

362.109714
P7697
1986

actas

en sciences de la santé

48

Les Cahiers scientifiques
Association
canadienne-française
pour l'avancement
des sciences
1986

Une politique de santé pour le Québec



Les Cahiers scientifiques

No 48

Une politique de santé pour le Québec

Rédaction: Gilles Dussault
département d'administration de la santé
Université de Montréal
2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal H3T 1A8
(514) 343-6181

Édition: L'Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences
2730, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1B7

Distribution: L'ACFAS
2730, Côte-Ste-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1B7
Tél.: (514) 342-1411

Les Presses de l'Université du Québec
C.P. 250, Sillery, Québec G1T 2R1

Une politique de santé pour le Québec

Actes du colloque tenu le 16 mai 1986 à Montréal dans le cadre du 54^e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences et organisé par les départements d'administration de la santé et de médecine sociale et préventive, et par le groupe de recherche inter-disciplinaire en santé de l'Université de Montréal.

Publié sous la direction
de
Gilles Dussault



Bibliothèque Nationale du Québec

RA
395
C3P65
1986

Présentation

Les textes qui suivent forment les Actes d'un colloque tenu le 16 mai 1986, à Montréal, dans le cadre du 54^e Congrès de l'Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences. Environ 140 personnes venant des milieux gouvernementaux, universitaires, des établissements de soins, corporations et syndicats professionnels, associations de consommateurs, se sont réunies pour discuter du thème "Une politique de santé pour le Québec".

Pour leur permettre de poursuivre leur réflexion et intéresser ceux qui n'ont pu participer à ce colloque à cette question fondamentale, nous avons réuni les textes des conférences et des interventions des personnes-ressources qui ont lancé la discussion dans les ateliers.

Ce colloque et ces Actes ne sont qu'une modeste étape dans la longue réflexion qu'il faut faire sur les moyens à mettre en oeuvre pour élever le niveau de santé dans notre société. Déjà un consensus semble se dégager à l'effet qu'il ne suffira pas d'accroître le volume de soins et services sanitaires disponibles; il faudra aussi et surtout agir sur les facteurs, en particulier ceux de l'environnement physique et social, qui sont à l'origine des problèmes de santé de la population.

Nous espérons avoir contribué à amorcer une réflexion à laquelle de plus en plus de personnes s'associeront.

Ce colloque a pu être tenu grâce au soutien financier et logistique des départements d'Administration de la Santé et de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal, du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal et de l'ACFAS. Marcelle Bérubé et Sylvie Leroux ont assuré l'organisation matérielle de la journée du 16 mai. Sylvie Leroux a également été responsable de la préparation de ces Actes. Enfin, le support de Françoise Braun et de Guy Arbour de l'ACFAS a été un encouragement constant et un gage de succès. Au nom des organisateurs et de tous les participants, je leur exprime toute notre gratitude.

Gilles Dussault

TABLE DES MATIERES

1. Programme du Colloque.....	1
2. Liste des auteurs.....	4
3. Gilles Dussault: "Une politique de santé pour le Québec".....	7
4. André-Pierre Contandriopoulos: "Les limites d'un système qui n'a pas d'objectifs de santé".....	12
5. Georges Desrosiers: "Les principes d'une politique de santé".....	37
6. Roger Gosselin: "D'une politique de soins à une politique de santé: les conversions nécessaires".....	49
7. David Levine: "Quelques questions sur le fonctionnement du système de santé québécois".....	66
8. Gilles DesRochers: "Le financement des services de santé et la budgétisation des hôpitaux du Québec depuis 1970: un bilan".....	98
9. François Champagne et Raynald Pineault: "Les services de pré- vention et de promotion de la santé: l'expérience des DSC".....	116
10. Rapport des ateliers.....	135

Programme du Colloque

AM

9h00: Ouverture **Gilles Dussault**:

Présentation du thème et des activités du colloque.

9h15: Conférence: "Les limites d'un système qui n'a pas d'objectifs de santé".

André-Pierre Contandriopoulos, Dir., GRIS, U. de Mtl.

10h15: Pause

10h45: Ateliers: Evaluation du système actuel:

1- La fourniture de soins: le système de soins (réseau hospitalier, services médicaux et autres services curatifs) est-il efficace? est-il efficient? assure-t-il l'atteinte des objectifs de 1970?

Animateur: **Richard Lessard**, Dir., DSC Cité de la Santé, Laval.

Personne-ressource: **David Levine**, Dir. G., Hôpital de Verdun.

2- Les services de prévention et de promotion de la santé: quel a été l'impact de la nouvelle organisation de la santé publique implantée depuis 1970? Les DSC ont-ils produit les résultats qu'on en attendait?

Animateur: **Simon Racine**, Dir., DSC Maisonneuve-Rosemont.

Personne-ressource: **François Champagne**, Dir.-adj., GRIS, U. de Mtl.

3- La formation des intervenants et la recherche: la formation du personnel soignant et des administrateurs est-elle adaptée aux besoins de la population? La recherche contribue-t-elle à l'atteinte d'objectifs de santé?

Animateur: **Gilles Dussault**, Prof., Dépt. d'Administration de la Santé, U. de Mtl.

Personne-ressource: **Brigitte Maheux**, chercheure, GRIS et dépt. Médecine sociale et prév., U. de Mtl.

4- Les modes de financement: le financement des services favorise-t-il l'atteinte de leurs objectifs?

Animateur: **Pierre Boyle**, Prof., Dépt., d'épidémiologie, U. McGill.

Personne-ressource: **Gilles DesRochers**, Prof., Dépt. d'Administration de la santé, U. de Mtl.

PM

13h30: Conférence: "Les principes fondamentaux d'une politique de santé",

Georges Desrosiers, Prof., Dépt. de Médecine sociale et préventive, U. de Mtl.

14h15: Pause

14h45: Ateliers: Que doit-on changer et comment, pour atteindre les objectifs d'une politique de santé?

1- La fourniture de soins: comment augmenter l'efficacité et l'efficience du réseau de soins? La privatisation est-elle une solution?

Animateur: **Richard Lessard**.

2- Les services de prévention et de promotion de la santé: qui devrait être responsable de la prévention? de la promotion? quelles sont les actions prioritaires à ces niveaux? sur quoi intervenir pour favoriser la santé?

Animateur: **Simon Racine**.

3- La formation des intervenants et la recherche: comment former des intervenants qui deviendront de véritables collaborateurs dans l'équipe de santé, qui seront autant des promoteurs de la santé que des soignants?

Animateur: **Gilles Dussault**.

4- Le financement des services: comment le mode de financement peut-il contribuer à l'atteinte d'objectifs de santé?

Animateur: **Pierre Boyle.**

16h15: Séance plénière:

Rapports des discussions en atelier.

Conférence: "D'un système de soins à un système de santé: les conversions nécessaires" **Roger Gosselin**, directeur du département d'Administration de la santé, U. de Mtl.

Liste des auteurs

Pierre Boyle, Professeur, Dépt. d'épidémiologie, Université McGill

François Champagne, Directeur-adjoint, GRIS, Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos, Directeur, GRIS, Université de Montréal

Gilles DesRochers, Professeur, Dépt. d'Administration de la santé,
Université de Montréal

Georges Desrosiers, Professeur, Dépt. de Médecine sociale et préventive,
Université de Montréal

Gilles Dussault, Professeur, Dépt. d'Administration de la santé,
Université de Montréal

Roger Gosselin, Directeur, Dépt. d'Administration de la santé,
Université de Montréal

Richard Lessard, Directeur, DSC Cité de la Santé, Laval

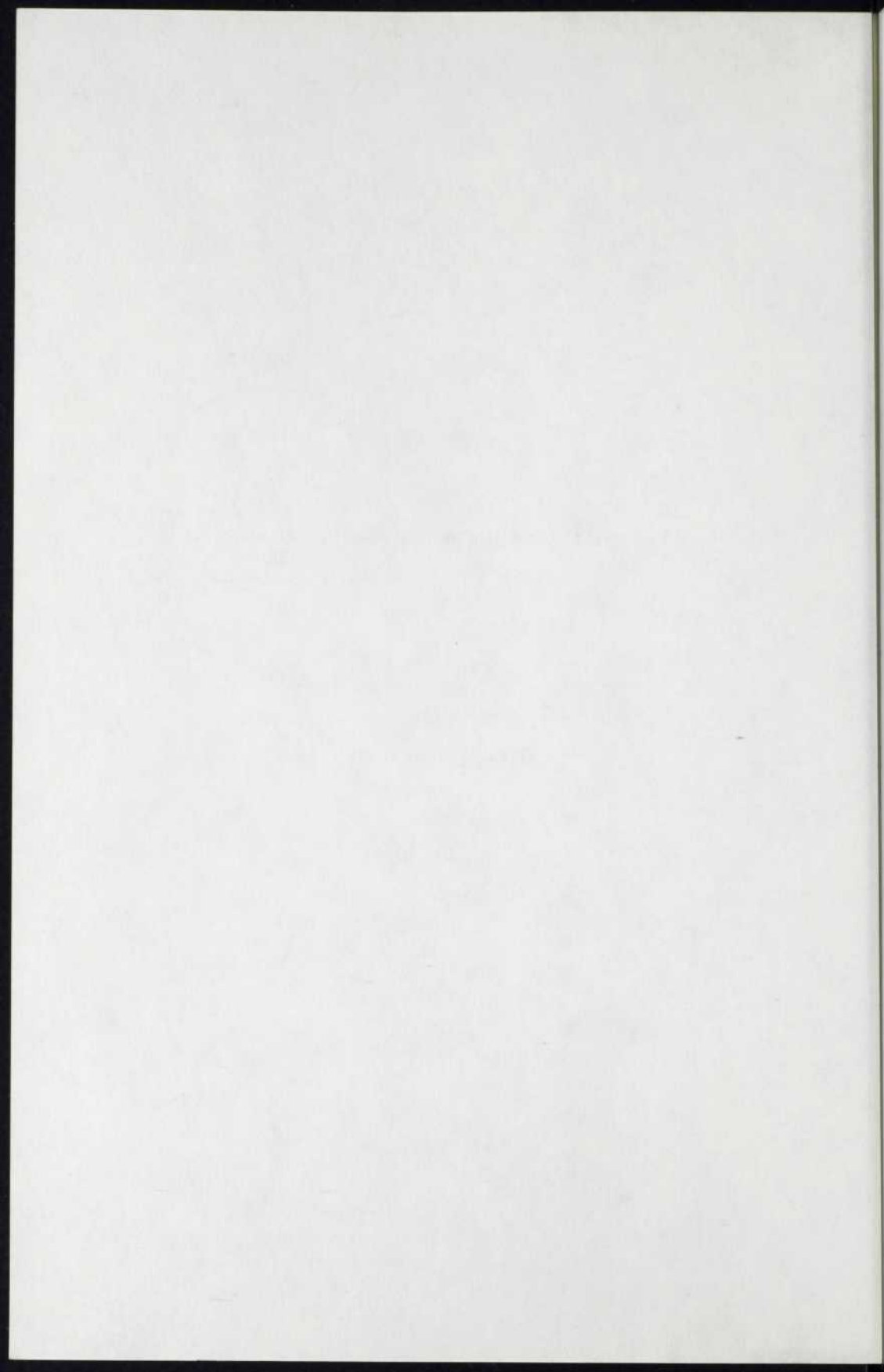
David Levine, Directeur général, Centre Hospitalier de Verdun

Raynald Pineault, Directeur, Dépt. de Médecine sociale et préventive,
Université de Montréal

Simon Racine, Directeur, DSC Maisonneuve-Rosemont

Une politique de santé pour le Québec

Gilles Dussault



Bienvenue au colloque "Une politique de santé pour le Québec" organisé par les départements d'administration de la santé, de médecine sociale et préventive et par le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal.

En organisant ces discussions, nous voulons contribuer à la réflexion entreprise, avec les travaux de la Commission Rochon, sur le système de soins mis en place au début des années 1970 et sur les grandes orientations à lui donner.

Le titre de ce colloque, "Une politique de santé pour le Québec", peut laisser croire que nous avons une politique toute faite à soumettre. Je vous dis tout de suite que ce n'est pas le cas. D'ailleurs une politique qui serait élaborée en circuit fermé par des "experts" aurait bien peu de chances de réussir. Ce titre exprime plutôt un souhait, celui que nous nous donnions, comme société, un ensemble cohérent d'objectifs et de stratégies clairs, acceptables et réalisables qui viseront l'atteinte d'un meilleur niveau de santé pour tous.

Depuis que nous avons fait la suggestion, à l'ACFAS, de tenir ce colloque, c'est avec satisfaction que nous avons constaté que plusieurs groupes qui se sont fait entendre lors des audiences de la Commission Rochon ont exprimé des souhaits allant dans le même sens. Les justifications ne manquent pas pour appuyer de telles demandes.

Par exemple, le débat récent sur la taxe sur les soins dentaires a clairement révélé l'absence d'une stratégie explicite en matière de santé dentaire. Je pense aussi aux débats sur la taxe sur le tabac ou sur la raffinerie de sucre de St-Hilaire au cours desquels la question des effets de ces deux produits sur la santé des populations a été toutes fins utiles ignorée.

Par contre, il y a aussi des initiatives heureuses comme la campagne entreprise par le regroupement des Départements de Santé Communautaire pour réduire la mortalité par accidents de la route d'ici 5 ans. Il s'agit là d'un objectif dont l'atteinte va exiger une combinai-

son d'actions qui débordent amplement les responsabilités du système de soins: c'est une illustration tout à fait appropriée d'un objectif de santé dont l'atteinte exige plus que simplement des services accrus.

Cet exemple indique bien que le moment est venu de doter le Québec d'une véritable politique sanitaire, c'est-à-dire d'une politique qui tienne compte de l'ensemble des facteurs qui déterminent l'état de santé des populations et qui est axée sur des objectifs exprimés en niveaux de santé et pas seulement en termes de services à rendre.

Pour moi une politique sanitaire a deux fonctions principales: c'est d'abord un précieux outil de planification qui aide à établir les priorités d'action et à ce titre fournit des critères de décision quand vient le temps d'allouer des ressources rares ou de privilégier une intervention ou une autre.

Une politique de santé peut aussi devenir un puissant instrument de mobilisation et de motivation des intervenants en santé (thérapeutes comme gestionnaires), en donnant un sens précis à leur contribution particulière.

Ce que nous vous proposons aujourd'hui, c'est une occasion de réfléchir ensemble sur l'expérience des 15 dernières années de même que sur les défis des années qui viennent. En conséquence, nous avons divisé le colloque en deux parties:

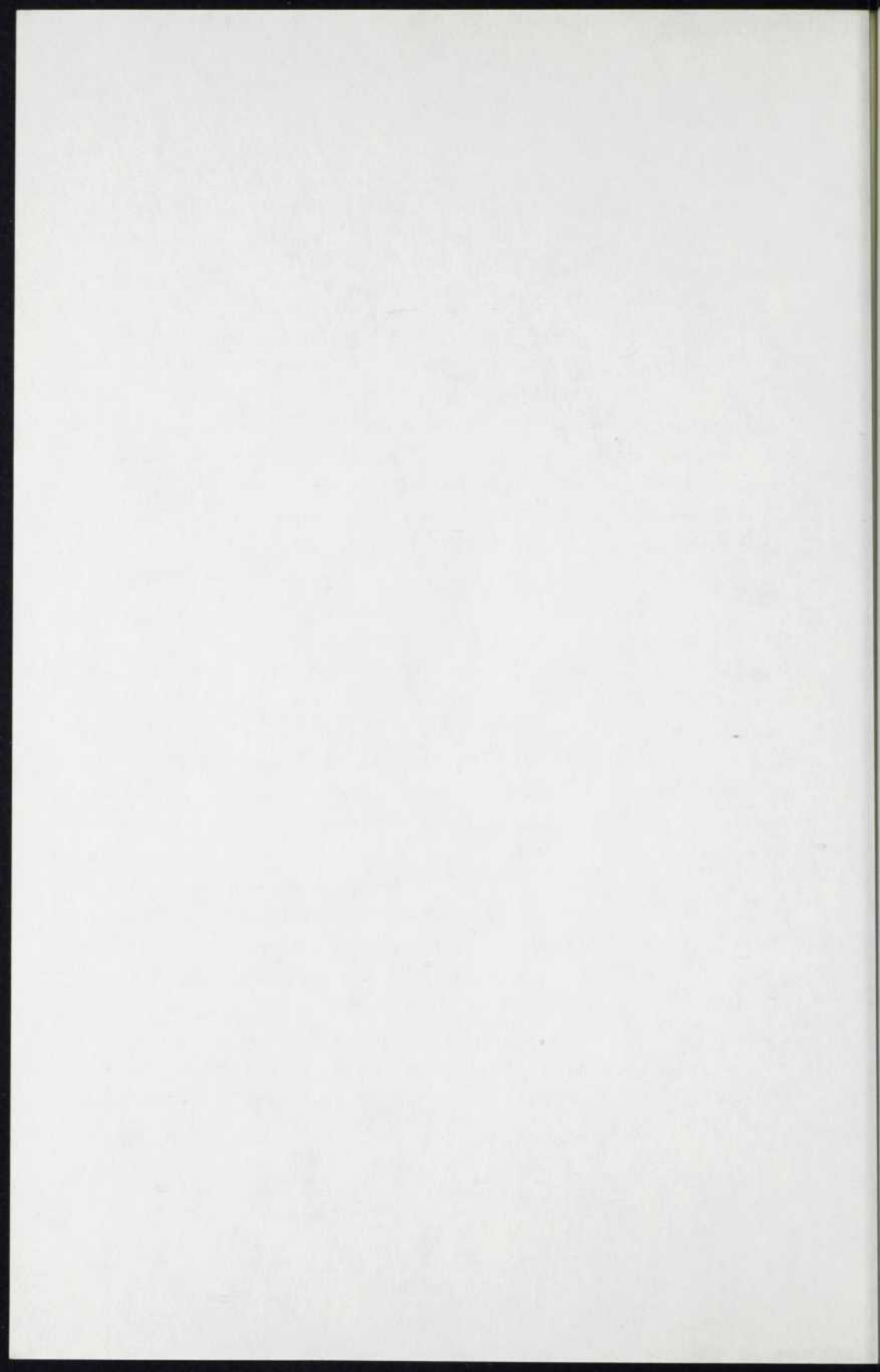
- Une première sera centrée sur le diagnostic qu'on peut faire des impacts de la réforme, consécutive au Rapport Castonguay mais pas nécessairement conforme à son esprit et à ses recommandations. Elle sera amorcée par André-Pierre Contandriopoulos, directeur du Groupe de Recherche interdisciplinaire en Santé et professeur titulaire au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, qui a courageusement accepté le risque de tenter un bilan global de ces 15 années sous le régime instauré en 1970.

