD, CLAUDE, *Le climat de travail et la gestion des ressources humaines*

POIRIER, CHARLOTTE, *La recherche sociale appliquée*

POTVIN, LOUISE, *Les problèmes d'éthique*

POTVIN, LOUISE, *Le développement technologique*

SAINT-JACQUES, MARIE-CHRISTINE, LISE LEGROS ET CHARLOTTE POIRIER *Evolution et conditions de la pratique sociale professionnelle dans le réseau*

SIMARD, JEAN-JACQUES, *La question autochtone et les services socio-sanitaires*

TROTTIER, LOUISE-HÉLÈNE, *Le rôle de l'État*

WILLIAMS, J.YVAN, *Prehospital Emergency Services for Injury Control and Survival of Cardiac Arrest*

Notes et références bibliographiques

1. P. LAMONDE et J.-P. BÉLANGER, *L'utopie du plein emploi*, Boréal, Québec, 1986, p. 14.

2. Ministère des Finances, *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Budget 1987-1988, Québec, avril 1987, p. 17.

3. Ministère de l'Industrie et du Commerce, *Les PME au Québec: état de la situation*, Rapport du ministre délégué aux PME, Québec, MIC, 1986.

4. M. SIMARD, « Les nouveaux statuts d'emploi au Québec: situation présente et perspective d'avenir », Conférence prononcée au Congrès de la Corporation des conseillers en relations industrielles, 15 septembre 1987.

5. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Statistiques de la population infirmière*, 1986, p. 10.

6. Ce terme pourrait aussi s'appliquer à des emplois réguliers à plein temps menacés et donc « précaires ».

7. M. SIMARD, *op. cit.*, p. 3.

8. J. PARIZEAU, « Le plein emploi a-t-il encore un sens? », dans *Le Devoir*, 12 août 1987, p. 5.

9. F. VAILLANCOURT, « Income Distribution and Economic Security in Canada: an Overview », dans *Income Distribution and Economic Security in Canada*, University of Toronto Press, 1985, p. 176.

10. Commission de la culture, *Étude de l'impact culturel, social et économique des tendances démographiques actuelles sur l'avenir du Québec comme société distincte*, Québec, 1985, p. 26. Statistique Canada, *La conjoncture démographique*, Rapport sur l'état de la population du Canada 1986, Division de la démographie, 1987, tableau 4: Taux et indices démographiques résumés, Canada, provinces et territoires, 1981-1985, pp. 8-9. Bureau de la statistique du Québec, *Les ménages et les familles au Québec*, Statistiques démographiques, 1987, tableau 1.4 Familles selon le nombre d'enfants, Québec 1951-1981, p. 27. Ministère du Conseil exécutif, Secrétariat au développement social, *L'évolution de la population du Québec et ses conséquences*, Québec, 1984, p. 76.

11. Bureau de la statistique du Québec, *Les personnes âgées au Québec*, Statistiques démographiques, 1986, chap. 1, L'évolution démographique.

12. A. LUX, « Un Québec qui vieillit. Perspectives pour le XXIème siècle », dans *Recherches sociographiques*, 1983, vol. XXIV, no. 3, p. 325-378.

13. Voir, par exemple, V.R. FUCHS, « Though much is taken: Reflections on Aging, Health and Medical Care », dans *Milbanck Memorial Fund Quarterly*, 1984, vol. 62, no. 2, pp. 143-165 et S.A. McDANIEL, « Demographic Aging as a Guiding Paradigm in Canada's Welfare State », dans *Analyse des politiques*, 1987, vol. XIII, no. 3, pp. 330-336.

14. F. CAMIRAND, *Estimation des coûts directs de la maladie au Québec en 1980-1981: document technique*, Québec, CASF, 91p. (Collection Dossier), cité dans Bureau de la statistique du Québec, *op.cit.*

15. Ministère des Affaires sociales, *Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*, Québec, 1985.

16. Bureau de la statistique du Québec, *Démographie québécoise: passé, présent, perspectives*, Québec, 1983 et Bureau de la statistique du Québec, *Le Québec statistique*, Édition 1985-1986, Québec, p. 109, tableau 28.

17. Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, *Les caractéristiques socio-écononmiques de la population immigrée au Québec au recensement de 1981*, cahier no 4, Québec, 1987.

18. Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec. *Tous en harmonie et en bonne santé*, Québec, septembre 1987.

19. Comité de la consultation sur la politique familiale, *Rapport du comité de la consultation sur la politique familiale*, Éditeur officiel du Québec, avril 1987, p. 40.

20. S. MESSIER, « Les femmes, ça compte », dans CSF, *La condition des femmes au regard de la famille*, 1985, p. 168.

21. Comité de consultation sur la politique familiale, *Pour les familles québécoises*, Livre vert, Québec, 1984, p. 25.

22. Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, *Le marché du travail au Québec: situation et problèmes actuels*, Direction de la recherche, janvier 1986, p. 143.

23. Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises: égalité et indépendance... 5 ans après*, CSF, septembre 1984.

24. Par discrimination systémique, on entend toute discrimination qui découle de systèmes conçus pour un milieu, habituellement une population mâle, de race blanche et dite apte au travail.

25. P.A. LINTEAU *et al.*, *Histoire du Québec contemporain, le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1986, pp. 480-487.

26. François GENDRON, *Le choix des régions*, Document de consultation sur le développement des régions, Québec, 1983, p. 38.

27. *Propositions pour une politique de prévention*, Rapport au ministre de la Santé, La Documentation française, 1982, p. 17.

28. M. RÉAL et L. MORISSETTE, *Guide des nouvelles thérapies: les outils de l'espoir*, Québec Science éditeur, 1984. Voir aussi J. ARSENEAU *et al.*, *Psychothérapies: attention!*, Québec Science éditeur, 1983.

29. R. MAIGNE, *Mal de dos, mal du siècle*, Paris, Laffont, 1983.

30. Ce chapitre comporte de nombreuses données tirées de rapports du programme de recherche de la Commission distribués par Les Publications du Québec.

31. Bureau de la statistique du Québec, *Démographie québécoise: passé, présent, perspectives*, BSQ, 1983.

32. Organisation de coopération et de développement économique, *La santé: financement et prestations*, Études de politique sociale no 4, Paris, OCDE, 1987, p. 35.

33. Bureau de la statistique du Québec, *op.cit.*

34. S. DILLARD, *Durée ou qualité de la vie?*, CASF, 1983, 70 p. (Collection La santé des Québécois).

35. *Ibidem*, p. 25.

36. Organisation de coopération et de développement économique, *op. cit.*, p. 44.

37. Organisation mondiale de la santé, *Les buts de la santé pour tous*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1985.

38. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif: santé*, Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé, CASF, 1984, p. 180.

39. *Ibidem*, p. 181.

40. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*, p. 53.

41. L. ROY, *Des victoires sur la mort*, CASF, 1983. (Collection La santé des Québécois).

42. R. PAMPALON, *La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983*, MSSS, 1986.

43. G.B. HILL *et al.*, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Société canadienne du cancer, 1987.

44. *Ibidem.*

45. R. DOLL et R. PETO, *The Causes of Cancer*, New York, Oxford University Press, 1981.

46. L. ROY, *Le point sur les habitudes de vie: le tabac*, CASF, 1985, 118 p.

47. R. DOLL et R. PETO, *op. cit.*

48. Régie de l'assurance automobile du Québec, *Les accidents routiers et les services de santé au Québec*, mémoire soumis à la CESSSS, 1986.

49. B. BRODY *et al.*, « Les accidents industriels au Canada: le portrait d'une décennie », dans *Relations industrielles*, 1985, v. 40, no 3, pp. 545-566.

50. Commission de la santé et de la sécurité du travail, *Le régime québécois de santé et de sécurité du travail: un portrait statistique et financier*, 1987, 24 p.

51. S. DILLARD, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, CASF, 1985.

52. R. MASSÉ et L. RENAUD, *Document sur le contrôle des traumatismes*, DSC de l'Hôpital général de Montréal, 1986, 58 p.

53. Comité provincial des DSC sur les traumatismes routiers, *Objectif 50 % en 5 ans: un point de vue de santé publique sur la réduction des victimes de la route*, 1986, 23 p.

54. R. MASSÉ et L. RENAUD, *op. cit.*

55. Comité de la politique de santé mentale, *Pour un partenariat élargi*, Gouvernement du Québec, 1987, p. 121.

56. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

57. Comité de la politique de santé mentale, *op. cit.*

58. D. FORTIN, *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale: revue de littérature*, Québec, Université Laval, École de psychologie, 1983, 273 p.

59. O.B. ADAMS, *Influence économique sur la santé des canadiens: analyse chronologique de taux canadiens de mortalité et de chômage 1950-1977*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1982, 68 p.

60. Conseil des affaires sociales et de la famille, op. cit.

61. G. BEAULIEU, *Vaincre la douleur chronique*, CASF, 1987, 94 p.

62. *Ibidem*, p. 43.

63. J.-G. BONNIER, « Les maladies infectieuses: pour une mission en santé », allocution au Colloque des DSC, décembre 1983.

64. L. W. CHAMBERS, *Health Profiles of the Citizen of Ontario*, report prepared for the Ontario Health Review Panel, 1987, 43 p.

65. Comité des maladies infectieuses, *Stratégies de prévention de l'infection HIV et du SIDA, problématique et recommandations*, DSC de la région 03, mai 1987, 38 p.

66. Conseil des affaires sociales et de la famille, op. cit.

67. P. ROBERGE, *Un inventaire des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans le système psychiatrique institutionnel: quelques résultats d'ensemble pour le Québec*, document de travail, MSSS, 66 p.

68. L. ROY, op. cit., 1985.

69. L. ROY, op. cit., 1985.

70. L. ROY, op. cit., 1985.

71. S. DILLARD, op. cit., 1985.

72. L. ROY, op. cit., 1985, p. 76.

73. R. DOLL et R. PETO, op. cit.

74. L. MARCOUX et R. PHANEUF, *Attitudes et connaissances des Québécois envers le tabagisme*, Sondage réalisé par le DSC de Lanaudière, 1987.

75. L. ROY, Le point sur les habitudes de vie: l'alcool, CASF, 1985, 118 p.

76. Conseil des affaires sociales et de la famille, op. cit.

77. R.E. LAPORTE, J.L. CRESANTA et L.H. KULLER, « The Relation of Alcohol to Coronary Heart Disease and Mortality », dans *Journal of Public Health Policy*, sept. 1980, pp. 198-223.

78. S. DILLARD, *op. cit.*, 1985.

79. Voir: « La simplicité du traitement facilite grandement la fidélité au médicament prescrit », dans *Le Pharmacien*, septembre 1987, p. 44.

80. Conseil des affaires sociales et de la famille, *op. cit.*, p. 109.

81. S. B. STROMME *et al.*, « Physical Activity and Health, a documentation », dans *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1980, supplementum 29, 269 p.

82. T. STEPHENS, *Étude de la condition physique et des activités récréatives*, Ottawa, Enquête condition physique Canada, 1982, 17 p.

83. Conseil des affaires sociales et de la famille, *L'activité physique : un outil au service de la santé*, CASF, 1987, 31 p.

84. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Le point sur les habitudes de vie : l'alimentation*, CASF, 1985, 95 p.

85. Ministère de l'Environnement, *Rapport de planification stratégique : résumé synthétique des travaux*, document non publié, 1986, 51 p.

86. Conseil des affaires sociales et de la famille, *op. cit.*, 1984.

87. P. GOSSELIN, *Santé environnementale du Québec : bases théoriques et pratiques*, Gouvernement du Québec, 1986, p. 63.

88. Confédération des syndicats nationaux, Conseil central du Saguenay Lac St-Jean, *Environnement et santé*, mémoire soumis à la CESSSS, 1986, p. 21.

89. P. GOSSELIN, *op. cit.*, p. 71.

90. P. GOSSELIN, *op. cit.*

91. P. GOSSELIN, *op. cit.*

92. Comité sénatorial permanent de l'agriculture, des pêches et des forêts, *Nos sols dégradés. Le Canada compromet son avenir*, Ottawa, Sénat du Canada, 1984.

93. Ministère de l'Environnement, *Les déchets dangereux*, Gouvernement du Québec, 1983, 30 p.

94. D. MALO, *Quelques aspects de la gestion des déchets au Québec*, MENVIQ, 1980, 53 p.

95. P. GOSSELIN, *op. cit.*, p. 82.

96. Ministère de l'Environnement, *Un nouveau cap environnemental*, Gouvernement du Québec, 1987, 41 p.

97. Y. PELCHAT et R. WILKINS, *Dossier naissance : quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveaux-nés de la région 6A, 1979-1983*, DSC de l'Hôpital général de Montréal, 1986.

98. G. PELLETIER et R. THERRIEN, *Grossesse nutrition : programme d'intervention communautaire auprès des femmes enceintes de la Basse-Ville ayant un statut économique précaire*, Québec, CLSC Basse-Ville, septembre 1987, 26 p.

99. R. PAMPALON, *op. cit.*

100. L. CHÉNARD, *Bilan de santé des régions socio-sanitaires du Québec*, Document produit pour la CESSSS, mai 1987.

101. Confédération des syndicats nationaux, *Pour une politique de santé*, document adopté par le Conseil confédéral et déposé à la CESSSS, juin 1987, p. 49.

102. R. PAMPALON, *op. cit.*

103. D.E. ANGUS et Pran MANGA, « National Health Strategies: Time for a New Perspectives », dans *Canadian Journal of Public Health*, 1986, v. 77, pp. 81-85.

104. Organisation de coopération et de développement économique, *op. cit.*

105. Organisation de coopération et de développement économique, *op. cit.*

106. Communauté économique européenne, *Inventory of the Indicators of Consequences of Chronic Diseases Used in E.E.C. Countries*, I.N.S.E.R.M., Paris, 1987, 200 p.

107. M. TERRIS, « The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments », dans *American Journal of Public Health*, vol. 66, no 12, pp. 1155-1164.

108. E.J. CASSELL, « Ideas in Conflict: The Rise and Fall (and Rise and Fall) on New Views of Disease », dans *Daedolus*, v. 115, no 2, pp. 19-41.

109. M.-A. MARANDA et R. PAMPALON, *Santé pour tous en l'an 2000, perspectives pour le Québec*, Québec, MSSS, 1986.

110. J.M. DOMENACH, « L'ubiquité de la violence », dans *Revue internationale de Sciences sociales*, 1978, v. xxx no 4, p. 759-767.

111. Y.A. MICHAUD, *La violence*, Paris, PUF, 1973, p. 5

112. Définition de la violence par Y.A. MICHAUD dans *Encyclopédia Universalis*, XVIII, 1985, pp. 915-920.

113. C. MESSIER, « Violence familiale: un colloque », dans *Revue canadienne de service social*, 1985, p. 310 et L. MACLEOD, *La femme battue au Canada: un cercle vicieux*, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa, 1980, p. 6.

114. M.G. MARTIN et C. MESSIER, *L'enfance maltraitée: ça existe aussi au Québec...*, Comité de la protection de la Jeunesse, Québec, 1981. (Collection Etudes et Recherches, cahier 1)

115. G. HOTALING et D.B. SUGURMAN, « An analysis of Risk Markers in Husband to Wife Violence: the Current State of Knowledge », dans *Violence and Victims*, 1986, v. 1, no 1, p. 101-124.

116. J.P. FLYNN, « Recent Findings Related to Wife Abuse », dans *Social Casework*, 1977, no 58, pp. 13-20 et J. FAGAN et S. WEXLER, « Crime at Home and in the Streets: the Relationship between Family and Stranger Violence », dans *Violence and Victims*, 1987, v. 2, no 1, p. 14.

117. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Détail des activités*, État de situation des CSS au 31 mars 1986, 100p.

118. M.G. MARTIN et C. MESSIER, *op. cit.*

119. 65 % des 14 143 enfants pris en charge au 31 mars 1985.

120. Comité de la Protection de la Jeunesse, *L'intervention sociale auprès des enfants maltraités: une pratique à repenser*, Québec, 1981, p. 11.

121. C.R. HERRENKOHL,« The Repetition of Child Abuse: How Frequently does it Occur? », dans *Child Abuse and Neglect*, 1979, v. 3, p. 67-72.

122. M.G. MARTIN et C. MESSIER, *op. cit.*

123. C. BOUCHARD *et al.*, « Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: une étude exploratoire » dans *Intervention*, 1982, no 64, p. 25-33.

124. M.G. MARTIN et C. MESSIER, *op. cit.*

125. R.J. GELLES et E.F. HARGREAVES, « Maternal Employment and violence toward Children » dans *Journal of Family Issues*, 1981, v. 2, no 4, p. 509-530.

126. D.G. GIL, « Confronting societal violence by reacting communal institutions » dans *Child Abuse and Neglect*, 1979, v. 3, p. 1-9.

127. JUSTICE et JUSTICE, *The Abusing Family*, New-York, Human Sciences Press, 1976.

128. M. MAYER-RENAUD et M. BERTHIAUME, *Les enfants du silence. Revue de la littérature sur la négligence à l'égard des enfants*, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, avril 1985, 161 p.

129. C. CHAMBERLAND *et al.*, « Conduites abusives et négligentes envers les enfants: réalités canadiennes et américaines », Copie de travail pour publication dans la *Revue canadienne des sciences du comportement*, avril 1986.

130. C. BOUCHARD, « L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants: une réflexion critique sur la pratique québécoise » dans *Santé mentale au Québec*, 1983, v. 8, no 2, p. 140-146.

131. Solliciteur général du Canada, *Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain*, bulletin no 4, *Les femmes victimes d'actes criminels*, Dir. des prog., Groupe de la rech. et stat., 1985.