Quatre ateliers suivront et aborderont les dimensions suivantes

des services de santé: le système de soins; les services de promotion de la santé et de prévention des maladies; la formation des intervenants et la recherche; le financement.

- La deuxième partie du colloque a un caractère plus prescriptif. Georges Desrosiers, professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, traitera des principes fondamentaux d'une politique sanitaire, principes que nous pourrions discuter plus en détails au sein des ateliers qui suivront: réservés à la discussion de façon à donner au plus grand nombre la chance d'exprimer leur point de vue tant sur les principes que sur les stratégies de définition et d'implantation d'une politique sanitaire.

- Finalement, nous avons demandé à Roger Gosselin, directeur du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, de réfléchir, à la lumière de sa longue expérience du milieu des établissements de santé, sur les implications, pour les diverses catégories d'intervenants, de l'adoption d'une politique de santé. Qu'arrive-t-il le jour où toute décision significative est soumise à la question suivante? "En quoi cette décision contribuera-t-elle à l'atteinte des objectifs de santé que notre société s'est donné?" Ce test peut sembler simple, mais il peut conduire à des remises en questions douloureuses. Il n'est plus possible de se contenter de postuler que plus de soins et plus de services se traduisent automatiquement par un meilleur niveau de santé. Sans objectifs mesurables qui permettent de juger de l'efficacité des actions sanitaires, il n'est pas possible de juger la contribution du système de soins à la santé de la population. C'est justement le rôle d'une politique de santé que de formuler de tels objectifs et de les proposer aux décideurs politiques comme aux intervenants du système de soins comme autant de cibles vers lesquelles diriger leurs décisions et leurs actions.



LES LIMITES D'UN SYSTEME QUI N'A PAS D'OBJECTIFS DE SANTE

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.

Cette conférence aurait pu s'intituler "Rien ne sert de courir si l'on ne sait pas où l'on va" ou encore de façon plus poétique "La longue errance d'un beau navire qui n'a pas de boussole". C'est cette image qui va servir d'introduction à ma présentation.

Il y a quinze ans un magnifique navire était lancé. C'était vraiment une réussite. Seuls ses architectes savaient qu'il était un peu moins extraordinaire qu'ils l'avaient dessiné. Au cours de la construction, il avait fallu, en effet, réviser les plans initiaux. Les matériaux envisagés étaient trop coûteux, la technologie de construction trop avant-gardiste. Ainsi par exemple au lieu d'installer le mode de propulsion révolutionnaire qui avait été imaginé, on s'était contenté de prévoir un puissant moteur classique ainsi qu'un gréement efficace.

Rappelez-vous combien au moment de son lancement l'équipage de ce bateau était nombreux, bien entraîné, très motivé. Tous les passagers qui voulurent embarquer le purent. Ce qui n'était pas le cas avec les anciens bateaux.

Le jour de l'appareillage, le temps était splendide, la mer calme, le vent léger. Tout le monde avait hâte de partir. Le bateau leva l'ancre, moteur et voiles se complétèrent pour sortir rapidement du port et partir vers le large. La terre fut rapidement perdue de vue. Le but du voyage était une île merveilleuse que chacun imaginait à sa manière. Mais c'est alors que les choses commencèrent à se gâter. L'équipage réalisa qu'il y avait tout sur le bateau, sauf une boussole et les cartes donnant la position exacte de l'île merveilleuse. Le vent commençait à souffler très fort dans une direction qui ne semblait pas être celle de l'île. L'équipage se sépara en deux clans: celui qui s'occupait des voiles et voulait aller

dans le sens du vent et celui qui faisait marcher le moteur préférait rester face aux vagues. Le capitaine, de peur de se laisser entraîner trop loin, jeta l'ancre.

Vous pouvez imaginer la situation, le vent souffle fort et veut entraîner le bateau avec lui, l'ancre qu'a jetée le capitaine tient encore assez bien mais elle menace de dérapier. Sur le bateau, l'équipage s'est divisé en plusieurs groupes. Chacun avec une grande bonne foi et beaucoup de détermination, tente de faire avancer le bateau dans une direction sans se préoccuper des autres, qui avec d'autres moyens, essaient de le faire bouger dans un autre sens. Les passagers ne sont pas encore vraiment inquiets, la nourriture reste très bonne, les spectacles à bord sont agréables mais, plusieurs commencent à se demander quand l'île tant attendue sera en vue. Certains envisagent même de quitter le grand bateau pour se rendre vers cette île par leurs propres moyens, ils lorgnent avec envie les chaloupes de sauvetage; d'autres sont convaincus qu'ils savent dans quelle direction est l'île, ils voudraient bien prendre la direction du bateau.

Vous avez tous reconnu dans ce bateau, notre système de soins; dans l'île merveilleuse dont on ne connaît pas la position exacte, la santé de la population; dans le vent qui souffle puissamment, les pressions expansionnistes qui pèsent sur le système; et dans l'ancre du capitaine, les contraintes qui s'exercent sur le système de soins. C'est autour de cette image que ma présentation est organisée. Je commencerai très brièvement par préciser la distinction qui devient de plus en plus classique entre système de soins et système de santé. Distinction qui permettra de situer ce qu'est une politique de soins par rapport à une politique de santé. Par

la suite, je discuterai chacune des différentes forces qui pèsent sur le système de soins en tentant de montrer les limites des politiques qui ont été proposées au Québec pour améliorer ce système sans que ces politiques soient intégrées à une véritable politique de santé. Je conclurai enfin en tentant d'indiquer quels espoirs la Commission Rochon représente.

A) Système de soins et système de santé

Les relations qui existent entre le système de soins et le système de santé sont illustrées à la figure 1. D'une façon excessivement générale, nous pouvons dire que le système de santé est constitué de l'interaction de deux sous-systèmes à l'intérieur d'un contexte culturel, social, politique, économique et technologique donné. Ces deux sous-systèmes sont le système de soins et le circuit des états de santé. Le circuit des états de santé est l'ensemble des facteurs qui influencent la santé de la population. Il s'agit d'une part des facteurs qui sont à l'origine des problèmes de santé, facteurs qui sont, d'une façon classique, regroupés en trois catégories: les facteurs biologiques, les habitudes de vie et l'environnement. Ces facteurs ainsi que leurs interactions créent des problèmes de santé qui sont modifiés par l'utilisation des services de santé. Le système de soins quant à lui est constitué par l'ensemble des connaissances et des ressources humaines et physiques structurées et financées de manière à fournir de façon efficace des services et des soins à la population dans le but d'améliorer son état de santé.

Compte tenu de ces distinctions, il est facile de concevoir qu'une politique de santé doit porter non seulement sur le système de soins mais aussi sur le circuit des états de santé. Une véritable politique de santé

devrait ainsi, en confrontant la situation actuelle et une situation désirée, établir des actions à entreprendre d'une part sur les déterminants des problèmes de santé, c'est ce que l'on peut appeler une politique de promotion de la santé et d'autre part sur les services et les ressources du système de soins, c'est-à-dire établir une politique de soins et de services ainsi qu'une politique des ressources. La figure 2 illustre qu'il n'y a pas opposition entre une politique de santé et une politique de soins mais simplement une complémentarité nécessaire. Logiquement, une politique de soins devrait découler d'une politique de santé et compléter une politique de prévention et de promotion de la santé. Pour illustrer ces relations considérons une politique visant à réduire la mortalité et la morbidité dues à des problèmes cardio-vasculaires, il s'agit là d'une politique de santé. Pour réaliser cette politique, on peut concevoir une politique de promotion de l'exercice physique et de prévention de l'hypertension; il s'agirait alors de contrôler l'hypertension dans la population et de préparer des programmes visant à diminuer l'incidence de cette maladie. La politique de soins pourrait consister à fournir aux hypertendus des traitements et des services conformes aux normes de la bonne pratique médicale actuelle. La politique de ressources consisterait à s'assurer qu'il y ait un nombre suffisant de cardiologues et des chirurgiens cardio-vasculaires dans chacune des régions du Québec.

Si ces distinctions sont aujourd'hui bien connues, il est intéressant de constater qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Si l'on sait depuis longtemps que les problèmes de santé des populations sont dépendants non

seulement des services qu'elles reçoivent mais aussi des facteurs de risque qui l'affectent, on n'avait pas pour autant réaliser avec autant de force qu'aujourd'hui les relations qui doivent exister entre une politique de soins et une politique de santé.

Jusqu'au début des années '70, il existait un fort consensus sur l'efficacité du système de soins à pouvoir améliorer de façon notable la santé des populations. Mais au début des années '70, on constate que ce postulat n'est plus aussi accepté. On réalise que le niveau de santé de la population n'augmente pas en proportion des ressources qu'on y investit. Cette idée qui est véhiculée par des livres comme ceux de Dubos (1961) "Mirages de la santé", de Cochrane (1977) "L'inflation médicale" ou d'Illich (1975) "Némésis médicale" fait ressortir l'importance qu'il y a d'agir sur les causes de la maladie et non pas seulement sur leur traitement. C'est ce courant de pensée, associé aux conditions économiques plus difficiles que connaissent les pays occidentaux au milieu des années '70, qui explique l'engouement qui se manifeste partout pour le développement de politiques de santé. L'O.M.S. en 1977 a adopté à l'unanimité de ses 152 membres la résolution d'Alma Ata qui veut "que le principal but social des gouvernements et de l'O.M.S. durant les prochaines décades consiste à permettre à tous les citoyens du monde d'avoir en l'an 2000 un état de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement active". Cette résolution établit l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000" (OMS, 1978).

Au Canada, c'est en 1974 que le rapport Lalonde sur la santé des Canadiens est diffusé. "Healthy People" est publié en 1979 aux Etats-Unis. Il s'agit selon les termes mêmes du président de l'époque, Jimmy Carter: "de

mettre sur pied un programme national pour améliorer la santé de notre peuple - ce programme qui s'appuie sur la prévention associée au traitement - est ambitieux et réalisable. Il peut réduire substantiellement à la fois les souffrances de notre peuple et le fardeau que constitue notre système de soins" (Healthy People, p. IV). "Objectif Santé" au Québec a été publié en 1984 et s'inscrit exactement dans la même perspective.

Il n'est donc pas étonnant que lors de la réforme des services de santé en 1970, on n'ait pas organisé au Québec un système de soins qui soit partie intégrante d'une véritable politique de santé. Avant de conclure que nous nous sommes trompés en 1970, il est important d'évaluer dans quelle mesure les objectifs de soins que nous nous étions fixés ont pu être atteints par le système de soins.

B) Les limites d'une politique de soins qui n'est pas intégrée à une politique de santé

En 1970, les objectifs qui ont été attribués au système de soins peuvent être résumés de la façon suivante.

Le système de soins doit:

- . fournir à toute la population quelles que soient ses caractéristiques sociales, économiques et géographiques tous les services qu'elle requiert (accessibilité);

- . s'assurer que ses services sont de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire qu'ils sont globaux, continus et conformes aux normes de la bonne pratique (qualité);

- . être organisé de façon à organiser au mieux les ressources disponibles (productivité);

- . à satisfaire la population et les professionnels tout en étant administrable d'une façon efficace (administrabilité).

Dans quelle mesure le système de soins a-t-il atteint ses objectifs? Nous discuterons cette question en reprenant chacun des objectifs mais dans un ordre différent.

Commençons par le dernier: la capacité du système à contrôler son développement. D'une façon générale, le système de soins Québécois est arrivé, d'une façon tout à fait remarquable, à contrôler son développement par rapport à la richesse collective. Ceci apparaît très clairement sur le tableau 1 quand on compare la progression des dépenses de santé par rapport au produit national brut aux Etats-Unis, au Québec et au Canada. Alors que l'évolution des dépenses dans ces trois pays avait été sensiblement la même de 1960 à 1970, on constate qu'à partir du début des années 70 la progression des dépenses s'est arrêtée au Canada et au Québec alors qu'elle a continué à progresser de façon marquée aux Etats-Unis. Alors que le taux de croissance annuel de la part des dépenses de santé par rapport au produit national brut a été de 2,44% aux Etats-Unis, il n'a été que de 0,13% au Canada et au Québec (Tableau 2). Cette efficacité dans le contrôle des dépenses apparaît aussi quand on compare le Québec à d'autres pays industrialisés (Tableau 3).

Si cette performance est remarquable, on doit toutefois noter que des signes d'essoufflement se manifestent. Pensons au déficit des hôpitaux que le gouvernement a récemment décidé de combler, à la dégradation de la situation économique des médecins, à la difficulté pour les établissements de se procurer l'équipement et la technologie qu'ils jugent souhaitables, au climat de travail qui existe dans les établissements. L'ancre qui retient le bateau serait-elle prête à lâcher? Cette question mérite d'être posée entre autres quand on compare la situation du Québec avec celle du

Canada, des Etats-Unis et de la France par exemple (Tableau 4). Alors qu'aux Etats-Unis et en France, les dépenses per capita pour les services médicaux et les services hospitaliers augmentent plus rapidement que le produit national brut per capita, on constate qu'au Canada et tout particulièrement au Québec, il n'en est pas ainsi. Les dépenses pour les services médicaux per capita au Québec ont augmenté moins rapidement que la richesse collective de 2,6% par an alors que les dépenses pour les services hospitaliers ont augmenté d'à peine 1,9% de plus que la richesse collective. En analysant ces chiffres de façon plus détaillée, on est aussi en mesure de constater que la façon dont cette réduction des dépenses a été obtenue est différente pour les services médicaux et pour les services hospitaliers. Le contrôle des dépenses dans le cas des services médicaux s'est fait en réduisant les honoraires des professionnels alors que le nombre des médecins a continué à augmenter beaucoup plus rapidement que la population. Pour les services hospitaliers par contre, c'est en jouant sur le volume des ressources que le gouvernement a pu agir, le prix des ressources a augmenté durant la période au même rythme que la croissance économique. Pour résumer, nous pouvons, d'une part, dire que le système de soins est arrivé d'une façon remarquable à contrôler son développement global mais, que d'autre part, il est loin d'être évident que les moyens que l'on a utilisés pour effectuer ce contrôle puissent l'être encore dans les années qui viennent.