132. M. CLARKSON, *Les agressions sexuelles au Québec: un problème sous-estimé?*, MSSS, Études de santé, mai 1986, p. 4.

133. Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, *Infractions sexuelles à l'égard des enfants*, 2 vol., Ottawa, Approvisionnements et Services, 1984. (Rapport Badgley).

134. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, *Réflexion sur la condition des femmes violentées*, Ottawa, 1978 et Solliciteur général du Canada, *op. cit.*

135. J. DUPUIS et S. IOANNOU, *Bibliographie annotée sur la violence conjugale*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Direction générale des programmes de service social, Santé et Bien-être social Canada, 1982, p. 4.

136. L. MACLEOD, *La femme battue au Canada: un cercle vicieux*, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa, 1960.

137. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Gouvernement du Québec, 1985, p. 10.

138. S. HODGINS et G. LAROUCHE, *Violence conjugale: antécédents -conséquences*, Université de Montréal, École de Service social et CSSMM, 1980.

139. S. KEROUAC, M.E. TAGGART et J. LESCOP, *Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants*, Université de Montréal, Faculté de sciences infirmières, 1986.

140. J. PÉPIN *et al.*, *Étude systémique de la violence familiale*, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1985.

141. M. CARRIER et M. MICHAUD, *La violence faite aux femmes en milieu conjugal: le produit d'une société sexiste. Une étude québécoise*, Secrétariat d'État, Ottawa, 1982.

142. L. MACLEOD, *La femme battue au Canada: un cercle vicieux*, Conseil consutatif canadien de la situation de la femme, Ottawa, 1980, p. 15.

143. M. ROY, *The Abusive Partner: an Analysis of Domestic Battering*, New York, Van Nostrand Reinhold, 1982.

144. S. KEROUAC, M.E. TAGGART et J. LESCOP, *op. cit.*

145. L. BÉLANGER *et al.*, *Violence et personnes âgées*, rapport du Comité, Les Cahiers de l'Association québécoise de gérontologie, v. 1, 1981.

146. *Ibidem.*

147. M.M. COUSINEAU, *Le crime, la justice et les personnes âgées*, Université de Montréal, CICC, septembre 1987. (Les cahiers de recherche criminologique, no 7)

148. M.C. LAMARCHE et Y. BRILLON, *Les personnes âgées de Montréal face au crime*, Université de Montréal, CICC, mars 1983.

149. Y. BRILLON, *Les personnes âgées face au crime*, GRAC, juin 1986.

150. Solliciteur général du canada, *Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain*, Direction des programmes, Groupe de la recherche et statistique, 1985.

151. Décret sur le programme des mesures de rechange pour les jeunes contrevenants, avril 1984.

152. M. CUSSON, *Délinquants, pourquoi?*, Editions Hurtubise, HMH, 1987.

153. Pour faire cet estimé, nous avons utilisé la projection faite au plan provincial du nombre d'enfants pris en charge pour des raisons d'abus ou de négligence, soit un nombre de 9 193 pour 1984-1985. Nous avons ajouté à ce nombre les enfants pris en charge pour raison d'abandon, soit 827. Ce nombre a ensuite été soustrait du nombre total d'enfants pris en charge pour l'année en question, soit 14 143.

154. Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, *Les adolescents au service de la protection*, Direction de la protection de la jeunesse, 1986.

155. S. ROY, *Clochardise et marginalisation: deux concepts, une réalité*, UQUAM, Département de Sociologie, août 1985, 171 p.

156. Y. LAMONTAGNE *et al.*, « Les jeunes itinérants de Montréal », dans *Perception*, 1987, v. 10, no 4.

157. M.E. HOMBS et M. SNYDER, *Homeless in America: a Forced March to Nowhere*, The community for creative non-violence, Washington, D.C., 1982.

158. S. ROY, *op. cit.*

159. Y. LAMONTAGNE *et al.*, *op. cit.*

160. S. ROY, *op. cit.*

161. C. MERCIER, *Itinérance et alcoolisme, recension de publications*, Centre Préfontaine, février 1986, 62 p.

162. M. TOUSIGNANT *et al.*, « Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal », dans *Santé mentale au Québec*, 1984, v. IX, no 2, pp. 122-133.

163. A.L. EVANS *et al.*, « The relationship of hoplessness, depression and danger to suicidal ideation in Canadian University students », dans *Proceedings Eighteen Annual Meeting*, American Association of Suicidology, Toronto, Canada, 1985, p. 54-56 et K. SMITH et S. CRAWFORD, « Suicidal behaviour among « normal » high school students », dans *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1986, vol. 16, no 3, p. 313-325.

164. I. ALTMAN, *The Environment and Social Behavior*, Monterey, California, Brooks/ Cole Publishing Co., 1975. J.U. BRONFENBRENNER, *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1974. J.K. WHITTAKER et J. GARBARINO, *Social Support Networks: Informal Helping in the Human Services*, New York, 1983.

165. A.N. SHYNE et A.G. SCHROEDER, *National Study of Social Services to CHildren and their Families*, Rockville, Westat Inc., 1978.

166. P. HEPWORTH, « Child Neglect and Abuse », dans R.L. LEVITT et B. WHARF, *The Challenge of Child Welfare*, Vancouver, University of British Columbia Press, 1985.

167. Ministère des Affaires sociales. *Opération 30 000*, Annexe statistique, Tableau A-62, 1979.

168. Même si le masculin est employé, 89 % d'entre eux sont des femmes.

169. J.A. BELLWARE et D. CHAREST, *Monoparentalité féminine et aide sociale*, Étude monographique sur la situation des femmes responsables de familles monoparentales et bénéficiaires de l'aide sociale, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, Service des politiques et de la recherche en sécurité du revenu, 1986, p. 40.

170. G. SIRARD *et al.*, *Des mères seules, seules, seules*, Groupe de recherche auprès des femmes chefs de famille, 1986, p. 34.

171. P. GAUTHIER *et al.*, *Mères et enfants de famille monoparentale*, Université de Montréal, École de psycho-éducation, avril 1982, p. 26.

172. Un autre tiers (31,5 %) n'avait pas besoin de services de garde, leurs enfants étant assez âgés pour s'occuper d'eux-mêmes.

173. Office des personnes handicapées du Québec, *À part... égale : l'intégration sociale des personnes handicapées du Québec*, OPHQ, 1984.

174. Secrétariat d'État, *Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada*, 1986.

175. Office des personnes handicapées du Québec, *op. cit.*

176. M. LEVASSEUR, *Des problèmes prioritaires, La maladie selon les âges de la vie*, Conseil de Affaires sociales et de la famille, 1983, 189 p. (Collection La santé des Québécois).

177. L. PERLOFF, « Perceptions of Vulnerability to Victimisation », dans *Journal of Social Issues*, 1983, v. 39, no 2, p. 43.

178. Le taux canadien de pauvreté est passé de 23,1 % en 1969 à 15,9 % en 1985. Conseil national du Bien-Etre social, *Progrès de la lutte contre la pauvreté*, octobre 1986.

179. S. BRIANÇON *et al.*, « Isolement, support social, événements de vie et états de santé, dans *Revue d'Épidémiologie et Santé Publique*, 1985, v. 33, p. 48-65.

180. L. BOZZINI et R. TESSIER, « Support social et santé », dans *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses universitaires de Lyon, 1985.

181. L.A. BOND et J.C. ROSEN (eds), *Competence and Coping during Adulthood*, University Press of New England, 1980.

182. A. GITTERMAN et L. SHULMAN, *Mutual Aids Groups and the Life Cycle*, Peacock Publishers, 1987.

183. Conseil national de bien-être social, *Profil de la pauvreté*, octobre 1985, p. 23.

184. Statistique Canada, *Enquête sur la population active, moyenne annuelle*, 1975 et 1985.

185. Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, *La situation des jeunes à l'aide sociale*, Québec, 1984.

186. Statistique Canada, *Enquête sur la population active, moyenne annuelle 1986*, cat. 71-001, décembre 1986.

187. Bureau de la statistique du Québec, *Les 15-29. Portrait statistique des jeunes par région*, Québec, 1986.

188. Bureau de la Statistique du Québec, *op. cit.*

189. V. LEAUNE et C. LEBOURDAIS, « L'évolution de la monoparentalité féminine dans les différentes régions du Québec, 1971-1981 », dans *Cahiers québécois de démographie*, 1985, v. 14, no 2, p. 185-206.

190. *Ibidem.*

191. *Ibidem.*

192. C. PLAMONDON, *Jouer quitte ou double*, CSF, document de travail, avril 1985.

193. G. SIRARD *et al.*, *op. cit.*.

194. G. SIRARD *et al.*, *op. cit.*.

195. T.J. COURCHENE, *Social Policy in the 1990S*, C.D. Howe Institute, 1987, 184 p. (Policy Studies no 3)

196. Statistiques Canada, *Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada 1983-1984*, cat #85-555, 1985.

197. Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, *Développement de la gériatrie dans la région 06A*, Commission administrative des services hospitaliers de courte durée, Comité de gériatrie, février 1984, 400 p.

198. P. BOUCHARD et G. THERRIEN, *Conditions de vie des gens âgés à domicile*, MAS, Direction de l'évaluation des programmes, février 1983.

199. *Ibidem.*

200. Cette section est largement inspirée de B. FORTIN, « La répartition du revenu au Canada: un bilan », dans F. VAILLANCOURT, *La répartition du revenu et la sécurité économique au Canada*, Commission royale sur l'union économiqe et les perspectives de développement du Canada, Ottawa, Edition du gouvernement du Canada, 1986, pp. 173-211.

201. B. FORTIN, « La sécurité du revenu au Québec: un bilan », dans *Analyse de politiques*, 1984, Tome X, vol. 4, pp. 446-458.

202. Ministère des Finances, *Livre Blanc sur la fiscalité des particuliers*, Ministère des Communications, Dir. gén. des publications gouvernementales, 1984.

203. T.J. COURCHENE, *Social Policy in the 1990s. Agenda for Reform*, Scarborough, Policy Study no. 3, C.D. Howe Institute, 1987.

204. J.-Y. RIVARD *et al.*, *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Annexe 2, Rapport de la CESBES, 1970.

205. Les bénéficiaires de l'allocation au conjoint sont âgés de 60 à 64 ans. Ces personnes auraient droit à l'aide sociale si leur conjoint ne recevait pas le maximum de supplément du revenu garanti.

206. G. Hébert, « Les relations de travail et la gestion des ressources humaines dans les centres hospitaliers », dans *Colloque sur la gestion des ressources humaines*, Association des Hôpitaux du Québec, 1981, p. 16.

207. Toutes ces données sont tirées de S. BEAUCHAMP, *Les enjeux de la gestion dans le réseau de la santé et des services sociaux: le point de vue des gestionnaires*, École nationale d'administration publique, 1986.

208. S. BEAUCHAMP, *Le financement du perfectionnement en cours d'emploi*, École nationale d'administration publique, 1986, p. 12.

209. Association des Hôpitaux du Québec, *La gestion des ressources humaines en milieu hospitalier*, AHQ, 1985, p. 30.

210. V. LAROUCHE, « Et la gestion des ressources humaines... », dans *Colloque sur la gestion des ressources humaines*, Association des Hôpitaux du Québec, 1981, pp. 22-23.

211. Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 62.

212. J. KAHN et W.A. WESTLEY, *L'environnement du travail en milieu hospitalier. Problèmes et perspectives*, Ottawa, Travail Canada, 1984, p. 35.

213. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *Les professions et la société*, Rapport de la CESBES, vol. VII. tome I, 1970, p. 17.

214. *Ibidem*, p. 24.

215. *Ibidem*, p. 25.

216. *Ibidem*, p. 32

217. Office des professions du Québec, *Le système professionnel québécois*, Actes du Colloque, Québec 1986, 109p.

218. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé*, Rapport de la CESBES, vol. IV, tome I, 1ère partie, 1970, p. 117.

219. Office des professions du Québec, *Le public québécois et les services professionnels: rapport de sondage*, 1980.

220. Office des professions du Québec et Office de la protection du consommateur, *La société de consommateurs au Québec: attitudes des consommateurs aux prises avec des problèmes relatifs aux services professionnels*, janvier 1980, p. 4 et suiv.

221. SORECOM INC., *Le système professionnel au Québec selon des groupes de consommateurs*, mai 1984, 30p.

222. A.-P. CONTANDRIOPOULOS et M.-A. FOURNIER, *Les effectifs médicaux au Québec; situation de 1972 à 1984 et projection pour 1988*, Montréal, Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1986, 201p.

223. Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, *Rapport*, MSSS, 1986, p. 42.

224. Royal Commission on Health Services, *Report*, vol. 1, Ottawa, 1964. (Hall Commission).

225. J.L. LANOE, « Entre le droit à la santé et son coût social, des compromis adaptés à l'esprit démocratique », dans *Le Monde diplomatique*, juin 1987.

226. Les données présentées dans ce texte proviennent en grande partie du programme de recherche, en particulier dans les sections 1.2, 2.1, 2.3 et dans toute la partie 3.

227. W.G. THOLL et P.P. BELLEROSE, *Capital Spending in the Canadian Health Sector: Data Sources and Selected Trends (1960-1985)*, Conference on Capital Needs and Financing in the Health Sector, Canadian Health Economic Research Association, Halifax, Nova Scotia, June 22, 1987.

228. L. AUER, *Canadian Hospital Cost and Productivity*, A Study Prepared for the Economic Council of Canada, 1987.

229. F. CAMIRAND, *Évolution de l'hospitalisation de courte durée selon les diagnostics et les groupes d'âge-sexe, 1980-1981 à 1984-1985*, MSSS, Service de l'évaluation-recouvrement de la santé, décembre 1986.

230. R.G. EVANS, « Garder le cap: l'expérience canadienne de budget global », dans *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?*, Commissariat général du Plan, 1987, pp. 263-282.

231. Ces études ont été recensées dans plusieurs travaux réalisés pour la Commission, qui traitent des conséquences du vieillissement sur les services de santé et les services sociaux.

232. N.-P. ROOS, E. SHAPIRO et B. HAVENS, *Le vieillissement dans un contexte de ressources limitées: quelles devraient être nos préoccupations véritables*, Communication présentée lors du Colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg, les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil Économique du Canada, 1986.

233. M. McGREGOR, « L'impact de la technologie », dans J. DUFRESNE, F. DUMONT et Y. MARTIN, *Traité d'anthropologie médicale, L'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses universitaires de Lyon, 1985.

234. Statistique Canada, « Aperçu du travail bénévole au Canada », dans *La population active*, catalogue 71-001, mai 1981.

235. D. FUGÈRE et L. LAROCHELLE, *État de situation concernant l'administration du programme de contribution des adultes hébergés*, Rapport d'étape, MSSS, avril 1986.

236. Statistique Canada, *op. cit.*

237. R. ROSE, *Le financement des services de garde*, Actes du colloque sur la qualité de la vie dans les services de garde, OSGE, 1986, pp. 166-172.

238. Ministère des Finances, *Budget 1987-1988, Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Gouvernement du Québec, 1987.

239. Ministère des Finances, *Budget 1986-1987, Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Gouvernement du Québec, 1986.

240. W.G. WATSON, « Health Care and Federalism », dans J. COURCHENE, David W. CORKLIN and Gail C.A. COOK, *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*, vol. 2, Ontario Economic Council, 1985.

241. H.-P. ROUSSEAU et F. TAURAND, *Taxes sur la masse salariale et emplois: le cas du Québec*, Cahier 8309, Université Laval, Groupe de recherche en politique économique, 1983.

242. C.M. LINDSAY et B. ZYCHER, « Substitution in Public Spending: Who pays for Canadian National Health Insurance? », dans *Economic Inquiry*, July 1984, vol. XXII.

243. Dès 1982, le Ministère concevait une politique qui définissait l'équilibre budgétaire dans un intervalle de 1 % du budget des dépenses. Selon cette politique, le surplus ou le déficit se situant dans cet intervalle était laissé à l'établissement. En dehors de cet intervalle, le surplus était libéré dans la mesure où il correspondait à un accroissement de productivité, et le déficit était comblé dans la mesure où il y avait hausse du volume d'activités ou sous-budgétisation. Cette politique n'a été transmise aux établissements qu'en 1985, et n'a jamais été réellement appliquée.

244. R.-G. EVANS, *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworth's, 1984.

245. W.-A. GLASER, *Paying the Hospital*, San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1987.

246. G. STODDART et J.-R. SELDON, « Publicly Financed Competition in Canadian Health Care Delivery: a Proposed Alternative to Increases Regulation? », dans J.-A. BOAN, *Proceedings of the Canadian Conference on Health Economics*, Health Insurance, a Silver Anniversary Appraisal, 1984.

247. B.A. PESCOSOLIDO, C.A. BOYER et W.Y. TSUI, « Medical Care in the Welfare State: a Cross National Study of Public Evaluations », dans *Journal of Health and Social Behavior*, 1985, no. 26, pp. 276-297.

248. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé*, vol. IV, tome II, Rapport de la CESBES, 1970.

249. M. LALONDE, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, 82p.

250. Gouvernement de l'Ontario, *Health Care: the 80's and beyond: seeking consensus*, décembre 1983.

251. Ontario Health Review Panel, *Toward a shared direction for health in Ontario*, June, 1987

252. Ontario Health Review Panel, *Health for All, Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario*, august 1987.

253. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif: santé*, Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé, CASF, 1984.

254. Rendu public par l'Honorable Jake Epp au congrès de l'Association canadienne de santé publique, le 18 juin 1986.

255. Congrès de l'Association canadienne de santé publique, Ottawa, 18 juin 1986.

256. United States, Department of Health, Education and Welfare, *Healthy People*, Washington 1979.

257. United States, Department of Health, Education and Welfare, *Promoting Health, Preventing Disease: Objectives for the Nation*, Washington, 1980.