Qu'en est-il des autres objectifs du système de soins? En ce qui concerne l'accessibilité, force nous est de constater que la mise en place de notre régime d'assurance-maladie a permis une amélioration de l'accès de tous à tous les services de santé. D'une façon générale, l'introduction du

régime d'assurance-maladie a permis l'amélioration de l'accessibilité sociale et économique en réduisant les barrières financières. On doit toutefois noter que les disparités régionales dans la distribution des effectifs et des ressources hospitalières font en sorte que tous les Québécois n'ont pas accès de la même manière aux services. Il semble subsister des différences, qui dans certains cas peuvent être importantes dans l'utilisation des services de santé par la population. A ces problèmes d'accessibilité géographique s'ajoutent des problèmes d'accessibilité organisationnelle. Pensons aux files d'attente dans les urgences des grands centres urbains; à la difficulté qu'ont certaines populations marginales à avoir accès aux soins comme par exemple les handicapés mentaux, les communautés ethniques; à l'inexistence en dehors des grands centres urbains de systèmes d'urgence santé et de services à domicile adéquats; etc.

Pour ce qui est de la qualité des services de santé qui s'apprécie par la globalité, la continuité, et la qualité technique des services, force nous est de constater qu'il y aurait place pour de nombreuses améliorations. Dans le système actuel, la globalité des soins paraît particulièrement insuffisante. Les relations existantes entre les médecins et les autres professionnels de la santé sont insuffisantes. Les activités qui ne sont pas directement liées au soin des patients telles la prévention, les tâches administratives, l'enseignement ne sont pas favorisées. Dans plusieurs cas, elles ne sont pas rémunérées ou si elles le sont, elles le sont selon des modes de rémunération différents, ce qui limite l'intégration de ces services, les uns aux autres. Pour la pratique médicale, on doit constater qu'il existe de fortes incitations à l'utilisation de la technologie, à l'exercice d'une médecine technique laissant trop peu de place au

contact humain. De façon générale, de nombreux indices laissent penser qu'il y a une utilisation excessive des structures hospitalières au détriment d'une utilisation plus rationnelle des services ambulatoires.

Pour expliquer ce bilan peu reluisant, nous devons analyser les motivations qui animent les différents agents qui interagissent dans le système de soins. Pour ce faire, considérons la figure 3. Le système de soins tel que nous l'avons défini est caractérisé par des modalités organisationnelles bien spécifiques qui se manifestent par la façon dont sont payés les professionnels, par les modalités de financement des hôpitaux, par la couverture de l'assurance-maladie, par les niveaux de décentralisation des décisions, par l'existence et l'efficacité des systèmes d'information, par les mécanismes incitatifs existants, par les mécanismes de contrôle de la qualité que l'on a instaurés, etc. L'ensemble de ces modalités organisationnelles constitue des stimulants financiers, organisationnels et juridiques qui influencent les comportements des principaux preneurs de décisions, c'est-à-dire les consommateurs de services, les organisations, les professionnels, le gouvernement et les agents payeurs tels la Régie de l'assurance-maladie. Donnons quelques exemples de l'influence de ces facteurs.

Parmi les stimulants économiques, les plus importants, dans le système actuel, sont vraisemblablement les modalités de paiement des ressources et en particulier des professionnels. Le paiement à l'acte qui est le principal mode de rémunération des médecins a des caractéristiques propres qui font en sorte qu'il ne permet pas de rémunérer la totalité de l'activité professionnelle. C'est entre autres pour cette raison que les objectifs de globalité et de continuité des soins ont beaucoup de mal à être atteints.

De plus, le paiement à l'acte favorise la dispensation de services dont l'utilité peut être contestée. Les médecins Québécois eux-mêmes, dans une enquête qui a été faite il y a un peu plus de deux ans, ont indiqué dans une très forte proportion que le paiement à l'acte était le mode de rémunération qui les incitait le plus à faire des actes inutiles. Le paiement à l'acte, par ailleurs, est très contraignant; il est intéressant de constater, à travers diverses enquêtes, que d'une part la population se plaint que les médecins sont trop occupés, qu'ils n'ont pas assez de temps pour parler, que cela prend trop de temps pour obtenir un rendez-vous, qu'une fois chez le médecin on ne peut pas y rester plus que quelques minutes, etc. Et, d'autre part, que les médecins se plaignent de ne pas pouvoir faire une médecine plus lente, ne pas pouvoir passer autant de temps qu'ils le voudraient avec chacun de leurs patients. Ils ont l'impression d'être coincés entre des réalités économiques qui les obligent à exercer une médecine rapide, ponctuelle et l'idée de ce que serait une médecine plus humaine, plus libre dans laquelle leurs compétences pourraient s'exercer pleinement. Cette incompatibilité du paiement à l'acte avec l'atteinte des objectifs de qualité et de continuité des soins a déjà été dénoncée à de nombreuses reprises.

De la même façon, le financement des hôpitaux par budget global sans qu'il n'existe de véritables stimulants à une administration efficace et sans mécanismes d'évaluation des performances, entraîne des conséquences paradoxales surtout quand, de périodes en périodes, les déficits accumulés sont comblés. Il semble qu'il y ait dans le système une incitation implicite à une administration hospitalière qui ne soit pas optimale.

Au titre des contraintes juridiques, pensons aux effets sur la division du travail et sur la motivation au travail du Code des professions et à celles que l'on peut relier au cadre réglementaire créé par le jeu des négociations des conventions collectives.

Nous venons de décrire les facteurs qui influencent les agents à l'intérieur du système de soins. Il s'agit en quelque sorte de ce qui se passe à l'intérieur du bateau. Cette analyse est toutefois insuffisante pour comprendre comment évolue le système de soins. Il faut aussi analyser les forces qui pèsent sur lui, c'est-à-dire à la fois la force du vent qui s'exerce sur le bateau et la résistance de l'ancre (figure 3).

Les forces expansionnistes qui pèsent sur le système de soins peuvent être divisées en trois grandes catégories. Il y a d'abord l'évolution de la morbidité, c'est-à-dire non seulement le fait qu'il y a plus de personnes malades, ou plus de personnes ayant des maladies plus graves comme cela est le cas quand une population vieillit, mais aussi qu'il y a élargissement de ce que l'on peut faire pour chaque personne malade.

La deuxième force expansionniste est le développement technologique. Il s'agit là d'une force excessivement importante qui probablement est celle qui exerce les plus grosses pressions sur le système de soins. Par développement technologique, on ne veut pas simplement indiquer le développement de la technologie en tant que telle mais aussi indiquer la croyance dans l'efficacité de la médecine à pouvoir régler tous les problèmes de santé. Il s'agit moins de savoir si une technologie est efficace que d'être convaincu de son efficacité. Le développement technologique est aussi important parce qu'il établit une jonction avec le monde marchand.

C'est à travers le développement technologique que les valeurs du monde marchand introduisent des logiques de marché dans le système de soins qui normalement devrait obéir à des logiques de santé. On conçoit facilement que les motivations des producteurs de technologies médicales ne soient pas la santé des populations mais bien le profit ou le développement de leur entreprise. La santé de la population est la justification du développement de leurs produits et non pas la motivation de leur entreprise. De plus, le développement technologique est intimement lié au phénomène de médicalisation qu'on observe dans notre société. De plus en plus de problèmes sociaux, de problèmes de société sont vus comme étant des problèmes auxquels le système de soins devrait trouver une réponse. Le développement technologique est de plus associé à l'élargissement des exigences éthiques de notre société, au désir de maintenir une équité face à l'utilisation des services de santé. Plus la technologie se développe, et plus la population et la société sont convaincues qu'il existe des traitements efficaces pour traiter tel ou tel problème de santé, moins il sera possible à une collectivité de rationner ses services et de les distribuer en fonction de la capacité de payer des individus.

L'ensemble de ces forces associé aux pressions qui pèsent sur les agents du système de soins devrait avoir des effets fortement inflationnistes, effets qui au Québec ne se sont pas manifestés à cause de l'efficacité des mécanismes de contrôle existants, qui sont essentiellement des mécanismes de rationnement des ressources humaines et physiques, des mécanismes de contrôle du financement et l'existence d'une éthique professionnelle remarquable.

Nous avons indiqué précédemment combien ces mécanismes de contrôle avaient été efficaces mais aussi qu'ils ne pourraient vraisemblablement pas continuer à s'exercer de la même façon dans les années qui viennent. Mais dans tout cela, où sont nos objectifs de santé? Progrèsse-t-on dans la direction de notre fle merveilleuse? Nous devons à ce stade-ci constater qu'il est difficile de répondre à cette question surtout quand on ne sait pas précisément où est l'endroit où l'on veut aller. En effet, que savons-nous sur la santé des populations? quelles informations sont disponibles pour nous renseigner sur cette santé et peut-être encore plus pour nous permettre d'apprécier notre progression vers une amélioration de l'état de santé? que connaissons-nous sur l'efficacité des services de santé? Un rapide tour d'horizon des systèmes d'information existants au Québec nous oblige à constater que le système est fortement pour ne pas dire uniquement orienté sur son fonctionnement et non pas sur ses résultats. Tous les systèmes d'information disponibles sont des systèmes de nature administrative qui ont été faits pour connaître le fonctionnement du système et pour le contrôler. Pensons particulièrement au système d'information MED-ECHO qui nous renseigne exclusivement sur les services fournis aux différents patients durant leur séjour hospitalier; aux statistiques de la Régie de l'assurance-maladie qui nous donnent une information extrêmement détaillée sur les différents services de santé qu'ont fournis les différents professionnels de la santé au Québec mais qui n'est même pas en mesure de nous indiquer avec précision le diagnostic des patients qui ont été traités.

On constate aussi que relativement peu d'efforts ont été faits jusqu'ici pour colliger d'une façon systématique et organisée des informations sur la santé des populations et sur les aspirations de la population

en termes de santé. Je ne parle pas simplement des systèmes formels d'information mais aussi des mécanismes qui permettraient aux désirs des populations de s'exprimer dans le choix des services qu'elles voudraient obtenir. Ainsi, en l'absence des critères qui nous permettraient d'apprécier dans quelle mesure le système de soins progresse vers ses objectifs, on comprend facilement que la tentation ait été forte d'intervenir sur le visible, c'est-à-dire sur les coûts, sur les ressources et dans une certaine mesure sur les services, interventions qui ne peuvent pas être évaluées en regard des résultats puisque nous n'avons pas les outils permettant de mesurer ces résultats.

C. Conclusion: la Commission Rochon un espoir ?

C'est probablement dans ce contexte qu'il convient de situer la création de la Commission Rochon et l'importance des recommandations qu'elle sera amenée à faire dans les mois qui viennent. Pour reprendre l'image du début, la Commission Rochon est peut-être l'escorteur qui apparaît au loin et qui s'approche de notre navire un peu désemparé. On sait qu'il a à bord la boussole que l'on avait oubliée et aussi peut-être la position précise de l'île merveilleuse qui est le but du voyage. Cette boussole et cette carte ne vont certes pas diminuer la force du vent qui souffle, ni magiquement maintenir en place l'ancre qui dérape. Mais on peut raisonnablement croire que ces informations vont permettre d'une part au capitaine de reprendre avec vigueur le commandement de son navire et à tout l'équipage de travailler à nouveau de façon cohérente pour diriger le bateau vers cet endroit que tout monde veut atteindre. Et d'autre part, elles vont rassurer les passagers qui sont de plus en plus inquiets et peut-être même les amener à participer à la bonne marche du bateau.