258. United States, Department of Health, Education and Welfare, *Implementation Plans*, Washington, 1983.

259. United States, Department of Health and Human Services, *The 1990 Health Objectives for the Nation: Mid-course Review*, Washington, Office of Disease Prevention and health Promotion, 1986.

260. Organisation mondiale de la santé, *Les buts de la santé pour tous*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1985.

261. P. TOWNSEND et N. DAVIDSON, *Inequalities in Health: the Black Report*, London, Pelican Edition, 1980.

262. The Netherlands, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, *Health is a Focal Point: an Abridged Version of the Memorandum Health 2000: The Netherlands*, The Hague, 1987.

263. Iceland, Ministry of Health and Social Security, *Health Policy for Iceland: Report of the minister of Health and Social Security*, submittes to the 109th Assembly of the Althing, may 1987.

264. Bulgaria, Ministry of Health, *Bulgaria's Road to Health for all: an outline of the Strategy of the People's Republic of Bulgaria for the Attainment of the goal of Health for all by the year 2000*, Sofia, Ministry of Health of the People's Republic of Bulgaria, Medical Academy, 1987.

265. Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil, *Rapport du Comité soumis au ministère des Affaires sociales du Québec*, 22 décembre 1975 (Rapport Batshaw).

266. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, « *La législation fédérale sur les services sociaux — 1977 : pourquoi, où, quand, quoi, qui, comment* ? Publication autorisée par l'Honorable Marc Lalonde, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1977.

267. National Institute for Social Work, *Social Workers their Role and Tasks*, London, 1982. (Rapport Barclay)

268. Comité de consultation sur la politique familiale, *Pour les familles québécoises*, Livre vert, Québec, 1984.

269. Office des personnes handicapées du Québec, *À part...égale : l'intégration sociale des personnes handicapées, un défi pour tous*, OPHQ, 1984.

270. Ministère des Affaires sociales, *Un Nouvel Age à partager : politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*, Québec, MAS, 1985.

271. Ministère des Affaires sociales, *Une politique d'aide aux femmes violentées*, MAS, 1985.

272. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

273. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

274. Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. 1, Ottawa, 1964, p. 12. (Rapport Hall)

275. Jean Turgeon, *CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987. Bilan d'une recherche*, MSSS, mars 1987.

276. François Gendron, *Le Choix des Régions*, document de consultation sur le développement des régions, 1983.

277. P.S. HELLER, HEMMING et P.W. KOHNERT, *Aging and Social Expenditure in the Major Industrial Countries, 1980-2025*, Washington D.C., Fonds monétaire international, Occasional Paper no. 4, 1986.

278. B. FORTIN et P. FORTIN, « Le déclin démographique et l'évolution des coûts du secteur public », dans *Trois essais sur l'impact économique du déclin démographique*, Groupe de recherche en politique économique, cahier 8704, Université Laval, Département d'économique, décembre 1986.

279. F. CAMIRAND et L. CARON, *La dynamique des dépenses sociales au Québec de 1960 à 1984*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'évaluation-recouvrement de la santé, 1987.

280. K.N. LOHN *et al.*, « Use of Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment, Diagnosis — Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial », dans *Medical Care*, Supplement, September 1986, vol. 24, no. 9.

Liste des tableaux
Liste des graphiques
Table des matières

Liste des tableaux

Tableau 1: Revenus et dépenses gouvernementales en pourcentage du PIB. Comparaison entre certains pays de l'OCDE 6

Tableau 2: Importance des dépenses publiques totales, relativement au PIB, dans les différentes provinces du Canada. Comparaison 1970-1984 en pourcentage 7

Tableau 3: Habitudes de vie par secteur de résidence, 1981 73

Tableau 4: Indicateurs de santé par secteur de résidence, 1981. 82

Tableau 5: Indicateurs de la santé, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal métropolitain), Québec, vers 1981 84

Tableau 6: Répartition selon l'âge des personnes ayant une incapacité, Québec, 1983-1984 121

Tableau 7: Évolution comparative de l'emploi total et de l'emploi dans le secteur des services de santé et des services sociaux, Canada, Ontario et Québec, 1975-1987 238

Tableau 8: Répartition des effectifs selon les catégories d'établissements en 1985 240

Tableau 9: Répartition des effectifs selon les catégories de personnel en 1985, en équivalents temps plein 240

Tableau 10: Répartition des statuts d'emploi selon les catégories d'établissements en 1985 242

Tableau 11: Évolution des effectifs professionnels au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux 275

Tableau 12: Nombre de médecins au Québec et ratio population/médecin (omnipraticiens, spécialistes), de 1972 à 1984 278

Tableau 13: Type de région choisie par les nouveaux omnipraticiens et les nouveaux spécialistes diplômés des facultés de médecine du Québec 279

Tableau 14: Mobilité des médecins (% de services dispensés par les médecins d'une autre région) en 1984 280

Tableau 15: Évolution des dépenses de santé per capita. Indices de la position relative des différentes provinces (Base 100: dépenses canadiennes per capita) 326

Tableau 16: Principales composantes des dépenses dans les différentes provinces, 1985 328

Tableau 17: Évolution des dépenses de santé et d'adaptation sociale de 1977-1978 à 1987-1988 334

Tableau 18: Les principales composantes de l'évolution des dépenses budgétaires de santé et d'adaptation sociale de 1977-1978 à 1985-1986, selon le secteur. En taux de croissance annuels moyens. 337

Tableau 19: Répartition de la hausse des dépenses de services médicaux per capita, entre 1970 et 1983, selon ses différentes composantes. Comparaison Québec, Ontario, Colombie-Britannique, Canada. En taux de croissance annuels moyens 339

Tableau 20: Facteurs ayant contribué à la croissance des dépenses de fonctionnement pour les patients hospitalisés. Canada, 1961-1980 340

Tableau 21: Facteurs ayant contribué à la croissance des dépenses de fonctionnement dans l'ensemble du secteur hospitalier. Québec, 1975-1984 341

Tableau 22: Part du financement public des dépenses de santé selon le type de dépenses, Québec, 1985 348

Tableau 23: Évolution de la prise en charge publique des dépenses de santé, 1977-1985 349

Tableau 24: Financement direct public et privé des services sociaux au Québec, selon le type de dépenses (1987-1988) 353

Tableau 25: Évolution des sources de financement des dépenses budgétaires de santé et de services sociaux de 1977-1978 à 1987-1988 (en % du total des dépenses) 358

Tableau 26: Contribution fédérale au financement des services sociaux dans le cadre du RAPC (1987-1988) 364

Tableau 27: Évolution du coût des services médicaux au Québec selon le mode de rémunération, de 1971 à 1986 386

Tableau 28: Une hypothèse de croissance des dépenses de santé et de services sociaux, au-delà de l'inflation 644

Liste des graphiques et schémas

Graphique 1: Personnes ayant une incapacité selon le degré de dépendance 122

Graphique 2: Évolution des dépenses de santé et du PIB de 1961 à 1985 en taux de croissance annuels moyens 323

Graphique 3: Les dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1984. Comparaisons interprovinciales 325

Graphique 4: Dépenses totales de santé per capita. Canada et provinces (1985). Taux d'augmentation entre 1975 et 1985 327

Graphique 5: Évolution des dépenses en capital per capita de 1975 à 1985 dans différentes provinces canadiennes 329

Graphique 6: Les dépenses totales de santé en % du PIB au Québec et dans différents pays de l'OCDE en 1984. Moyenne des années 1980-1984 331

Graphique 7: Évolution des taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux 362

Schéma 1: Niveaux d'analyse des problèmes sociaux et des populations concernées 95

Schéma 2: Système d'information, dimensions d'un cadre conceptuel 598

Table des matières

Table des matières abrégée VII

Avant-propos IX

Introduction XI

Partie I: Évolution de la société québécoise, des problèmes de santé et des problèmes sociaux 1

Chapitre 1: Le Québec d'aujourd'hui: une société en métamorphose 3

Introduction 3

1. Les changements socio-économiques 4
   - 1.1 Les fluctuations de la croissance économique 4
   - 1.2 L'importance accrue du rôle de l'État 5
   - 1.3 Les transformations du marché du travail 8
   - 1.4 L'émergence de nouvelles formes de pauvreté: un défi pour les politiques sociales 11

2. Les changements démographiques 13
   - 2.1 La baisse de la natalité 13
   - 2.2 Le vieillissement de la population 14
   - 2.3 La composition de plus en plus multi-ethnique de la population 18

3. Les mouvements sociaux et les changements de valeurs 20
   - 3.1 La transformation de la famille 20
   - 3.2 Le mouvement des femmes vers l'égalité 22
   - 3.3 L'émergence de nouvelles solidarités communautaires 25
   - 3.4 La revitalisation du dynamisme régional 28
   - 3.5 Une nouvelle manière de penser, de sentir et d'agir en matière de santé 34

Conclusion: des constats fondamentaux 38

Chapitre 2: L'évolution des problèmes de santé au Québec 41

Introduction 41

1. L'évolution des principaux problèmes de santé au Québec 43
   - 1.1 Les indicateurs généraux de l'état de santé 43
   - 1.2 Les maladies cardio-vasculaires 47
   - 1.3 Le cancer 49
   - 1.4 Les traumatismes 51
   - 1.5 Le suicide 54
   - 1.6 Les maladies du système locomoteur 56
   - 1.7 Les maladies transmissibles sexuellement et le SIDA 57
   - 1.8 Les problèmes de santé mentale 60

2. Les facteurs qui déterminent l'état de santé: les enjeux de l'heure 63
   - 2.1 Le progrès des connaissances en biologie 64
   - 2.2 Les comportements et les habitudes de vie: des constats de plus en plus précis 66
     - 2.2.1 Le tabac: « l'ennemi public numéro un » 66
     - 2.2.2 L'alcool et les toxicomanies 68
     - 2.2.3 L'activité physique 70
     - 2.2.4 Les habitudes alimentaires 71
     - 2.2.5 Le point sur les habitudes de vie 72
   - 2.3 Aperçu de l'état de l'environnement: les principaux risques pour la santé 75
     - 2.3.1 L'air 76
     - 2.3.2 L'eau 77
     - 2.3.3 Le sol et la qualité des aliments 78
     - 2.3.4 Les risques rattachés au milieu de travail 79
     - 2.3.5 Les répercussions des conditions environnementales sur la santé 79

3. La persistance des inégalités en santé: l'effet global des conditions socio-économiques 81

Conclusion: Vers une politique de santé 87

Chapitre 3: Les problèmes et les besoins en matière de services sociaux 93

Introduction 93

1. Les problèmes de violence contre la personne 96
   - 1.1 La négligence et les mauvais traitements envers les jeunes enfants 98
   - 1.2 La violence faite aux femmes 102
     - 1.2.1 Les agressions à caractère sexuel 103
     - 1.2.2 La violence conjugale 104
   - 1.3 La violence faite aux personnes âgées 108
2. La déviance et la mésadaptation sociale 109
   - 2.1 La délinquance des jeunes 109
   - 2.2 Les troubles sérieux du comportement échappant au contrôle des parents 110
   - 2.3 L'itinérance 112
   - 2.4 Le problème des tentatives de suicide et des tendances suicidaires chez les adolescents 114
3. Les problèmes d'intégration sociale 115
   - 3.1 Les carences du lien parents-enfants 116
   - 3.2 La surcharge de certaines familles monoparentales 118
   - 3.3 Les difficultés liées à l'absence, à la perte ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle 120
   - 3.4 Les difficultés d'intégration de certains immigrants 123
4. La vulnérabilité de certaines populations 125
   - 4.1 Les conditions de vulnérabilité 125
     - 4.1.1 Les situations de handicap 125
     - 4.1.2 La pauvreté 126
     - 4.1.3 L'absence ou l'insuffisance des réseaux d'intégration sociale 127
   - 4.2 Les populations vulnérables 127
     - 4.2.1 Les enfants de moins de 15 ans 127
     - 4.2.2 La jeunesse en phase d'intégration à l'emploi 122
     - 4.2.3 Les familles monoparentales 129
     - 4.2.4 Les personnes âgées 131

5. Les difficultés courantes de fonctionnement en société 133
5.1 Les manifestations principales 133
5.2 Les besoins correspondants 134
5.2.1 Les besoins familiaux 134
5.2.2 Les besoins associés à la santé, à l'éducation et au travail 135

Conclusion 136

Partie II: Évolution des politiques, des structures, des programmes et du financement dans le domaine de la santé et du bien-être 139

Chapitre 1: Les politiques sociales et l'organisation du système des services de santé et des services sociaux 141

Introduction 141

1. Les interventions gouvernementales en matière de droits sociaux et de politiques sociales 141
1.1 De nouveaux droits sociaux 141
1.2 Les politiques sociales: évolution et enjeux 143

2. L'évolution des interventions de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux 146
2.1 Avant la réforme des années 70 146
2.1.1 Les services sociaux 147
2.1.2 Les services de santé 148
2.2 La réforme des services de santé et des services sociaux 149
2.2.1 Le financement et les établissements publics 151
2.2.2 La structure actuelle des établissements du réseau 151
2.2.3 La présence du secteur privé et des organismes communautaires 152
2.3 L'adaptation constante aux besoins de la population 153
2.3.1 Deux nouveaux programmes: le programme d'assurance-médicaments et le programme de soins dentaires 154
2.3.2 Les législations et les programmes visant des besoins ou des clientèles particulières 156

3. Le Ministère: son mandat, ses responsabilités et ses rapports avec les établissements 158
3.1 L'obtention des ressources financières 160
3.2 Les mécanismes de contrôle 161

Chapitre 2: Le réseau d'établissements 163

Introduction 163

1. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux 163
1.1 Les recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu) 164
1.2 Naissance des conseils régionaux 165
1.3 Des débuts timides 166
1.4 Une période intense de décentralisation administrative (1977-1981) 167
1.5 Un ralentissement du processus de décentralisation (1981-1985) 168
1.6 Les principales constatations 169
1.7 L'impasse actuelle 170

2. Les centres hospitaliers de courte durée 171
2.1 Concentration des soins tertiaires et hétérogénéité des rôles 173
2.2 Ouverture au réseau 175
2.3 L'évolution des budgets 176
2.4 Les conseils d'administration 177
2.5 L'importance de la pratique médicale dans le processus de décision 179
2.6 La gestion des centres hospitaliers 180
2.7 Les déficiences du système d'évaluation 182

3. Les centres hospitaliers psychiatriques 183
3.1 L'évolution des services psychiatriques 183
3.1.1 Avant les années 60 183
3.1.2 Les années 60 184
3.1.3 De 1970 à aujourd'hui 185
3.2 La philosophie de la désinstitutionnalisation 186
3.3 Les ressources intermédiaires et communautaires 187
3.4 Les enjeux de la désinstitutionnalisation 188

4. Les départements de santé communautaire 189
4.1 La réforme: la mission prévue pour les DSC 189
4.2 La progression du département de santé communautaire dans la communauté 191
4.3 Le cheminement du département de santé communautaire dans le système de santé 192
4.3.1 Les DSC comme producteurs de services: un circuit étroit et fermé 193
4.3.2 Les DSC comme analystes et producteurs d'information: la recherche d'un rôle et la multiplication des partenaires 194
4.4 Les DSC comme organisation 196
4.4.1 La transformation des approches 196
4.4.2 Les ressources 197
4.4.3 Les DSC et les centres hospitaliers désignés 198
5. Les centres de services sociaux 198
5.1 La réforme des années 70 199
5.2 Les services offerts dans les CSS de 1972 à 1975 200
5.3 L'implantation de la Loi de la protection de la jeunesse 201
5.3.1 Des modifications à la pratique sociale 202
5.3.2 Des modifications au plan organisationnel 203
5.4 Les compressions budgétaires 204
5.5 Le cadre de partage CSS-CLSC 205
5.6 La situation des CSS aujourd'hui 206
5.6.1 Les services sociaux dans le domaine jeunesse-famille 206
5.6.2 Les services aux adultes et aux personnes âgées 206
5.6.3 Les ressources intermédiaires d'hébergement 207
5.6.4 Les services sociaux en milieu scolaire 208
5.6.5 Les services sociaux en milieu hospitalier 208
6. Les centres locaux de services communautaires 209
6.1 Le contexte de départ 209
6.2 Des obstacles à surmonter 210
6.3 Le temps du changement 212
6.3.1 La période d'expérimentation (1972-1976) 212
6.3.2 1977-1981: le moratoire... mais aussi la consolidation de l'approche 214
6.3.3 Les années d'expansion dans la pénurie (1981-1987) 215
6.4 Les services offerts par les CLSC 216

7. Les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée 217
7.1 Une clientèle semblable 218
7.2 Un changement de philosophie d'intervention 219
7.3 Un réseau soumis à des changements importants 221
7.3.1 L'alourdissement des clientèles 221
7.3.2 Un rapprochement croissant dans les vocations des CHSLD et des CAH 221
7.3.3 La construction accélérée de CAH publics et la reconnaissance de nombreuses installations privées 222
7.3.4 L'attribution de lits de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée 222
7.3.5 Le développement des centres de jour 223
7.3.6 La révision des mécanismes d'admission 223
7.3.7 La cohabitation de clientèles fort diverses 224
7.3.8 Le manque de chambres simples 225
7.3.9 Le manque de ressources légères diversifiées 225
7.4 La pression vers la privatisation 225
8. Les centres d'accueil de réadaptation 226
8.1 Les centres d'accueil de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle 227
8.2 Les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs 229
8.3 Les centres d'accueil de réadaptation pour les personnes handicapées physiquement 231
8.4 Les centres d'accueil de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes 233
8.5 Les centres d'accueil d'assistance-maternité 234
Conclusion 235

Chapitre 3: Les ressources humaines 237
Introduction 237
1. Les services de santé et les services sociaux: un secteur d'activité en pleine croissance 237
2. Le profil de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux 239