FIGURE I
DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

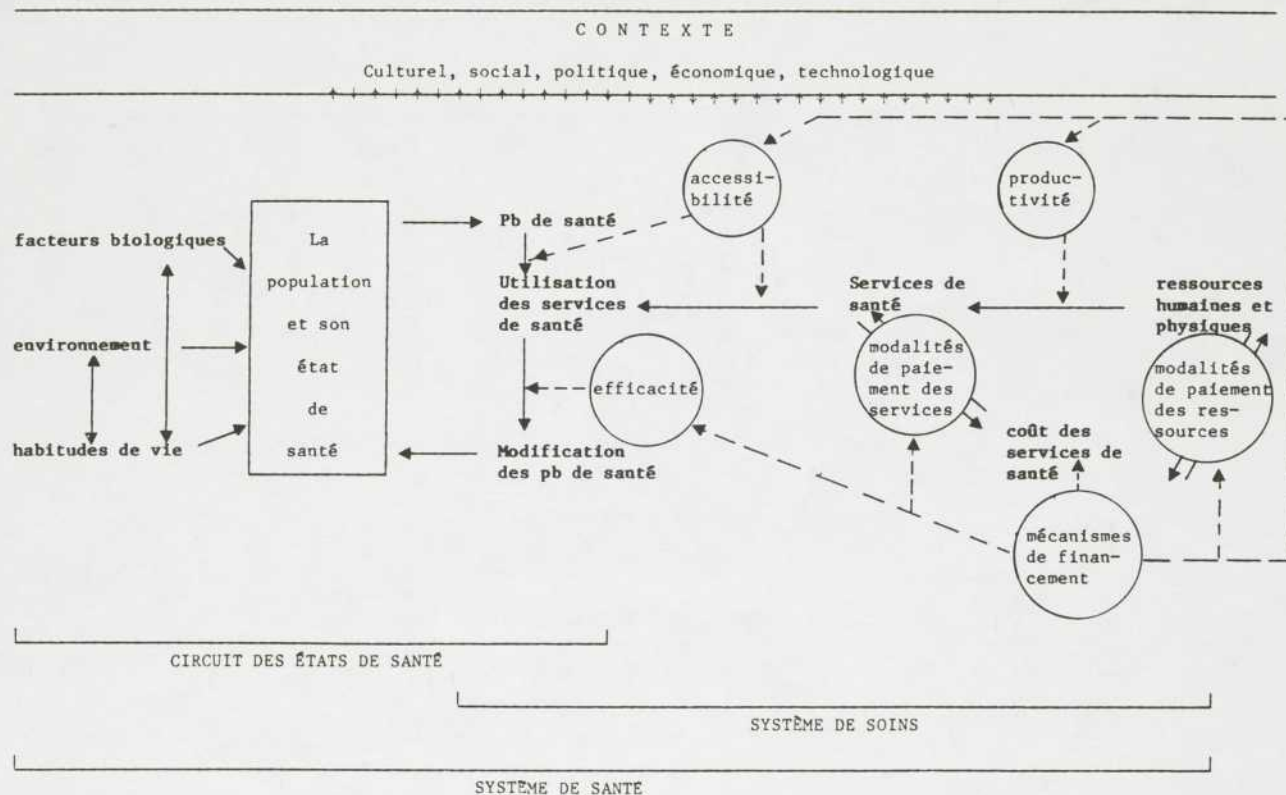


FIGURE II
LES POLITIQUES SANITAIRES

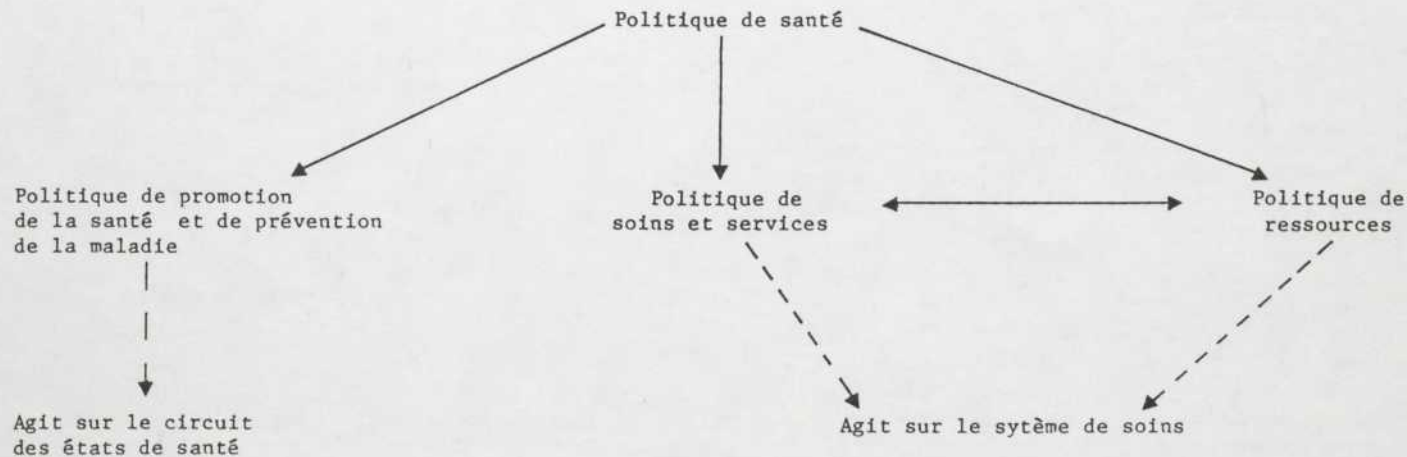


FIGURE 3
LA RÉGULATION DU SYSTÈME DE SOINS

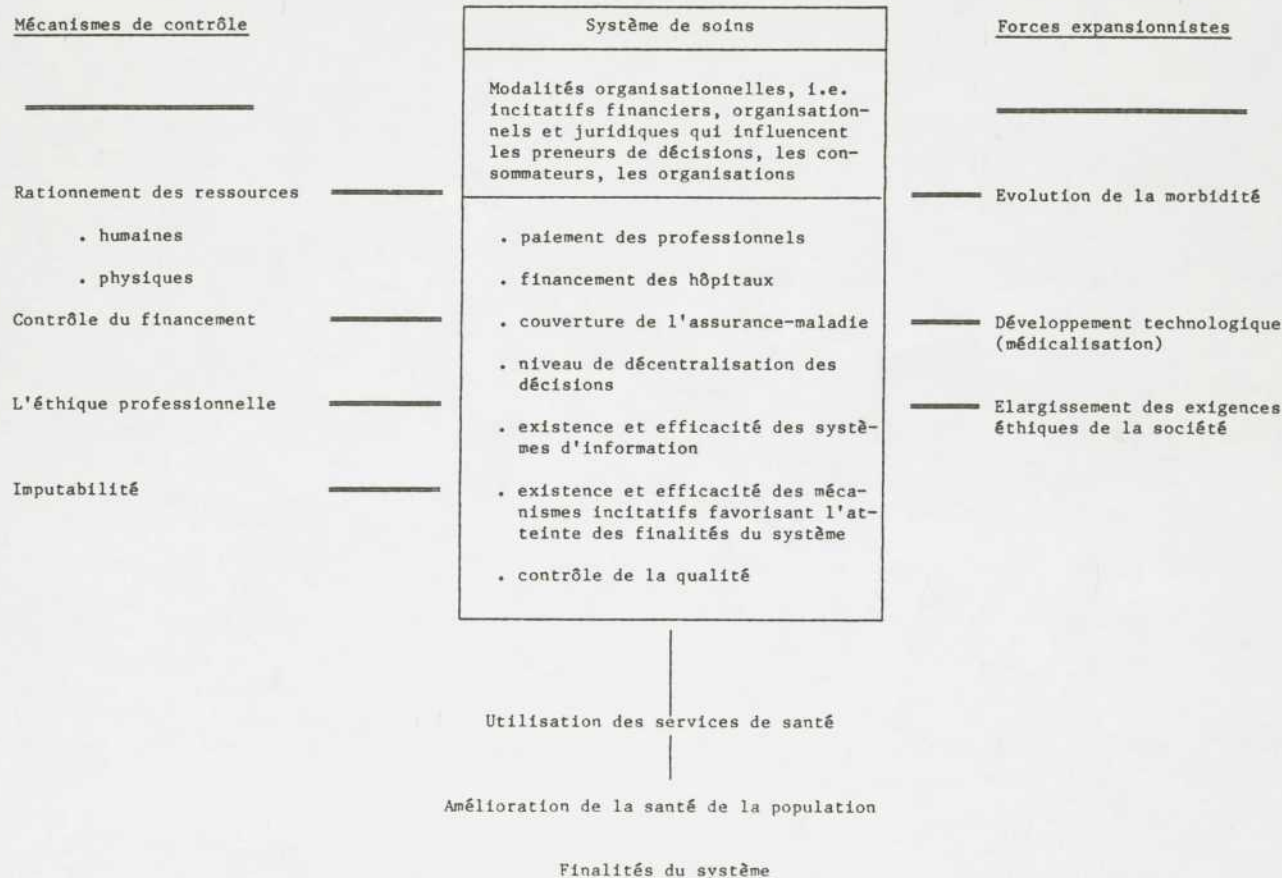
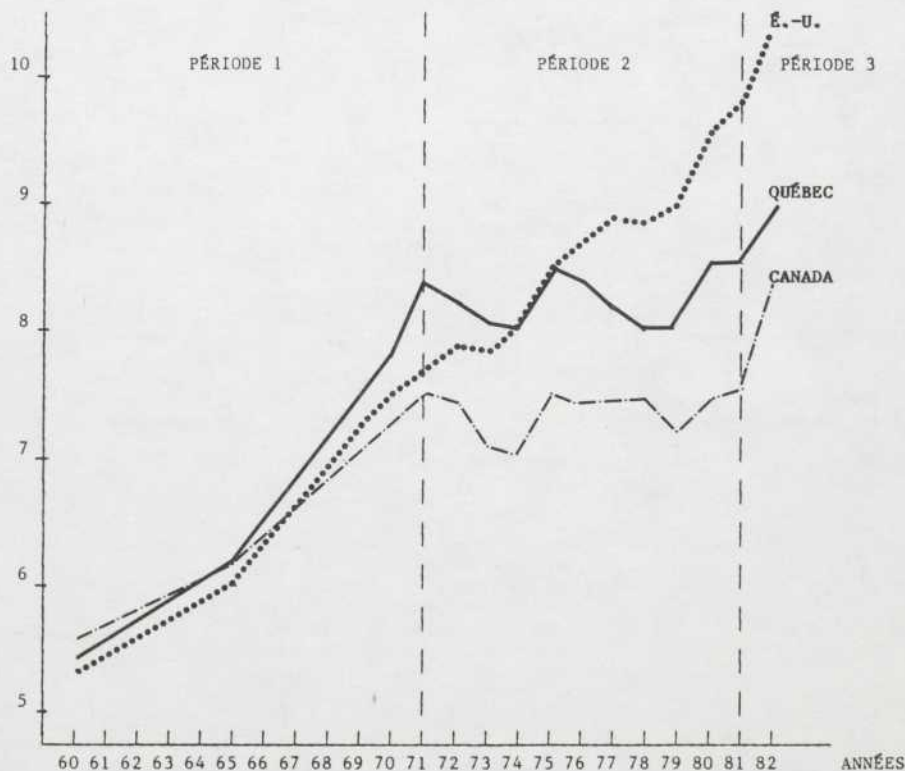


TABLEAU 1

PART DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LE PRODUIT NATIONAL BRUT:
QUÉBEC, CANADA, ÉTATS-UNIS, 1960-1982

% du PNB



Source: Evolution, composition et comparaison des coûts du système de santé québécois, GRIS, R85-04
Faculté de Médecine, Université de Montréal, 1985.

TABLEAU 2

TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ
DANS LE PRODUIT NATIONAL BRUT: QUÉBEC, CANADA, ÉTATS-UNIS

	ÉTATS-UNIS	CANADA	QUÉBEC
PÉRIODE 1 (1960-71)	3,45%	2,69%	4,10%
PÉRIODE 2 (1971-81)	2,44%	0,13%	0,12%
PÉRIODE 3 (1981-82)	7,14%	10,5%	5,9%

Source: Evolution, composition et comparaison des coûts du système de santé québécois, GRIS, R85-04, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 1985.

TABLEAU 3
ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LE P.I.B.
DE DIFFÉRENTS PAYS DE 1975 À 1982

Pays	Part des dépenses totales de santé dans le P.I.B.		%
	1975	1982	
Allemagne	8,1	8,1	1,2
Belgique	5,4	6,4	18,5
Canada	7,4	8,2	10,8
Espagne	5,1	6,2	21,6
Finlande	6,3	6,8	7,9
Japon	5,7	6,7	17,5
Pays Bas	8,1	9,1	12,0
Royaume Uni	5,5	5,9	7,3
Québec	8,6	9,0	4,6

Sources: Evolution, composition et comparaison des coûts du système de santé québécois, GRIS, K85-04, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 1985.

TABLEAU 4

TAUX ANNUELS MOYENS DE CROISSANCE DU COÛT DES SERVICES HOSPITALIERS,
DES SERVICES MÉDICAUX ET DU P.N.B. PER CAPITA DE 1972 À 1982

	Québec	Canada	États-Unis	France
Services médicaux	9%	10,9%	12,5%	15%
Services hospitaliers	13,5%	13,7%	13,5%	18,7%
P.N.B.	11,6%	11,6%	8,8%	12,9%

33

Source: Poulrier, J.P., Sandier, S. Les politiques de Santé Etrangères, Systèmes de santé, pouvoirs publics et financiers: qui contrôle quoi? Organisation et performances des systèmes de santé. comparaison internationale. Commissariat général au plan, 1985.

Bibliographie

COCHRANE, Archibald L., L'inflation médicale: réflexion sur l'efficacité de la médecine, Paris, Editions Galilée, 1977, 185 p.

DUBOS, René J., Mirage de la santé: essai, Paris, Denoël, 1961, 234 p.

ILLICH, Ivan, Némésis Médicale, Paris, Seuil, 1975, 222 p.

LALONDE, Marc, Nouvelle perspective de la santé des canadiens, Ottawa 1974, 82 p.

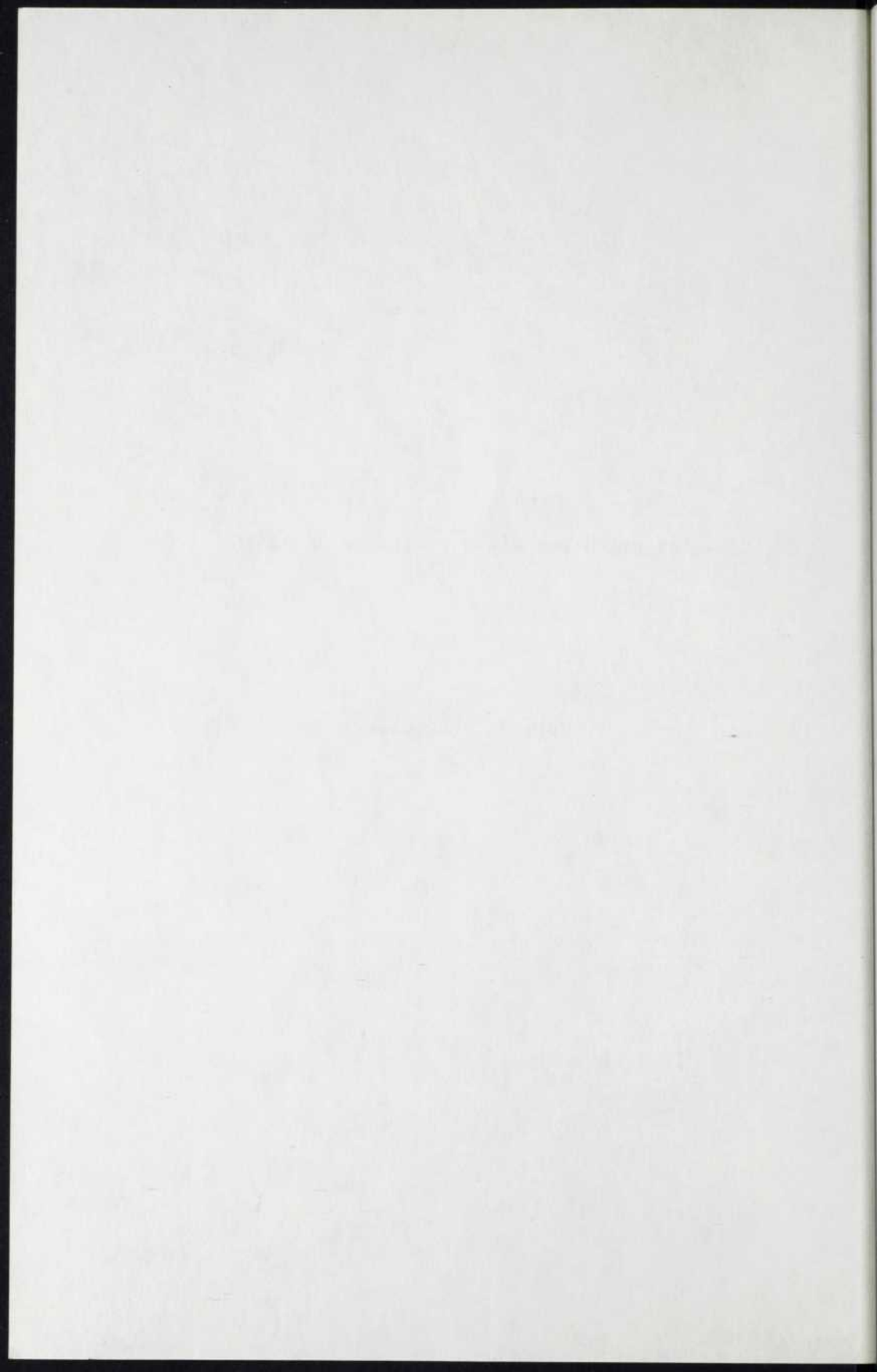
Conseil des Affaires Sociales et de la Famille du Québec, Objectif Santé Québec, Les Publications du Québec, 1984, 217 p.

U.S. Department of Health, Education and Welfare, Healthy People, Washington, Dc., 1979, 177 p.

Organisation Mondiale de la Santé, ALMA ATA, 1978, Les soins de santé primaires, Genève, OMS, 1978.

Les principes d'une politique de santé

Georges Desrosiers



Si on entend par politique de santé une action collective concertée en vue d'améliorer la santé de la population soit par la lutte contre certaines maladies, par l'amélioration des conditions de vie ou par la promotion d'habitudes de vie saines, on peut affirmer qu'il y a eu des politiques de santé depuis l'antiquité. L'assainissement du milieu chez les Romains, la quarantaine au moyen âge, l'hygiène publique avec Chadwick dans l'Angleterre de XIXe siècle, les services de vaccination du début du XXe siècle, les campagnes de promotion de la santé des dernières années en sont des exemples.

Si on peut dire que ces politiques reposaient souvent sur des définitions de la santé réductrices et qu'elles ne visaient qu'une partie de la population, on ne peut pas dire qu'il n'y en avait pas et qu'on innove tout à fait dans les années 1980 quand on parle de mettre en oeuvre une politique de santé.

Nous nous proposons, dans cet exposé, de définir l'objet d'une politique de santé et ensuite de montrer les conséquences qui en découlent autant au plan de l'organisation de la société en général que du système de soins en particulier.

Comme je viens de le mentionner, une politique de santé peut se définir comme une action collective concertée en vue d'améliorer la santé de la population. Cet énoncé comporte quatre composantes qu'il y a lieu de préciser: action collective concertée, santé, population, amélioration.

Une politique de santé suppose en premier lieu l'intervention de l'État pour en établir le contenu et en préciser les modalités de réalisation. Cela n'exclut pas des initiatives privées, mais à l'intérieur de ce cadre collectif.

Politique de santé et définition de la santé

Toute politique de santé repose sur une certaine définition de la santé, quelle soit explicite ou implicite. On a longtemps défini la santé comme l'absence de maladie. Les conséquences d'une telle définition sont de mettre l'accent sur la réparation presque exclusivement. En 1948, l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Pour sa part, le grand biologiste américain René Dubos considère la santé comme la parfaite adaptation de l'homme à son milieu. Plus près de nous, le Conseil des affaires sociales et de la famille a repris à son compte cette définition de Dubos en précisant qu'un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu et de se consacrer pleinement à son ou à ses projets. Il s'agit donc d'une définition centrée sur la notion d'autonomie et de capacité fonctionnelle, qui peut être mesurée par un indicateur de santé, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation de ses activités. Il ne faut cependant pas attacher à ces différentes définitions de la santé une valeur absolue. On peut faire beaucoup pour améliorer la santé en se référant à une définition réductrice et on peut aussi faire peu en invoquant une définition élargie. Tout dépend de l'importance qu'on accorde aux autres termes de l'énoncé. Autrement dit, tout dépend de l'intention. Les définitions explicites de la santé ont une fonction idéologique, dans ce sens qu'elles font partie d'un discours qui tend à justifier des situations de faits. Elles peuvent souvent servir de paravent.

Une politique de santé s'applique à une population. Qu'entend-t-on par population? Est-ce que ce sont tous les citoyens d'un pays ou d'une région indépendamment des caractères de race, d'âge ou de classe sociale? Une abondante documentation révèle que dans la plupart des pays, dans les faits, les politiques de santé ont rarement été conçues pour atteindre tous les citoyens également. Il faut se rappeler que le système de santé en tant qu'institution sociale d'une société donnée reproduit inévitablement dans ses objectifs réels et dans ses structures

les rapports de classes qui existent dans la société en général. La santé est-elle considérée comme un bien que chaque citoyen a la responsabilité de se procurer lui-même, tenant compte des ressources dont il dispose comme c'est le cas aux Etats-Unis ou encore comme un droit que la collectivité doit garantir à chacun comme on le proclame au Canada? Evidemment, on parle ici du droit aux moyens pour améliorer la santé et non pas de la santé en soi. L'exercice d'un tel droit suppose deux conditions fondamentales, la première est l'égalité d'accès aux soins que la société met à la disposition de ses membres, la deuxième est l'égalité d'accès aux moyens qui permettent de réduire les facteurs de risque. Cette deuxième condition touche au champ des comportements individuels et collectifs. Par comportements collectifs, nous entendons toute action de l'homme sur le milieu physique et social dont certaines comportent des risques pour la santé. Il y a une abondante littérature qui démontre l'effet nocif sur la santé de la pollution industrielle, du mode d'organisation du travail, du chômage, de la pauvreté, pour n'en nommer que quelques-uns. Il est aussi démontré que les situations sociales influencent les comportements individuels à risque comme l'usage du tabac, l'abus d'alcool, le manque d'exercice, le déséquilibre alimentaire, le surmenage.