3. L'évolution du régime de négociation et des relations du travail 242

4. La gestion des ressources humaines 248

5. Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux 253

6. Le climat de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux: les enjeux actuels 255

Conclusion 258

Chapitre 4: Les professionnels et leur pratique 259

Introduction 259

1. La réglementation professionnelle 260
   - 1.1 L'expansion des corporations professionnelles 260
   - 1.2 La réforme du système professionnel 262
     - 1.2.1 La protection du public 262
     - 1.2.2 Les statuts juridiques des corporations 265
     - 1.2.3 La délégation d'actes 266
     - 1.2.4 L'inspection professionnelle 268
     - 1.2.5 Les mécanismes de recours 269

2. Les professionnels des services de santé et des services sociaux 272
   - 2.1 Les effectifs socio-sanitaires 273
     - 2.1.1 Évolution globale des effectifs 273
     - 2.1.2 Répartition régionale des effectifs des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux 276
   - 2.2 La pratique médicale 277
     - 2.2.1 Les effectifs médicaux 277
     - 2.2.2 Les caractéristiques socio-démographiques 281
     - 2.2.3 Les modes de rémunération 282
     - 2.2.4 Les poursuites en responsabilité civile 283
   - 2.3 Les soins infirmiers 284
     - 2.3.1 La définition de l'acte infirmier 284
     - 2.3.2 Les conditions d'exercice 285
     - 2.3.3 La pratique de l'infirmière auxiliaire 287

2.4 La pratique sociale 288
2.4.1 La formation des intervenants sociaux 289
2.4.2 L'évolution des effectifs 290
2.4.3 Les conditions de la pratique sociale 291

3. Les médecines douces 293
3.1 Le monde des médecines douces 293
3.2 La reconnaissance des médecines douces 294

Conclusion 295

Chapitre 5: Les organismes communautaires 297

Introduction 297

1. Aux réseaux traditionnels d'entraide se juxtaposent de nouvelles solidarités communautaires 299

2. Qui sont ces organismes communautaires? 301

3. La contribution des organismes communautaires dans le domaine de la santé et du bien-être 306
3.1 Les groupes d'entraide et les organismes bénévoles 307
3.2 Les services destinés aux personnes handicapées 309
3.3 Les services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux 309
3.4 Les services destinés aux personnes âgées 310
3.5 Les services destinés aux femmes 310
3.6 Les services destinés aux jeunes 312
3.7 Les services destinés aux familles 313
3.8 Les services destinés aux communautés culturelles 313
3.9 Les services destinés aux itinérants 314
3.10 Contribution des organismes de pression et de promotion 315

Conclusion 316

Chapitre 6: Les coûts et le financement 317

Introduction 317

1. Les coûts du système 320
   - 1.1 Définition et mises en garde 320
   - 1.2 Les dépenses totales de santé 321
     - 1.2.1 Ce qu'elles comprennent 321
     - 1.2.2 L'évolution des dépenses au Québec: 1960-1985 322
     - 1.2.3 Le Québec et les autres provinces 324
     - 1.2.4 Comparaisons internationales 330
     - 1.2.5 Conclusion 330
   - 1.3 Les dépenses publiques de services de santé et de services sociaux 333
     - 1.3.1 La mission sociale 333
     - 1.3.2 Les dépenses de santé et d'adaptation sociale 334
     - 1.3.3 Les composantes de l'évolution des dépenses 336
     - 1.3.4 Deux études de cas: services médicaux et services hospitaliers 338
   - 1.4 Les faits saillants 342

2. Les sources de financement 347
   - 2.1 L'origine des fonds consacrés aux services de santé 347
     - 2.1.1 La situation au Québec 347
     - 2.1.2 Un financement public variant dans le temps et dans l'espace 349
     - 2.1.3 Les sources privées dans le système public de santé 350
   - 2.2 L'origine des fonds consacrés aux services sociaux 351
     - 2.2.1 Un financement total difficile à quantifier 351
     - 2.2.2 Les sources privées et publiques de financement direct des services sociaux 352
     - 2.2.3 Le financement des services dans la communauté et des services du type institutionnel 354
   - 2.3 Les caractéristiques des sources publiques 355
     - 2.3.1 Une approche fiscale 355
     - 2.3.2 L'évolution des sources de financement 356
     - 2.3.3 La participation fédérale: origine et nature 357
     - 2.3.4 Le financement fédéral des services de santé 359
     - 2.3.5 Le financement fédéral des services sociaux 363
     - 2.3.6 Les enjeux 366

3. L'allocation et le paiement des ressources 369
3.1 L'évolution du processus de budgétisation: une réflexion critique 369
3.1.1 Les arbitrages gouvernementaux 370
3.1.2 Les allocations aux établissements 375
3.1.3 Le financement des immobilisations 379
3.1.4 Le jeu derrière la structure 382
3.2 Le paiement des services médicaux 383
3.2.1 Les modalités de paiement 384
3.2.2 Un bilan de l'expérience québécoise au chapitre des modalités de paiement des services médicaux 387

Conclusion 388

Partie III: Bilan et perspectives 393

Chapitre 1: Un système en otage 395

Introduction 395

1. Les acquis 398
1.1 L'accessibilité universelle et gratuite aux services 398
1.2 Diverses tentatives d'intégration des services de santé et des services sociaux 400
1.3 L'amélioration de l'état de santé 402
1.4 L'amélioration de l'approche des problèmes sociaux 403
1.5 Des coûts sous contrôle 405

2. Les problèmes 407
2.1 Des services trop souvent discontinus, incomplets et impersonnels 408
2.2 Des ressources humaines mal gérées et démotivées 413
2.2.1 La gestion des ressources humaines 413
2.2.2 Le climat de travail 415
2.3 Les organismes et les établissements: un cloisonnement et un mauvais partage des responsabilités 418
2.4 La recherche: des acquis à consolider et des priorités à établir 420
2.5 La technologie: une diffusion à gérer 422
2.6 La participation des usagers: un mécanisme démocratique sclérosé 424

2.7 La régionalisation: des régions en effervescence, les CRSSS dans une impasse 425
2.8 Financement: des mécanismes d'arbitrage à repenser 426

3. Le diagnostic d'ensemble 428
3.1 L'absence d'objectifs de résultats 428
3.2 L'absence d'intersectorialité 430

Chapitre 2: Vers une politique de santé et de bien-être 433

Introduction 433

1. Un mouvement international vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être 433
1.1 En matière de santé 433
1.2 Les objectifs et finalités dans le domaine social 438
1.3 Un projet pour l'avenir du Québec... ou l'importance d'un processus d'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être 440

2. Une finalité fondamentale et deux conditions préalables 445
2.1 L'amélioration de la santé et du bien-être 445
2.2 La recherche d'une plus grande équité sociale 446
2.3 Le développement de l'équilibre social 447

3. Des objectifs de société 448
3.1 Le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés 449
3.1.1 Les capacités d'autonomie de la personne 450
3.1.2 L'importance du réseau naturel 450
3.1.3 Le soutien de la communauté 451
3.1.4 Une appréciation réaliste 451
3.2 L'accessibilité universelle et gratuite à des services personnalisés, continus et de qualité 452
3.2.1 Un acquis 452
3.2.2 Un concept en évolution 453
3.2.3 Des jalons pour l'avenir 454
3.3 Prévenir les problèmes de santé 455

3.4 Prévenir les problèmes sociaux 467
3.4.1 Prévenir la violence et protéger les personnes 468
3.4.2 Prévenir la déviance et la mésadaptation sociale 469
3.4.3 Prévenir les problèmes les plus sérieux reliés à l'intégration sociale 471

Chapitre 3: Des orientations fondamentales pour un système de services 473

Introduction 473

1. Un système orienté vers des résultats à atteindre 474
1.1 Des objectifs de santé et de bien-être 475
1.2 Des outils permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs 475
1.3 Des processus d'évaluation basés sur des résultats 477
2. Une participation effective 479
3. Des stratégies fondées sur l'action intersectorielle 482
4. Construire sur les réalités et les dynamismes régionaux 484
5. Maintenir un système de services de santé et de services sociaux public fort 487
6. Favoriser l'adoption d'une approche de population 490

Partie IV: Pour une nouvelle dynamique des pouvoirs 493

Chapitre 1: Pour une nouvelle dynamique décisionnelle 495

Introduction 495

1. De nouveaux pouvoirs aux régions 496
1.1 Les missions et les fonctions des régies 497
1.2 Les dispositions relatives au conseil d'administration 499
1.3 Le comité régional des priorités 500
2. Une mission recentrée du Ministère 502
2.1 La planification et l'évaluation des services 502
2.2 La coordination inter-régionale 503
2.3 La coordination des programmes de portée provinciale 503

2.4 La protection de la santé publique 503
2.4.1 Les responsabilités du Ministère en santé publique 504
2.4.2 Un Centre de santé publique 506

3. Un outil de planification à long terme pour le gouvernement 507

Conclusion 508

Chapitre 2: Pour une nouvelle dynamique des services 511

Introduction 511

1. Les services 512
1.1 Améliorer les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation 512
1.2 Améliorer le suivi 515

2. Les programmes 517

3. Les établissements 521
3.1 Les missions des établissements 521
3.2 Le rôle des conseils d'administration 528
3.3 La composition des conseils d'administration 529
3.4 La gestion des établissements 532

4. Les services à des communautés particulières 534
4.1 Les communautés culturelles 534
4.2 Les autochtones 535
4.2.1 Les autochtones non couverts par des Conventions 536
4.2.2 Les autochtones couverts par des Conventions 537

Conclusion 542

Chapitre 3: Pour une nouvelle dynamique des ressources humaines 545

Introduction 545

1. La planification de la main-d'oeuvre et la répartition géographique des effectifs 546
1.1 La croissance des effectifs et leur répartition entre les régions 546

1.2 L'échec des mesures mises en place pour améliorer la répartition des effectifs médicaux 547
1.3 Vers une accessibilité équitable aux services 550

2. La formation pratique des futurs professionnels de niveau universitaire 553
2.1 Les rôles respectifs des universités et des établissements 554
2.2 L'origine du partage des rôles 554
2.3 L'organisation de la formation menant à la pratique 556
2.3.1 L'influence des corporations professionnelles 556
2.4 Une gamme variée de lieux de stage 557
2.4.1 Les stages en médecine 557
2.4.2 La formation des infirmières 557
2.4.3 Les stages dans les disciplines universitaires para-médicales 558
2.4.4 Les stages dans les disciplines des services sociaux 559
2.4.5 Le choix des lieux de stage 560
2.5 L'organisation des stages 560
2.6 Les problèmes inhérents à l'organisation et à la supervision des stages 562

3. La gestion des ressources humaines 565
3.1 Le régime de négociation 565
3.2 Les statuts d'emploi 565
3.3 L'initiation à l'emploi, la formation en cours d'emploi et le perfectionnement 566
3.4 L'évaluation du personnel et des cadres 568
3.5 La gestion participative 569

4. L'organisation professionnelle 571
4.1 La notion de protection du public 572
4.2 Les facteurs d'incorporation 574
4.3 Les statuts juridiques des corporations 576
4.4 La délégation d'actes 578
4.5 L'inscription 579
4.6 L'inspection professionnelle 580
4.7 Les mécanismes de recours 582
4.8 La diffusion de l'information 584
4.9 La participation du public 584

Conclusion 585

Chapitre 4: Pour la relance des systèmes d'information et de l'activité d'évaluation 591

Introduction 591

1. La relance des systèmes d'information 592
   - 1.1 La situation actuelle 592
   - 1.2 Le cadre conceptuel 593
     - 1.2.1 Les grands principes 593
     - 1.2.2 Les dimensions du cadre conceptuel: une illustration 597
   - 1.3 Le développement et la validation d'indicateurs 599
   - 1.4 La création d'un groupe de travail 602
2. La relance de l'activité d'évaluation 603
   - 2.1 L'évaluation des actes professionnels 604
   - 2.2 L'évaluation des programmes et des politiques 605
3. Des communications améliorées 607

Conclusion 608

Chapitre 5: La recherche et le progrès technologique 611

Introduction 611

1. La recherche en santé 612
   - 1.1 Les organismes subventionnaires et le financement de la recherche en santé 613
   - 1.2 La situation des chercheurs québécois auprès des organismes subventionnaires fédéraux 615
     - 1.2.1 Le Conseil de la recherche médicale 615
     - 1.2.2 Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé 615
     - 1.2.3 Le Conseil de la recherche en sciences naturelles et génie 616
   - 1.3 Un appui au développement de la recherche en santé: les organismes subventionnaires au Québec 616
     - 1.3.1 La complémentarité des organismes subventionnaires et le retour sur l'investissement 617
     - 1.3.2 La recherche sur des problèmes prioritaires 618

1.4 Le niveau de développement des diverses approches de recherche en santé au Québec 619
1.4.1 La recherche biomédicale 619
1.4.2 La recherche clinique 619
1.4.3 La recherche épidémiologique, évaluative, opérationnelle et organisationnelle 620
1.4.4 La recherche dans d'autres secteurs des sciences de la santé 621

2. La recherche sociale appliquée 621
2.1 Les organismes subventionnaires et le financement de la recherche sociale appliquée 622
2.1.1 Le Conseil québécois de la recherche sociale 622
2.2 Le soutien à la formation des chercheurs 623
2.3 L'écart entre chercheurs et intervenants 623
2.4 Les lieux de production de la recherche sociale appliquée 624
2.4.1 La production universitaire 624
2.4.2 La production dans les organismes du réseau 624
2.5 Les types de recherche 625

3. Les technologies dans le domaine de la santé 626
3.1 La définition des technologies 626
3.2 L'état du parc technologique 628
3.3 Le contexte décisionnel et les déterminants de la diffusion 630
3.4 L'évaluation des technologies 632
3.5 Les problèmes d'éthique face à la technologie 633

Conclusion 634

Chapitre 6: Le financement des services 639

Introduction 639

1. Un arbitrage transparent 640

2. La croissance anticipée des dépenses 642
2.1 Les facteurs de croissance 643
2.2 L'hypothèse retenue 644

3. Les capacités de financement public 645
3.1 Le financement fédéral 646
3.2 L'évolution du PIB et la dynamique de l'ensemble des dépenses sociales 648

4. La question du financement privé 650
4.1 Les arguments en faveur du financement privé 650
4.2 Les arguments contre le financement privé 651
4.2.1 L'équité 651
4.2.2 La rentabilité des ressources investies 652
4.3 Les études effectuées 653

5. Le financement public des services couverts 654

Conclusion 655

Chapitre 7: De nouveaux défis pour l'allocation des budgets et le paiement des ressources 659

1. Quoi, combien, comment: des choix éclairés, visibles, transparents 660
1.1 Une planification intersectorielle à long terme 660
1.2 Un exercice réel de planification sur trois ans 661
1.2.1 Le rôle du Ministère au sein du gouvernement 661
1.2.2 Les régies régionales et les organisations productrices de services 662

2. Des mécanismes d'allocation budgétaire et des modalités de paiement équitables et cohérents avec les objectifs poursuivis 663
2.1 L'équité inter-régionale 663
2.1.1 Un budget global per capita corrigé 663
2.1.2 La formule de répartition 664
2.1.3 Vers une réduction des écarts 664
2.1.4 Le budget de la région 665
2.1.5 Les achats de services entre régions, avec compensation financière 666
2.2 Un financement sur la base de programmes 667
2.2.1 Le financement par programme et l'allocation des budgets 668
2.2.2 Le financement des organismes communautaires 670

2.3 Des modalités de paiement des médecins cohérentes avec les objectifs 671
2.3.1 Les médecins en bureau privé 671
2.3.2 Les médecins en établissement 672

3. L'imputabilité en fonction des résultats 673
3.1 L'imputabilité des régies régionales 673
3.1.1 Le respect de l'équilibre budgétaire 673
3.1.2 La taxation marginale 675
3.1.3 La performance de la région 675
3.2 L'imputabilité des ressources productrices de services 675

Conclusion 677

Conclusion et recommandations 681

Annexes 699

Annexe 1: Rapport d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux 701

Annexe 2: Liste des synthèses critiques et des recherches publiées par la Commission chez *Les Publications Québec* 741

Annexe 3: Liste des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation de juin 1987 745

Annexe 4: Liste des dossiers de consultation d'experts québécois et des dossiers thématiques 757

Notes et références bibliographiques 759

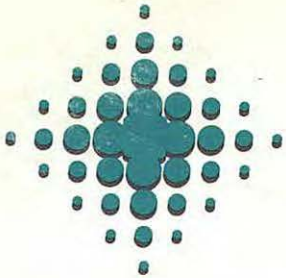
Liste des tableaux 777

Liste des graphiques et schémas 783

Table des matières détaillée 785

Achevé d'imprimer en février 1988
sur les presses de Impression Interconcept

Composition typographique: Compélec inc.



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Bibliothè[illegible]le

Créée par le gouvernement du Québec en juin 1985, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux avait pour mandat d'étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de services de santé et de services sociaux.

En se fondant sur ses consultations auprès de quelque 6000 personnes et 400 experts, sur son programme de recherche qui mit à contribution la communauté universitaire et scientifique du Québec, ainsi que sur ses travaux, la Commission croit traduire, dans son rapport, la réflexion collective des Québécois et des Québécoises concernés par les services de santé et les services sociaux.

Ayant choisi de se définir comme un catalyseur du changement, la Commission a conçu son rapport davantage comme une étape en vue d'améliorer le système plutôt que comme un bilan définitif. Le rapport doit donc retourner au milieu afin qu'il en discute, en débatte et se l'approprie.

La Commission croit que ses conclusions et ses recommandations pourraient être à la source d'un consensus social sur l'avenir du système québécois de services de santé et de services sociaux.

9 782551 084159

Imprimé au Québec, Canada