C'est dire qu'une véritable politique d'amélioration de la santé pour tous doit nécessairement reposer sur le droit au travail, à un revenu minimum décent, à des conditions de travail adéquates, à un milieu physique sain et à d'autres conditions sociales qui favorisent l'épanouissement de la personne.

L'amélioration de la santé constitue la dernière composante de notre énoncé. Pour améliorer l'état de santé de la population, il faut le connaître, connaître les facteurs de risque et leur mode d'action sur la santé. Il faut préciser ce qu'on vise, quels sont les moyens qu'on propose pour les atteindre, dans quel espace de temps, et se donner les moyens pour mesurer les résultats obtenus. Il faut aussi tenir compte des ressources du pays et décider du pourcentage de la richesse collective qu'on est prêt à réserver pour cette entreprise, car la santé a un prix, comme disent les économistes. Cela suppose la maîtrise collective

du développement et de l'orientation de plusieurs secteurs clés de la vie collective dont, bien entendu, le système de soins en est un, mais pas nécessairement le plus important. Il serait difficile de penser qu'on puisse avoir une politique d'amélioration de la santé pour tous dans un système politico-économique complètement privé où l'État n'aurait qu'une fonction de réglementation.

Si on s'accorde pour établir comme but ultime d'une politique de santé l'amélioration de la santé pour tous, compte tenu des ressources du pays, en prenant le mot santé dans son sens élargi et en tenant compte de l'ensemble de ses déterminants, il en découle un certain nombre de conséquences pour la formulation et la mise en route d'une telle politique dont je me propose de traiter maintenant.

Formulation d'une politique de santé

Compte tenu du caractère plurisectoriel des déterminants de la santé, une politique de santé ne peut pas être cantonnée uniquement dans les limites étroites du ministère de la santé et du système de soins, autant pour sa formulation que pour sa réalisation. La structure de planification et de surveillance qui la supporte doit avoir elle-même une composition plurisectorielle, incluant au moins les secteurs de la santé, de l'environnement, de l'éducation et de la main-d'oeuvre et avoir accès au plus haut niveau de décision politique. L'histoire nous enseigne que les périodes où la santé publique a le plus progressé dans un pays, ont donné lieu à des constats de la situation sanitaire et de ses déterminants au plus haut niveau politique et à une intervention partant de ce même niveau. Pensons à l'Angleterre du XIXe siècle avec la mise en route d'une politique d'hygiène du milieu, à la politique de santé de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques des années 1920, et au grand bond en avant de la santé publique à Cuba dans les années 1960.

En ce qui a trait au système de soins lui-même, j'ai l'intention de me concentrer sur quatre aspects qui le touchent, soit la concertation, l'accent sur les soins généraux par rapport aux soins spécia-

lisés, l'implication de la masse des citoyens profanes et le financement. Il va de soi que le système de soins ne peut participer efficacement à la mise en route d'une politique de santé que s'il est structuré de façon à favoriser la cohésion et la concertation. Cela suppose l'intégration de ses différents éléments. Un des obstacles à cette intégration est le statut qu'ont en général les médecins dans le système de santé, celui d'entrepreneurs indépendants. En effet, le fait d'être des entrepreneurs indépendants à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital permet aux médecins d'avoir leurs propres objectifs et de choisir à leur gré les moyens qu'ils jugent utiles pour les réaliser. Une telle situation est souvent conflictuelle et rend difficile, sinon impossible dans plusieurs cas, la réalisation des objectifs de l'ensemble du système de soins. Donc, cette concertation nécessaire, suppose la suppression du statut d'entrepreneurs indépendants des médecins et leur intégration comme salariés dans les différentes structures du système de soins au même titre que les autres professionnels.

Comme nous l'avons vu, une politique de santé vise principalement à modifier les comportements à risque, qu'ils soient collectifs ou individuels. Il va de soi que, pour participer à la réalisation de cet objectif, le système de soins doit mettre l'accent sur les soins généraux et les structures qui les supportent plutôt que sur les soins spécialisés et ultraspecialisés, comme on l'a fait jusqu'à maintenant depuis 25 ans. Les principaux obstacles à surmonter à cet égard sont l'hospitalocentrisme qui caractérise le système de santé québécois et le professionnalisme. Celui qui s'intéresse à l'analyse comparée des systèmes de santé, constate avec étonnement que le Québec est l'une des régions du monde où l'hospitalocentrisme est le plus marqué. Nous entendons par hospitalocentrisme le fait de confier à l'hôpital général des responsabilités qui pourraient être confiées à d'autres structures plus appropriées. Les soins ambulatoires et la santé communautaire en sont des exemples.

Une des manifestations les plus frappantes et les plus typiques de l'hospitalocentrisme qu'on ne retrouve nulle part ailleurs dans le monde de façon aussi marquée, est le rôle joué par les omnipraticiens

dans l'hôpital général. Au Québec, les omnipraticiens se sont historiquement regroupés en syndicats pour protéger leur clientèle menacée par la montée des spécialistes, en contestant le pouvoir de ces derniers dans leur propre château-fort, l'hôpital général. Grâce à une conjoncture favorable dans les années 60, ils ont réussi le tour de force de s'y imposer même dans les hôpitaux universitaires des grandes villes, surtout dans les services d'urgence, et de faire consacrer cet état de fait par la législation. Installé dans l'hôpital général, l'omnipraticien adopte dans sa pratique les comportements exigés par ce milieu où domine la haute technique et un personnel très spécialisé et où la réparation est à peu près l'unique préoccupation. Il y accomplit une partie de la tâche qu'il pourrait faire dans un autre contexte (le cabinet, la polyclinique ou le centre de santé). Ce choix d'organisation du travail médical comporte un coût technique et financier qu'il faudrait évaluer éventuellement.

Le Québec se caractérise aussi par un professionnalisme très poussé, encouragé par la structure d'organisation professionnelle traditionnelle qui a été renforcée par la législation du début des années 1970. Considéré sous l'aspect de la formation, le professionnalisme pousse les différentes professions de la santé, qui ont une autonomie presque complète dans l'établissement du contenu des programmes de formation, à augmenter ces contenus et à allonger la durée des études professionnelles, leur permettant ainsi de rehausser leur statut professionnel et d'asseoir leur pouvoir au sein du système. Cela a pour conséquence d'attiser les luttes interprofessionnelles pour la protection des clientèles et de rigidifier le système quand la souplesse serait absolument nécessaire. Ce choix d'organisation professionnelle comporte lui aussi un coût technique et financier qu'il faudrait éventuellement évaluer.

Pour améliorer le système, il faudrait évacuer de l'hôpital général tous les soins ambulatoires qui ne requièrent pas un personnel médical et paramédical hautement spécialisé, sauf dans les régions éloignées où la division du travail est moins poussée. Il faudrait

parallèlement réorganiser et renforcer le réseau des services de soins ambulatoires extra-hospitaliers de façon à rendre plus cohérents les différents éléments qui le composent, pour qu'il puisse représenter un pouvoir important dans le système et faire contrepoids au pouvoir hospitalier. Présentement, les cabinets, les polycliniques et les C.L.S.C. forment des groupes disparates, sans liens fonctionnels les uns avec les autres, sans objectifs communs, aux intérêts divergents, formés de personnels très différents au plan des tâches et de la compétence. Par exemple, tandis que les C.L.S.C. favorisent le travail d'équipe pluridisciplinaire et une répartition des tâches plus en accord avec le niveau de formation exigé, mais là aussi soumise aux influences du professionnalisme, on observe le contraire dans les polycliniques et les cabinets. Les médecins s'y retrouvent à peu près seuls, puisqu'en plus des obstacles liés au professionnalisme, le système de financement décourage le recrutement d'un personnel professionnel autre que strictement médical. Pour ce faire, comme nous l'avons déjà mentionné, la suppression du statut d'entrepreneurs indépendants pour les médecins constitue une condition préalable. Tous les médecins omnipraticiens devraient être intégrés dans les C.L.S.C. ou dans des centres de soins publics. Ces centres devraient constituer l'unique porte d'entrée vers les services plus spécialisés en milieu hospitalier, sauf dans les cas de grandes urgences.

D'autre part, pour corriger les excès du professionnalisme, il faudrait assouplir la réglementation professionnelle qui érige des barrières strictes entre les champs professionnels et aussi faire en sorte que le contenu des programmes de formation professionnelle ne soit pas confié exclusivement aux seuls membres d'une profession donnée.

Participation du public

Une politique d'amélioration de la santé pour tous ne peut se concevoir et se réaliser sans que la population visée ne soit amenée à participer, puisque son succès dépend de la volonté de cette population de s'y soumettre. La participation peut prendre différentes formes. Ce peut être de rapprocher le pouvoir de décision politique des citoyens

par la régionalisation. Cette régionalisation doit répondre à trois conditions: avoir un caractère multisectoriel, reposer sur un pouvoir politique légitimé par une représentation populaire et avoir une certaine autonomie financière par un pouvoir de taxation propre. Ces trois conditions constituent la base du système de régionalisation de la Suède, pays qui ressemble au Québec à plusieurs égards comme l'étendue, la population, le niveau socio-économique. En Suède, l'administration régionale est responsable de la santé, de l'éducation, de la protection de l'environnement et du bien-être social. La structure bureaucratique et professionnelle est directement sous l'autorité du pouvoir politique. A notre avis, les principes à la base de la régionalisation dans ce pays pourraient être retenus pour le Québec avec les adaptations nécessaires. Nous croyons que la fonction santé communautaire pourrait être rattachée avantageusement à une telle structure régionale.

Une autre forme que peut prendre la participation est l'implication des citoyens profanes dans l'administration des établissements de soins et à l'élaboration et la réalisation des programmes dont ces derniers sont responsables.

La participation des citoyens à l'administration des établissements de soins au Québec remonte au XIX^e siècle avec la création des premiers hôpitaux laïques dont les conseils d'administration étaient formés de notables. Mais ce n'est vraiment que depuis 1972 avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, exception faite des quelques cliniques populaires des années 60, que les conseils d'administration des établissements socio-sanitaires se sont ouverts à une certaine participation populaire. Par ailleurs, elle a été assez limitée puisque complètement exclue dans les polycliniques médicales, limitée et facilement neutralisée dans les hôpitaux et les autres établissements d'hébergement et plus étendue dans les C.L.S.C. Si on parle maintenant de participation à l'élaboration et à la réalisation des programmes, on ne la retrouve que dans les C.L.S.C. et de forme et d'intensité variables selon le bon vouloir des directions et des professionnels en place. De l'avis de plusieurs chercheurs qui ont étudié le sujet, cette forme de participation a été un échec dans la mesure où

elle avait pour but d'amener les citoyens ordinaires représentatifs des bénéficiaires à prendre une part significative aux décisions et de rapprocher les administrations et les professionnels de ces derniers.

La participation n'est pas une fin en soi. Elle est utile, voire nécessaire, dans la mesure où elle aide les gens à modifier leurs comportements et à utiliser le plus judicieusement possible les soins mis à leur disposition. Cela passe par une négociation entre représentants des citoyens ou des bénéficiaires et les bureaucrates et les professionnels des établissements. Une négociation ne peut avoir lieu que s'il y a un certain équilibre de pouvoir. Or présentement le pouvoir est partagé à l'intérieur des établissements entre les bureaucrates et les professionnels exclusivement. Les représentants des citoyens n'auront de pouvoir réel que si trois conditions sont réunies. D'abord, il leur faut une représentation adéquate dans les conseils d'administration, qui devrait être majoritaire. Il leur faut une légitimation qui ne peut provenir que d'un mandat issu d'associations populaires, syndicats et autres. Enfin, il faut réduire la distance qui continue de séparer professionnels et bénéficiaires, notamment ceux qui font partie des groupes les plus à risque. Notre système découle d'une conception élitiste, clientéliste qui remonte au moins au XIXe siècle. Les services sont offerts par des spécialistes. Il appartient aux citoyens qui le désirent de s'en prévaloir. Les plus riches et les plus instruits y ont toujours eu un accès plus facile. L'introduction du financement public et la quasi-disparition des frais directs n'ont pas changé fondamentalement cette réalité. Pour réduire cette distance, il faut démystifier le plus possible les soins, la médecine. Cela ne peut se faire que par un large accès à l'information et par un recours à un personnel le plus près possible des citoyens ordinaires, ce qui suppose de faire accomplir les différentes tâches par les personnels qui ont la formation minimale exigée, mais pas plus. Cette approche, il va sans dire, va à contre-courant du professionnalisme actuel. Mais c'est celle qui est préconisée par l'Organisation mondiale de la santé, entre autres.

Financement des services

Au chapitre du financement, il faut distinguer entre mode de financement et maîtrise des coûts. Le mode de financement ne doit en aucun cas constituer un obstacle à l'accès aux moyens propres à réaliser l'objectif de santé pour tous, c'est-à-dire l'égalité d'accès aux soins et aux moyens de réduire les facteurs de risque. Comme le mode de financement privé qui s'inspire d'une philosophie libérale est inégalitaire par définition, il doit être rejeté en faveur du mode de financement public qui est fondé sur le principe de la solidarité.

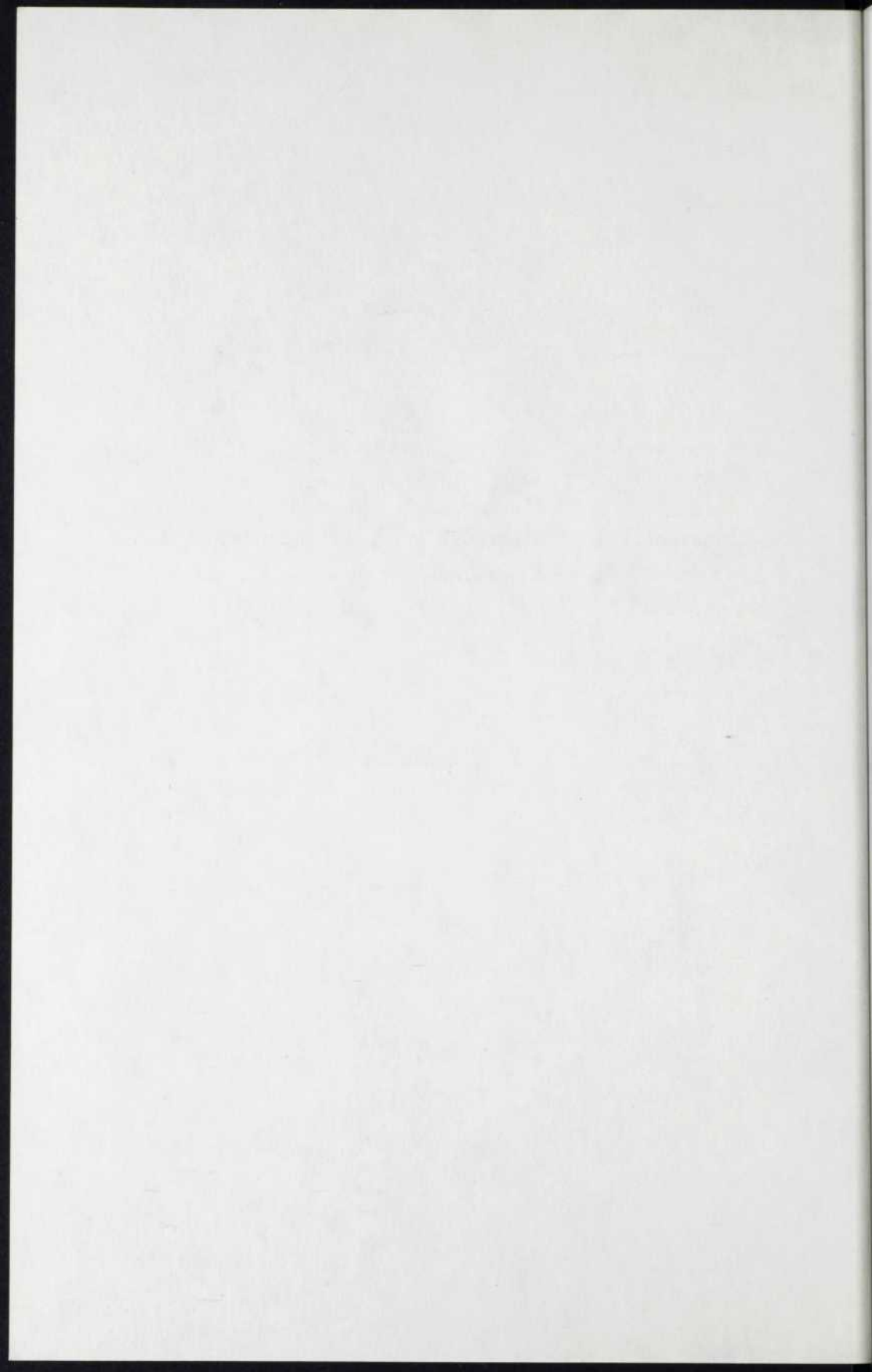
Quant à la maîtrise des coûts, il est bien connu qu'elle peut se faire en agissant sur l'offre des services. Il est moins évident qu'elle puisse se faire en agissant sur la demande à cause de la valeur que les citoyens attachent au bien santé. Lorsqu'on tente d'agir sur la demande, ce sont en général les citoyens à plus faibles revenus qui sont touchés, les autres pouvant se payer directement ou par le moyen d'assurances privées les services qu'ils désirent. Cette méthode ne s'applique d'ailleurs qu'aux services publics, les services privés étant laissés au libre fonctionnement du marché. Il ne faut pas être dupe d'une politique de réduction des dépenses publiques et de création d'un secteur privé parallèle compensatoire qui est présenté comme un moyen de réduire une demande dite abusive.

Conclusion

Nous avons tenté de montrer les implications d'une véritable politique de santé pour tous, à la fois sur la société en général et sur le système de soins. Nous ne nous attendons pas à ce que toutes les conséquences que nous avons décrites soient acceptées d'emblée et surtout mises en application à court terme. Notre but est d'inciter ceux qui se penchent présentement sur notre système de santé à une réflexion en profondeur afin de percevoir l'enjeu d'une véritable politique de santé pour tous.

D'une politique de soins à une politique de santé:
les conversions nécessaires

Roger Gosselin



Depuis qu'on m'a invité à présenter quelques réflexions sur ce sujet, j'ai toujours éprouvé un certain malaise. Je le ressens aujourd'hui tout autant qu'il y a trois ou quatre mois quand cette journée a commencé à prendre forme. C'est comme si quelqu'un m'obligeait à prendre conscience soudainement que ce que j'ai vécu d'expériences nombreuses, surtout avec les gestionnaires d'hôpitaux, depuis bientôt 20 ans, n'avait plus aujourd'hui la même valeur ou la même priorité. Pendant tout ce temps, j'aurais travaillé davantage au niveau de la gestion des soins et services- bref de la gestion de la maladie- plutôt qu'à celui de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé. C'est comme si j'avais aidé à gérer efficacement le "garage", plutôt que travaillé à l'étape "préalable" de la conception de la voiture et des circuits routiers. Devant un tel constat, je dois donc commencer à me convertir.

Cette prise de conscience m'envahit aussi comme responsable du département d'administration de la santé. Ce département existe depuis 27 ans. Malgré son appellation, il me semble qu'il a contribué à former bien davantage des gestionnaires de soins et services, que de véritables gestionnaires de la santé. Si demain notre personnel et nos programmes devaient s'orienter vers l'administration de la santé, il nous faudrait faire une véritable révolution. Nous devons tout au moins reconnaître qu'il y a là aussi des conversions nécessaires.

Nous parlons aujourd'hui de conversions. La conversion centrale de laquelle toutes les autres vont découler, c'est de changer de cap, de changer de tir, de se préoccuper d'abord, en tout cas bien davantage, de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, plutôt que de la gestion de la maladie comme on a tendance à le faire presque uniquement. Si nous parlons de conversion vers la santé, ce serait donc que cette idée centrale n'existait pas de façon aussi explicite

auparavant. Pourtant ce n'est pas le cas. L'emphase que nous mettons aujourd'hui sur la finalité "santé" existait déjà et de façon très claire, lors de la parution du volume IV en 4 tomes de la Commission Castonguay, en 1970, quatre ans avant la parution du célèbre rapport de Marc Lalonde, Nouvelle perspective de la santé des canadiens (1974). Ce volume IV, vous vous en rappelez, était intitulé LA SANTÉ, pas les soins, ni les services. Les 4 tomes totalisaient plus de 900 pages. Il n'y a pratiquement pas une page, surtout dans les tomes II, III et IV où le mot SANTÉ n'apparaît pas au moins 5 fois. Les propositions de la Commission concernant les structures font mention d'organismes, de départements et de sections qui devaient assumer d'importantes responsabilités de SANTÉ PUBLIQUE. Et alors la question que je continue à me poser est la suivante:

Comment se fait-il que cette préoccupation centrale de la Commission pour la SANTÉ ne s'est pas "matérialisée" dans un véritable SYSTEME DE SANTÉ? Comment se fait-il que notre système a continué à s'orienter davantage vers la dispensation des soins que vers la véritable promotion de la santé physique et mentale des individus et des collectivités?

Cette question m'amène nécessairement à en soulever deux autres:

Si nous voulons participer à l'implantation d'un système de santé, quelles stratégies d'intervention faut-il concevoir?

Et à quelles conditions ces stratégies auront-elles le succès ou l'impact désiré?

Voilà donc, présentées brièvement, les trois parties de cette présentation qui se veut à la fois un effort de synthèse de ce qui a été discuté aujourd'hui et une ouverture vers l'action.

- I- La préoccupation "santé" en 1970.
- II- Les stratégies d'intervention.
- III- Les conditions de réalisation.

I- LA PRÉOCCUPATION SANTÉ EN 1970

Le tome 1 du Vol IV de la Commission Castonguay portait sur une analyse de la situation de l'époque (en 1970). Le chapitre 2e qui compte 55 pages se concentrait sur une analyse du MILIEU ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ.

En relisant ce chapitre, j'ai été surpris de voir combien son contenu était encore d'une très grande actualité. Ainsi dans l'introduction sur "l'écologie humaine et la notion de milieu", on y lit:

"Plus obscures et plus difficiles à quantifier que les facteurs physiques et biologiques, sont les pressions somatiques et psychiques causées par les changements culturels, les frustrations sociales et familiales, le surpeuplement et les différences de niveau de vie parmi les classes d'une société."

Le chapitre lui-même est divisé en 2 grandes parties. L'une porte sur le MILIEU. De nombreuses pages sont consacrées à la pollution de l'air, de l'eau et des sols, et à leurs effets multiples sur l'organisme humain. On y parle même des effets de la radioactivité. Le texte aborde aussi les effets de l'urbanisation accélérée au Québec, nos habitudes alimentaires, etc.

La deuxième partie de ce chapitre est consacrée à l'état de santé de la population. On y parle de l'espérance de vie, de la maladie coronarienne, du cancer, des accidents, de la mortalité infantile et des maladies mentales, bref on se croirait en 1986.

Le tome II a pour titre LE RÉGIME DE SANTÉ. Il débute par une description des OBJECTIFS GÉNÉRAUX à poursuivre. J'ai été frappé par le passage suivant:

"1.- OBJECTIFS GÉNÉRAUX

481. Une politique complète de la santé vise à améliorer aussi bien l'état de santé de la population que son milieu ambiant.

A.- AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

482. L'un de ces deux objectifs fondamentaux est d'améliorer l'état de santé physique et mentale de la population. Cela inclut non seulement la thérapeutique physique ou mentale, mais aussi la prophylaxie et, au besoin, la réadaptation. La maladie et, plus globalement, la santé y sont envisagées comme des éléments de l'équilibre écologique entre l'homme ou un groupe d'hommes et le milieu dans lequel ils évoluent.

483. Par cette politique de la santé, on doit donc chercher avant tout à instaurer un régime complet fondé sur une conception globale de l'homme. Le nouveau régime le sera dans la mesure où cette conception inspirera une réorganisation et tirera le domaine de la santé de l'isolement et de la fausse indépendance qui ont nui jusqu'à présent à la conception et à la distribution des soins. Le nouveau régime le sera également par le rayonnement d'une politique de la santé intégrée aux autres secteurs de la vie collective qui affectent et déterminent le développement de l'individu.

B. AMÉLIORER L'ÉTAT DU MILIEU

494. Si l'on admet l'aspect dualiste de la maladie - déséquilibre causé par la combinaison de facteurs endogènes et exogènes - soigner c'est traiter une personne, sa maladie et ses symptômes, mais c'est aussi agir sur son milieu, afin d'assurer les conditions indispensables à la survie, de prévenir les intoxications et les maladies, de maintenir un climat favorable à la santé et de garantir le bien-être et la joie de vivre.

497. Envisagé dans une perspective de développement de l'homme, le régime de la santé se préoccupe de son rendement social. A cette fin, il s'attaque aux sources de maladies, quelles qu'elles soient. S'il ne lui appartient pas de façon immédiate d'améliorer l'habitat, le milieu de vie, le genre de vie, responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences écologiques et des sciences socio-économiques, il doit, en revanche, intervenir de façon énergique dans le dépistage et la prévention des maladies elles-mêmes, autant sinon plus qu'au stade curatif; il doit aussi assurer l'éducation sanitaire de la population et l'information sur les déséquilibres biophysiques ou sociaux qui mettent en péril la santé."

Nous pourrions continuer à relever des passages de ce texte magnifique pour réaliser que l'essentiel de la pensée d'aujourd'hui était largement présent dans ces réflexions de la Commission, il y a 16 ans.

La Commission souhaitait aussi que ces réflexions passent à l'action. Ainsi il est frappant de voir les responsabilités considérables et fort bien détaillées que la Commission recommandait dans le domaine de la santé publique notamment au niveau provincial, régional et local. On y voit presque à chaque niveau des Directions Générales de

planification et de recherche, avec des Services eux-mêmes subdivisés, en Section de prévention et d'études sur le milieu ambiant.

Le temps nous manque pour revoir ensemble les plans d'action proposés en 1970. Mon seul but ici était de situer nos réflexions d'aujourd'hui dans ce contexte historique. Peut-être pourrions-nous en conclure que dans notre courte histoire nous consacrons beaucoup d'efforts à élaborer des finalités fort louables, des plans d'action pourtant merveilleux, souvent appuyés par des législations bien intentionnées. Force nous est de réaliser que nous ne sommes pas toujours aussi habiles et désintéressés quand vient le moment de passer à l'action.

II - LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

Que faudrait-il faire maintenant si nous voulons CONVERTIR en gestes tangibles cet idéal de santé?

Revenons d'abord sur le concept même de "santé". Nous convenons tous que depuis quelques années, nous assistons à "l'éclosion d'un nouveau paradigme de la santé"¹ et ce paradigme s'appuie sur la ferme conviction "qu'il existe chez l'être humain une autonomie naturelle, instinctive, un pouvoir régénérateur."¹

C'est pourquoi les nombreux auteurs qui ont proposé une définition de la santé reconnaissent qu'il s'agit de cette capacité pour l'individu de s'adapter aux changements, pressions, menaces, possibilités de son environnement, tout en préservant son intégrité individuelle.

Donc si nous voulons améliorer et maintenir la santé (ainsi définie) des individus et celle des collectivités, il nous faut agir:

¹ Conseil des Affaires Sociales et de la Famille: OBJECTIF-SANTÉ
Août 1984, Québec, p. 22.

- 1- Sur la capacité d'adaptation des individus et des collectivités.
- 2- Sur les contraintes et changements auxquels ils sont assujettis constamment.

Or une large part de la capacité d'adaptation de l'individu est fonction de son organisme, donc de la biologie humaine. C'est lorsque cette capacité d'adaptation est affaiblie que le système de soins est mis à contribution pour aider l'individu à restaurer cet équilibre. L'organisme, à son tour, est plus ou moins capable de s'adapter selon les habitudes de vie de l'individu. Enfin, malgré une capacité accrue d'adaptation, certaines situations existant dans le milieu de vie sont telles qu'elles dépassent nettement cette capacité d'adaptation.

Ce raisonnement qui nous est bien familier m'amène à suggérer que des conversions doivent maintenant s'opérer:

- a) d'abord chez les individus eux-mêmes, premiers responsables de leur santé;
- b) pour faciliter cette conversion, nous devons donner une nouvelle "direction" aux objectifs mêmes du système de santé;
- c) nous devons aussi "convertir" plusieurs éléments du système de soins, en particulier certains acteurs, voire certaines structures;
- d) enfin nous devons favoriser et forcer au besoin des conversions chez un grand nombre d'acteurs hors du système de soins dont les décisions, les comportements et les gestes influencent le milieu de vie en faisant apparaître trop souvent de graves problèmes de santé à long terme.

Un mot sur les conversions nécessaires au niveau des objectifs de santé. Vous connaissez tous l'excellent ouvrage OBJECTIF-SANTÉ du Con-

seil des Affaires Sociales et de la Famille, lui-même largement inspiré des 4 fascicules qui l'ont précédé sur la SANTÉ DES QUÉBÉCOIS. Cet ouvrage consacre près de 60 pages à expliciter les objectifs généraux et particuliers qui devraient être poursuivis dans le cadre d'une vraie politique de santé. Il est particulièrement intéressant de voir jusqu'à quel point ces objectifs sont spécifiques à certains groupes d'âge et à certaines couches sociales.

Mais ce qui frappe aussi c'est que ces objectifs représentent des changements souhaités dans des situations sur lesquelles notre actuel système de soins a très peu de contrôle. Voici quelques exemples:

- Diminuer les morts par accidents de la route chez les jeunes de 6 à 24 ans.
- Diminuer le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes.
- Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé physique et mentale en milieu de travail.

De toute évidence le système de soins que nous connaissons peut intervenir et de fait intervient à travers de multiples programmes de recherche, d'éducation et d'intervention. Mais nous réalisons rapidement que bon nombre de causes premières nous échappent. Et ce sont celles-là qui devraient devenir l'objet et la préoccupation centrale d'un véritable système de santé.

Comment donc en arriver à opérer des conversions à autant de niveaux et d'endroits, soit chez les individus, le système de soins et les facteurs ou déterminants qui influencent le milieu de vie.

J'ai parcouru dernièrement plusieurs textes qui abordent cette question. J'en ai retenu un en particulier qui me semble à la fois ri-

che conceptuellement et d'un intérêt pratique certain. Il s'agit d'une conférence que prononçait Milton Terris en septembre 1985 lors d'une journée de réflexion à l'occasion du 10e anniversaire des départements de santé communautaire. Il suggérerait les six stratégies suivantes:

1- Des stratégies éducatives

Pour lui il nous faut absolument informer, voire éduquer le public sur l'utilité des programmes de santé publique. Pour y arriver, les individus doivent d'abord comprendre les fondements scientifiques de tels programmes, et vouloir librement modifier leurs comportements. J'imagine que dans ce public Milton Terris inclut aussi les entrepreneurs, les hommes d'affaires, les professionnels, les administrateurs, etc.

Cela suppose bien sûr que de tels fondements existent ou alors que nos budgets de recherche et de diffusion des connaissances permettent de les identifier. Même si c'était le cas, nous savons tous que la bataille n'est pas gagnée. Parfois des études doivent s'échelonner sur plusieurs décennies; et les conséquences de certains phénomènes prennent aussi parfois des décennies avant d'être connues.

Une autre difficulté nous confronte lorsqu'il s'agit de concevoir les programmes requis en santé publique et les façons de les communiquer. Un bon exemple est celui du tabagisme, exemple cité par Pierre Lamarche, lors de cette journée anniversaire des DSC. Dans une allocution intitulée "Comment se porte notre sainte guerre" il disait:

"On ne peut trouver un exemple plus clair d'un secteur d'action de l'éducation sanitaire qui soit basé sur des connaissances scientifiques. Les recherches fondamentales et épidémiologiques nous ont permis de révéler le rapport direct entre tabagisme et certaines pathologies. De là, il nous apparaît

toujours normal et justifié de chercher à faire en sorte que tous cessent complètement de fumer. Mais sommes nous scientifiquement certains que les activités de remplacement ne seront pas également ou plus nocives pour la santé? Pouvons-nous affirmer scientifiquement que l'on n'assisterait pas alors à un accroissement significatif du poids moyen de la population (et on connaît l'impact de l'obésité sur la santé) ou encore à une augmentation de la consommation d'alcool, de la fréquence des séparations ou de la violence issue du stress mal contrôlé? Nous n'en savons rien mais nous croyons que l'état de santé général se verra accru du fait de la cessation de fumer. Rappelons-nous que la population américaine se trouve aujourd'hui aux prises avec une déficience chronique de calcium à cause d'un trop faible apport de produits laitiers, résultat de notre type d'éducation sanitaire qui encourage le public à voir des relations univoques là où il y a vraiment de très complexes systèmes de causalité."

2- Des stratégies socio-économiques et environnementales

L'éducation du public, selon Terris, est essentielle pour obtenir son support à des mesures de nature environnementale et socio-économique.

Il cite à cet égard le support que le public doit apporter pour que diverses lois soient adoptées, concernant par exemple:

- la publicité sur l'alcool et le tabagisme
 - les quantités de matières grasses dans les produits
 - la pollution de l'air, de l'eau et des sols
 - les mesures de sécurité pour les véhicules moteurs et les limites de vitesse
- etc.

3- Des stratégies de soins préventifs

A son avis, non seulement les médecins mais tous les professionnels de la santé doivent être formés à des activités de prévention. Pour ce qui est des médecins tout au moins, une prise de conscience semble se répandre rapidement aux Etats-Unis, notamment au niveau de la formation. A ce titre je vous suggère très fortement de parcourir au moins les recommandations du G-PEP Report¹, de même que l'intéressant ouvrage de Kennedy, Pattishall et Baldwin, Medical Education and the Behavioral Sciences.²

Des recherches très récentes et d'autres en cours, effectuées par nos chercheurs du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, de même que par nos étudiant(e)s au doctorat portent sur les profils de "pratique de prévention" des médecins québécois. Ces travaux vont nous être d'une grande assistance pour formuler et implanter des stratégies d'intervention appropriées.

4- Des stratégies de recherche

Pour supporter les 3 stratégies déjà mentionnées, l'épidémiologie appliquée doit devenir la pierre angulaire de la recherche sur les services de santé. Selon Terris, l'emphase que nous mettons présentement dans nos recherches sur les coûts de la santé et sur l'utilisation des ressources devrait se déplacer plutôt vers un approfondissement de la nature et de l'étendue de certains phénomènes sur la santé des individus.

Les résultats de tels travaux en épidémiologie ajoutés à ceux des sciences sociales, comme la sociologie, les sciences

¹ Physicians for the Twenty-First Century, Report of the Association of American Medical Colleges, Journal of Medical Education, vol. 59, 11; (nov. 1984).

² Kennedy, D., E. Pattishall et D. Baldwin: Medical Education and the Behavioral Sciences, ABSAME, juin 1983.

politiques, l'anthropologie, etc. nous permettraient de mieux définir la nature des services et programmes à mettre sur pieds de même que les structures d'organisation et les types de gestion appropriés.

5- Des stratégies organisationnelles en santé publique

Ici Milton Terris remet en question la place des DSC à l'intérieur de nos hôpitaux de courte durée. Il s'agit là d'un problème aussi vieux que l'existence même des DSC.

Il suggère très fortement de constituer un véritable Ministère de la Santé, d'abord orienté vers des politiques et programmes de SANTE PUBLIQUE, et d'avoir au niveau régional et local, des organismes qui actualiseraient et enrichiraient un tel rôle. En aucun cas, écrit-il, ces organismes ne devraient d'une façon ou d'une autre être subordonnés à l'organisation médicale.

6- Des stratégies organisationnelles au niveau du système de soins

Ici Milton Terris remet en cause notre système de paiement à l'acte, les méthodes de remboursement des dépenses de fonctionnement, etc. Nous pourrions certes proposer plusieurs autres modifications au système de soins, concernant par exemple les conseils d'administration, les relations interétablissements, l'hôpital comme centre ou pilier du système, les systèmes d'information, les mesures incitatives pour les professionnels, mais aussi pour les cadres, sans oublier bien sûr, les programmes de formation et de ressourcement des cadres du réseau.

Voilà donc quelques endroits où il faudrait intervenir si l'on veut vraiment promouvoir et maintenir la santé. Sans

doute que ces suggestions ne sont pas exhaustives. Elles indiquent surtout la direction de nos efforts.

III - LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Si l'on veut que ces stratégies d'interventions ne demeurent pas que des voeux pieux, il me semble que quelques conditions essentielles doivent être remplies. Je propose les suivantes en espérant qu'elles vont susciter des réflexions:

1- pour que diverses classes sociales, divers groupes d'âge, divers types de travailleurs et de non travailleurs s'intéressent à la promotion de la santé, il faudrait le plus possible qu'ils soient en mesure de définir pour eux-mêmes les priorités de ce qu'on appelle l'éducation sanitaire. Pour cela il faudra probablement les assister par de la publicité, de l'information, des occasions de participation et d'engagement personnel et collectif.

Cela suppose aussi de la part des intervenants une compréhension des problèmes, des attitudes, des milieux de vie de ces personnes et une bonne connaissance des ressources du milieu.

2- nous devons nous-mêmes, souvent et sans cesse, réfléchir à notre propre raison d'être, comme professionnels, gestionnaires, planificateurs, chercheurs, professeurs.

Ainsi notre département d'administration de la santé n'a pas sa raison d'être, me semble-t-il, s'il ne contribue pas à l'amélioration de l'état de santé de la population par la formation de gestionnaires efficaces des ressources mises à leur disposition. Chacun de nos

cours doit viser à mieux équiper les gestionnaires vers cette fin ultime. Chacun de nos projets de recherche doit aussi converger dans cette direction. Il faudrait nous le redire constamment.

C'est donc par des échanges et de l'information, c'est par notre préoccupation pour les résultats atteints que nos actions contribueront à modifier nos attitudes et nos comportements. C'est un peu une démarche à l'envers que nous devons faire, surtout en gestion, par comparaison à ce que nous avons l'habitude de faire.

3- Il nous faut mettre en place, et au plus tôt, des mécanismes qui vont au moins assurer une COHÉRENCE DANS NOS EFFORTS à tous les niveaux.

Pour un, je crois que les vrais changements dans les organisations s'effectuent d'autant plus rapidement que ceux qui détiennent les leviers en sont convaincus et sont prêts à y mettre les ressources. Il faut absolument aussi en arriver à confier des responsabilités de RÉSULTATS, à tous les niveaux. Cela implique, bien sûr, l'octroi de l'autorité correspondante. C'est sans doute à cet égard que vont se poser les problèmes les plus complexes.

Dans cet esprit, je crois que le temps est venu de créer au plus tôt un véritable Conseil Inter-Ministériel de la santé, donc ayant au moins droit de regard et responsabilité de recommandations sur plusieurs secteurs de la vie de notre société.

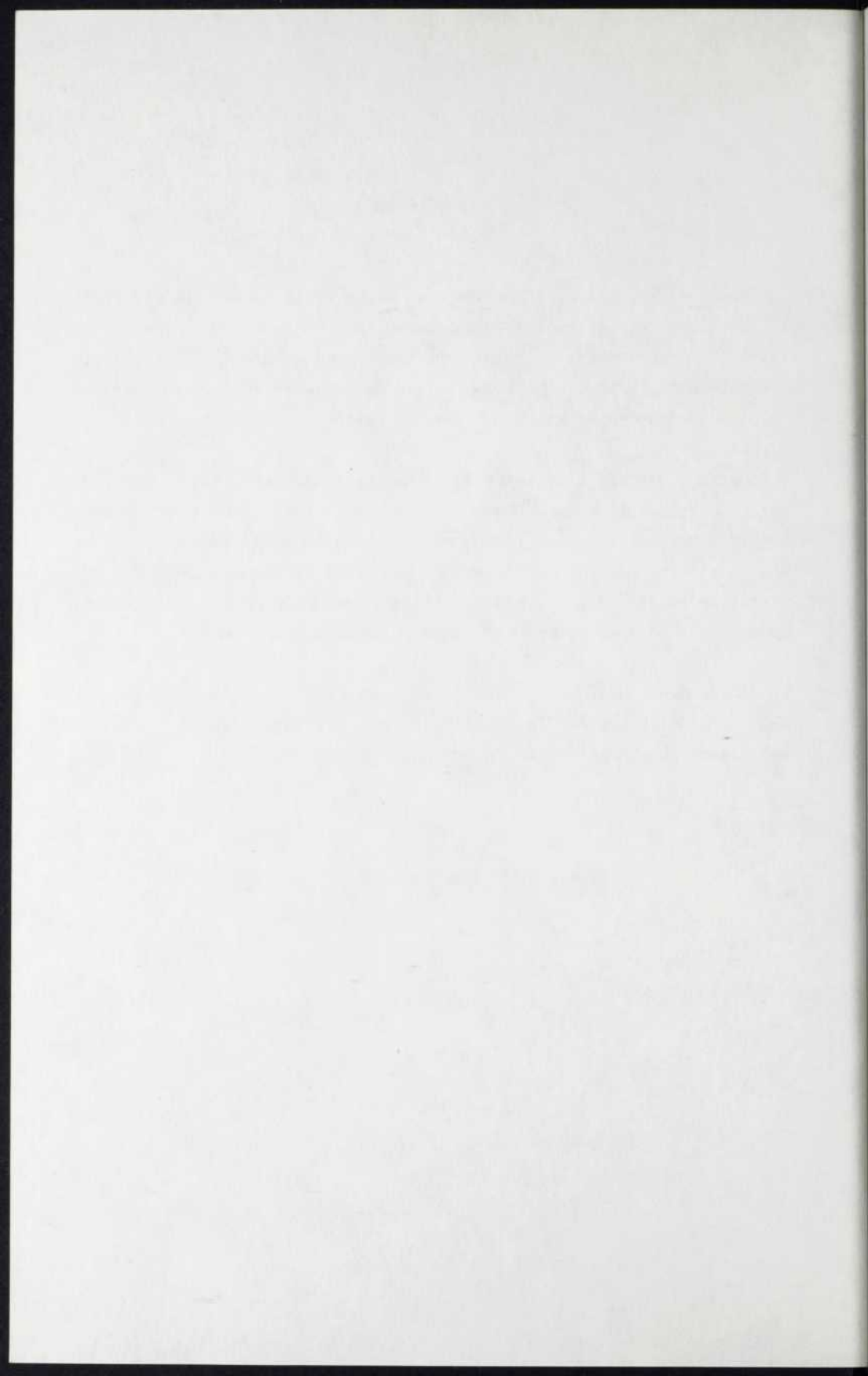
Le temps est venu aussi, je crois, de transformer nos Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux. Peut-être faudrait-il concevoir leur mandat comme dépassant nettement le système de soins et en lien très étroit avec le Conseil Inter-Ministériel de la Santé. Leur responsabilité sociétale et l'autorité dont ils devraient être revêtus pour exercer une véritable action sociale et agir sur les déterminants de la santé ou de la maladie, tout cela, bien sûr, reste à définir. Au moins reconnaissons que cela doit être fait.

Conclusion

Tout au long de cette journée nous avons réfléchi sur les difficultés, les contraintes, voire le manque de direction de notre système de santé. A cette occasion plusieurs parmi nous ont, peut-être pour la première fois, vraiment pris conscience que nous oeuvrons bien davantage dans un système de soins que dans un système de santé.

Cette prise de conscience était aussi largement présente en 1970 lors de la parution de l'important ouvrage de la Commission Castonguay. Nous pouvons donc nous demander à juste titre ce qui pourrait bien expliquer une évolution aussi lente vers la mise en oeuvre d'une véritable politique de la santé. Et de façon plus pragmatique quelles conversions paraissent nécessaires et à quelles conditions.

J'ai tenté de fournir quelques suggestions qui nous inciterons peut-être à alimenter d'autres réflexions et, espérons-le, à amorcer maintenant un changement de direction.



Quelques questions sur le fonctionnement
du système de santé québécois

David Levine

INTRODUCTION

C'est avec les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu que le Québec amorçait, vers la fin des années 60, la révolution de son système de santé.

Basée sur le concept de médecine glogale et sur une approche de la santé tant préventive, psychologique et sociale que curative et physique, cette révolution a donné naissance à l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

Après 15 ans de développement et devant l'émergence de problèmes nouveaux, il est non seulement important mais aussi urgent de s'interroger sur l'avenir de notre système de santé et de services sociaux. Dans cet esprit, nous saluons la création de la Commission Rochon.

Cette commission a été mise sur pied en 1985 par le Gouvernement du Québec suite à une proposition de M. Guy Chevrette, alors ministre des Affaires sociales. Dans la première partie d'un mémoire¹ qu'il a déposé au Conseil des ministres le 17 juin 1985, M. Chevrette décrit, entre autres, la performance et les faiblesses du système socio-sanitaire québécois. Nous aimerions résumer les grandes lignes de ce document de façon à rappeler la perception qu'avait le gouvernement du système de santé ainsi que les raisons qui l'on amené à créer la Commission Rochon.

Plus particulièrement, nous résumerons les chapitres du mémoire décrivant 1) la performance du système, 2) les faiblesses du système.

¹ Mémoire déposé par M. Guy Chevrette, ministre des Affaires sociales, au Conseil des ministres du Gouvernement du Québec, avec pour objet une Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, le 17 juin 1985.

La performance du système

Pour plusieurs motifs et de façon globale, le ministre de l'époque affirme que la performance de notre système a été "relativement satisfaisante".

D'une part, parce que ses principaux objectifs de départ - redistribution et accessibilité des services sociaux et de santé - ont été largement atteints. D'autre part, parce que l'interpénétration des services de santé et des services sociaux, tant au niveau des problématiques, des clientèles que des structures, a amené le régime à évoluer sans cesse vers une véritable unification de ces services.

Aussi parce que, depuis 1975, les coûts du système québécois ont augmenté au même rythme que le PNB, grâce, notamment, aux possibilités de contrôle qu'offre le monopole public. Dans l'ensemble, notre système de santé coûte d'ailleurs moins cher que le système américain ou que celui des autres provinces.

Le document souligne enfin que cette performance économique s'est accompagnée d'une performance sanitaire équivalente à celles des sociétés comparables à la nôtre.

Les faiblesses du système

À ce chapitre, le mémoire du ministre fait remarquer que ce sont les contraintes budgétaires imposées ces dernières années à l'ensemble du système qui en ont révélé les deux (2) grandes faiblesses: sa rigidité et sa faible capacité d'adaptation. On se demande même si ce système pourra préserver les acquis des dernières années tout en répondant aux besoins nouveaux de la population.

De l'avis du ministre, les faiblesses du système sont dues à:

- 1) une demande de services quasi illimitée;
- 2) un contrôle inadéquat des coûts;
- 3) un mode de financement inapproprié;
- 4) des pouvoirs de coordination insuffisants;
- 5) la difficulté d'adaptation aux réalités et aux besoins nouveaux.

1. Une demande de services quasi illimitée

À ce sujet, on rappelle que, depuis sa création, notre système socio-sanitaire a été un système ouvert basé sur la réponse à la demande.

Dans la mesure où, et l'expérience le démontre, les besoins socio-sanitaires sont sans limite et que la demande varie, non seulement en fonction des besoins mais aussi en fonction de la disponibilité de l'offre, il ne peut y avoir de point de rencontre entre l'offre et la demande puisque l'offre crée la demande.

2. Un contrôle inadéquat des coûts

Le ministre fait remarquer que, jusqu'à maintenant, le gouvernement a pu contrôler les coûts du système en recourant à des ajustements à court terme, tels que les restrictions salariales et les gains de productivité et que ce type de mesures ne saurait suffir à moyen ou à long terme.

Dans un contexte de vieillissement rapide de population laissant prévoir une augmentation de la demande de services socio-sanitaires, on s'interroge sur les moyens de concilier un contrôle global des dépenses, un accroissement du ratio médecin/population, le maintien des revenus relatifs de ces derniers, l'intégration des

nouvelles technologies et les aspirations du personnel à des revenus plus élevés et à de meilleures conditions de travail.

3. Un mode de financement inapproprié

La fiscalité et la taxation sont actuellement les seules sources de financement du système. C'est donc la disponibilité de ressources publiques suffisantes qui déterminent l'offre.

L'État ne pouvant, selon le ministre de l'époque, continuer à augmenter les impôts au Québec, il faut repenser le mode de financement du système ainsi que le niveau de financement requis pour dispenser les services qu'il choisira d'offrir à la population.

4. Des pouvoirs de coordination insuffisants

Dans le système actuel, l'ensemble des responsabilités et des pouvoirs sont répartis entre plusieurs acteurs institutionnels disposant chacun d'une autonomie et de moyens d'intervention définis par la loi.

Plusieurs problèmes graves découlent de cette hiérarchisation du système: déficits chroniques de certains centres universitaires, développements de services surspécialisés non autorisés par le ministère, contestation du changement de vocation de certains établissements, transferts difficiles des ressources des C.S.S. aux C.L.S.C., conflits locaux percutants, etc.

Par ailleurs, le ministre fait aussi remarquer que ce ne sont pas les besoins de l'organisation ni sa capacité de payer qui définissent l'évolution des effectifs médicaux ou leur rémunération,

et que les membres du corps médical n'ont pas à répondre des coûts qu'ils génèrent pour l'organisation qui, de son côté, ne peut mettre un frein à cette consommation.

Enfin, on doit reconnaître que la décentralisation du système et l'institutionnalisation des pouvoirs qui en a découlé ne permet plus de modifier l'organisation ou la dispensation de services, tant sur le plan local, régional ou national, sans interventions politiques.

5. La difficile adaptation aux réalités et aux besoins nouveaux

À ce chapitre, le document ministériel indique que, depuis 15 ans, plusieurs nouvelles approches se sont développées et qu'elles ont été, à des degrés divers, intégrées au système. Par exemple la qualité de vie, l'autonomie et l'humanisation se sont progressivement ajoutées aux principes d'accessibilité, d'universalité et d'équité que visait le système à l'origine.

Dans le domaine de la pratique médicale, plusieurs technologies inconnues il y a 15 ans, ont été intégrées dans le système avec les impacts budgétaires que l'on connaît.

Toutefois, à titre de contre exemple, la participation de la population a eu un succès bien relatif. Si elle est bien acceptée quand elle se traduit par un support financier aux fondations - essentiellement dirigé vers le développement technologique et immobilier, la participation de la population est restée bien souvent symbolique dans la définition des orientations ou dans la gestion du système.

Voilà donc, pour l'essentiel, la perception qu'avait le gouvernement du système de santé et des services sociaux lorsqu'il a pris la décision de créer la Commission Rochon.

Nous verrons plus loin qu'il y a, selon nous, plusieurs autres problématiques à étudier: le rôle de coordination des C.R.S.S.S. et leur place dans le réseau, le manque de flexibilité, de complémentarité et le cloisonnement des établissements en sont des exemples.

Le rôle de la décentralisation administrative, la délégation des actes professionnels, le rôle et les pouvoirs des gestionnaires principalement en ce qui a trait au budget, la participation du public dans la gestion du système et celle de la participation automatique des médecins dans un système d'assurance global, sont des questions que nous n'aborderons pas mais qui méritent, elles aussi, d'être largement débattues.

NOTRE ÉVALUATION DU SYSTÈME ACTUEL

Notre évaluation du système se fera selon l'approche du SCAN TECHNIQUE qui nous donnera une vue sommaire mais globale du système de santé au Québec.

Le SCAN TECHNIQUE est une méthode à 3 composantes: l'analyse technique, l'analyse sociale et l'analyse de la capacité de renouvellement du système. L'objet d'un scan est de donner une perspective globale d'une organisation, d'analyser les influences de l'environnement sur ses structures, de comprendre le système de production des services et de voir comment le système social est organisé pour opérer le système de production.

L'analyse technique doit déterminer si les objectifs du système sont clairs et mesurables et si la production de services est efficace et

efficace. Elle permet aussi de connaître les impacts du système, les processus de transformation ainsi que la quantité, la qualité et les coûts du service produit.

L'analyse sociale du système sert à identifier et à étudier les éléments organisationnels qui affectent la motivation et le moral des ressources humaines nécessaires au maintien du système.

Enfin, l'analyse de la capacité de renouvellement du système déterminera l'habileté du système à répondre aux changements (ressources financières, nouvelles technologies, nouvelle philosophie, nouvelles valeurs, etc).

PREMIÈRE PARTIE: l'analyse technique

La Loi sur les services de santé et les services sociaux a défini un modèle d'organisation visant la régionalisation et la complémentarité du réseau.

Cette loi a créé plus de 800 établissements, regroupés par catégories: les centres hospitaliers (C.H.), les centres d'accueil (C.A.), les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et les centres de services sociaux (C.S.S.). Il existe plusieurs types d'établissements dans chacune de ces catégories.

La loi prévoit aussi la composition des conseils d'administration et les mandats de chaque catégorie d'établissements.

Depuis sa création en 1971, aucune modification n'a été apportée aux structures de ce réseau, si ce n'est à quelques éléments de leur conseil d'administration ou à la redéfinition du mandat des départements de santé communautaire (D.S.C.).

Avant de procéder à l'analyse technique du système, nous aimerions rappeler les mandats, les rôles et les composantes de chacun des principaux intervenants du réseau.

Les conseils régionaux de santé et de services sociaux (C.R.S.S.S.)

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) forment la pierre angulaire du réseau. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il doivent:

1. assurer une représentation régionale des intérêts et des besoins de la population;
2. veiller à la prise en charge régionale progressive de l'organisation et de l'utilisation des ressources socio-sanitaires;
3. susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements;
4. recevoir et entendre les plaintes des usagers.¹

Le conseil d'administration de chaque conseil régional est composé de représentants du ministère, des établissements de la région, des groupes sociaux et de la population du territoire.

¹ Cité dans "Le système de santé et des services sociaux du Québec", Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, 1985, p.34.

Chacune des treize (13) régions sanitaires du Québec a son conseil régional qui doit voir à ce que la région soit pourvue d'un réseau de services intégrés répondant aux besoins de la population dans les limites des ressources allouées.

Ce rôle de coordination, d'intégration et de planification n'est pas encore bien compris ni accepté par les établissements du réseau qui ne savent pas si les conseils régionaux représentent leurs intérêts, ceux de la population, ceux des fonctionnaires du ministère ou bien ceux de la ministre.

Cette confusion dans le rôle des conseils régionaux est d'ailleurs, selon nous, un des symptômes du malaise qui existe dans le réseau.

Nous reviendrons sur cette question de clarification du rôle du conseil régional lorsque nous aborderons les solutions possibles aux problèmes soulevés.

Les centres hospitaliers (C.H.)

Les centres hospitaliers sont des établissements où sont dispensés des soins et des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation physique et mentale à toute personne qui se présente en état de besoin. Il existe actuellement deux grandes classes de centres hospitaliers: ceux de soins de courte durée (C.H.S.C.D.) et ceux de soins de longue durée (C.H.S.L.D.). Dans le premier groupe, on retrouve les établissements affiliés à l'une des quatre (4) universités du Québec ayant une Faculté de médecine ainsi que tous les autres C.H.S.C.D. qui sont considérés non affiliés. Les C.H.S.C.D. peuvent cependant dispenser aussi des soins de longue durée à une partie des bénéficiaires qui y sont hébergés.

Il existe 117 C.H.S.C.D. au Québec. Sont compris dans ce groupe les établissements de réadaptation où le séjour moyen est de moins de 90 jours.

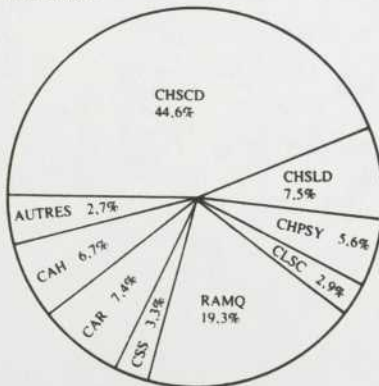
Il est à noter que, dans le système législatif actuel, rien n'empêche que des lits de courte durée soient occupés par des malades dont l'état nécessite des soins de longue durée. Cette situation empêche les C.H.S.C.D. d'offrir, à leur pleine capacité, des soins de courte durée et de rationaliser leur infrastructure conçue pour ce type de soins.

Dans le groupe des centres hospitaliers de soins de longue durée (C.H.S.L.D.), on retrouve les établissements qui dispensent des soins et des traitements aux personnes qui en ont besoin de façon continue pour une période supérieure à 90 jours. Il existe quarante-neuf (49) établissements de ce type dans le réseau.

Le Québec compte aussi quinze (15) hôpitaux psychiatriques offrant un ensemble de soins aigus, de traitements chroniques et de services d'hébergement.

Quarante (40) centres hospitaliers privés, généralement de petite taille, sont conventionnés par l'État et complètent le réseau des centres hospitaliers.

Comme le démontre le diagramme suivant, les ressources allouées à l'ensemble des C.H. représentent 44.6% des dépenses du ministère de la santé et des services sociaux.



Répartition des dépenses du M.A.S. selon le centre de responsabilités, Québec 1982-83¹

1. *Ibid.*, p.,61

Enfin, bien que les D.S.C. doivent apporter un support aux établissements de leur territoire dans la détermination des priorités et des objectifs, ils n'ont aucune autorité réelle pour exercer cette responsabilité. Ajoutons à cela qu'il n'existe aucun lien formel entre les conseils régionaux et les D.S.C. pouvant faciliter l'exécution de leurs mandats respectifs.

Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)

Depuis le début des années '70 et l'adoption de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux, la structure la plus contestée est celle des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). Elle a pour objectif d'assurer localement, partout au Québec, un accès réel aux services de santé et une préoccupation pour la prévention qui ne saurait exister sans une implication locale. La mise en place des cent soixante-six (166) C.L.S.C. prévues au Québec est à toutes fins pratiques complétée.

La loi définit le C.L.S.C. comme "un établissement qui, sur une base locale, dispense à la communauté des services de santé et des services sociaux tant préventifs que curatifs ainsi que des services de soutien à l'organisation de la communauté"¹

Les services et programmes suivants se retrouvent dans les C.L.S.C.: les services sociaux, notamment en milieu scolaire, les services d'action communautaire par le support aux organismes du milieu, les services de consultation conjugale, les services de santé courants, les services de soins et d'aide à domicile, la santé maternelle et infantile, la santé scolaire, la nutrition, la planification des naissances, la santé au travail et la santé dentaire²

¹ Ibid, p. 35

² Idem,

Les départements de santé communautaire (D.S.C.)

Pour couvrir l'ensemble du territoire québécois, trente-deux (32) centres hospitaliers de courte durée sont pourvus d'un département de santé communautaire. Sur le plan administratif, le D.S.C. est considéré comme un département du centre hospitalier qui l'abrite. Toutefois, à la différence des autres départements de l'hôpital, le travail du D.S.C. est orienté vers un territoire délimité et a pour objectif d'améliorer la santé de la population résidant sur ce territoire.

Plus précisément et d'après la loi qui le constitue, le D.S.C.:

- . analyse et étudie l'état de santé physique et mental de la population et ses besoins;
- . élabore avec d'autres établissements de son territoire des programmes pour la prévention des maladies et l'amélioration de la santé;
- . assure que des services de santé préventifs et curatifs sont disponibles dans le territoire;
- . coordonne les interventions relatives à la santé et les évalue.¹

Le D.S.C. devrait être l'élément de la structure qui assure la coordination et la disponibilité des services à la population. On remarque cependant que ce mandat est le même que celui du Conseil régional, mais à un niveau sous-régional.

D'autre part, alors que ce rôle de coordination est accordé aux D.S.C., ces derniers sont soumis à l'autorité des hôpitaux où il sont situés.

¹ Ibid, p. 34

Actuellement, les ressources consacrées à ces programmes ne sont pas réparties également: de fait, les services de soins et de soutien à domicile reçoivent une part importante et croissante des ressources allouées aux C.L.S.C. Cela démontre bien que les C.L.S.C. sont en mesure de répondre aux besoins les plus urgents de leur population.

Il nous semble toutefois qu'il soit nécessaire d'évaluer la pertinence de quelques-uns des différents mandats des C.L.S.C. et de vérifier si une plus grande partie de leurs ressources pourrait être consacrée aux services à domicile.

Les C.L.S.C. pourraient aussi, selon nous, être associés étroitement à la recherche de solutions alternatives et à la dispensation de services légers dont une récente étude de Woods Gordon¹ démontrait la nécessité.

On peut s'interroger par exemple sur le rôle de prévention des C.L.S.C. et se demander si la prévention devrait être faite à l'échelle sous-régionale ou bien nationale. Il faudrait analyser le "cost effectiveness" ou "opportunity cost" (c'est-à-dire, l'impact sur la santé d'une répartition différente des sommes investies) et voir si les campagnes nationales de prévention ne sont pas plus rentables (anti-tabac, anti-alcool, etc.).

La question est vraiment de savoir si les ressources affectées à la prévention dans les cent soixante-six (166) C.L.S.C. et dans les trente-deux (32) D.S.C. sont rentables.

¹ Woods Gordon, Investigation of the Impact of Demographic Changes on the Health Care System in Canada, rapport du Groupe d'étude sur la répartition des ressources en soins de santé (présidé par Ms Joan Watson), Toronto, Woods Gordon, 1984.

Les centres de services sociaux (C.S.S.)

Les C.S.S. dispensent des services aux personnes qui ont des besoins sociaux d'adaptation ou de protection.

La mission des C.S.S. s'articule autour de quatre grands axes: la protection de la jeunesse, la protection des adultes et des personnes âgées, les services sociaux institutionnels et le réseau des ressources légères.

Dans le domaine de la protection de la jeunesse, les services offerts sont: l'urgence sociale, l'accueil, l'évaluation, l'orientation des bénéficiaires, la tutelle sociale, le placement en famille d'accueil, le placement institutionnel, la consultation familiale, l'expertise aux tribunaux et l'adoption.

Les services offerts dans le cadre de la protection des adultes et des personnes âgées sont l'urgence sociale ou le dépannage, l'évaluation, le placement en famille d'accueil, le placement institutionnel, le soutien à la famille d'origine et la consultation psycho-sociale.

Les services sociaux institutionnels regroupent les services dispensés en milieu hospitalier ainsi que les services d'expertise et de conciliation à la Cour supérieure.

Il est aussi de la responsabilité des C.S.S. de recruter, d'évaluer et d'assurer le suivi des ressources dites légères, c'est-à-dire les familles d'accueil et les foyers de protection sociale par exemple.

Actuellement, les C.S.S. et les C.L.S.C. vivent de fréquents conflits de juridiction à cause du manque de définition claire de la première et de la deuxième ligne.

Il faut se demander si le maintien de structures distinctes est toujours rentable sur le plan économique et administratif et profitable pour les bénéficiaires impliqués. Prenons l'exemple d'un enfant qui vit avec son père alcoolique et sa mère dépressive. Il serait suivi à domicile par le travailleur social d'un C.L.S.C. et, en même temps, par le travailleur social du C.S.S. à l'école. La même confusion de juridiction se retrouve dans la coordination, la dispensation et le suivi de services de maintien à domicile et/ou d'hébergement offerts aux personnes âgées.

Il nous semble évident que le bénéficiaire est l'ultime victime de ce problème de juridiction.

Les centres d'accueil (C.A.)

Cette catégorie d'établissements regroupe un nombre important d'établissements du réseau. Les C.A. offrent des services internes, externes et/ou à domicile pour loger, entretenir, garder en observation, traiter ou permettre la réintégration sociale des personnes en perte d'autonomie.

Les deux cent trente-neuf (239) centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.), reçoivent les personnes qui doivent séjourner en résidence protégée en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique, généralement due à leur âge.

Dans certains pavillons (liés à des C.A.H.), des services de surveillance, d'assistance et de protection sociale sont offerts, en plus du gîte et du couvert, à des adultes en perte d'autonomie.

Il existe aussi au Québec cent quarante-sept (147) centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.) offrant leurs services à quatre types de clientèle: les jeunes aux prises avec des problèmes de mésadaptation so-

ciale, les personnes handicapées mentales, les personnes handicapées physiques et les personnes alcooliques ou toxicomanes. Les services de réadaptation dispensés en C.A.R. visent l'intégration sociale des personnes.

Les autres intervenants

Cette description du réseau serait incomplète si on ne parlait pas des intervenants qu'il a lui-même générés: les associations ou fédérations regroupant les intervenants de chaque grande catégorie. Ce sont l'Association des Hôpitaux du Québec, la Fédération des C.L.S.C., l'Association des Centres d'accueil du Québec, l'Association des C.S.S., la Conférence des Conseils régionaux. Les D.S.C., de leur côté, ont formé l'Association des directeurs de D.S.C. Le but de ces associations est de défendre les intérêts de leurs membres auprès du ministère.

L'existence de ces associations renforce le concept d'appartenance à un groupe particulier et amène les établissements à se protéger eux-mêmes au détriment, s'il le faut, des autres établissements et de l'ensemble du réseau.

On remarque aussi que ce type de regroupement se retrouve également dans la composition et dans les structures internes des CRSSS et que les fonctionnaires des CRSSS deviennent des défenseurs du regroupement auquel ils sont associés. Les commissions administratives ainsi que les commissions de planification sont en effet formées par catégorie d'établissements ou par catégorie de clientèle. À titre d'exemple, on y retrouve des commissions d'hôpitaux de courte durée, de services communautaires d'hébergement psychiatriques, etc.

Ce regroupement d'établissements par commission reflète la nature même de notre réseau et seule une modification des structures pourra l'amener à changer.

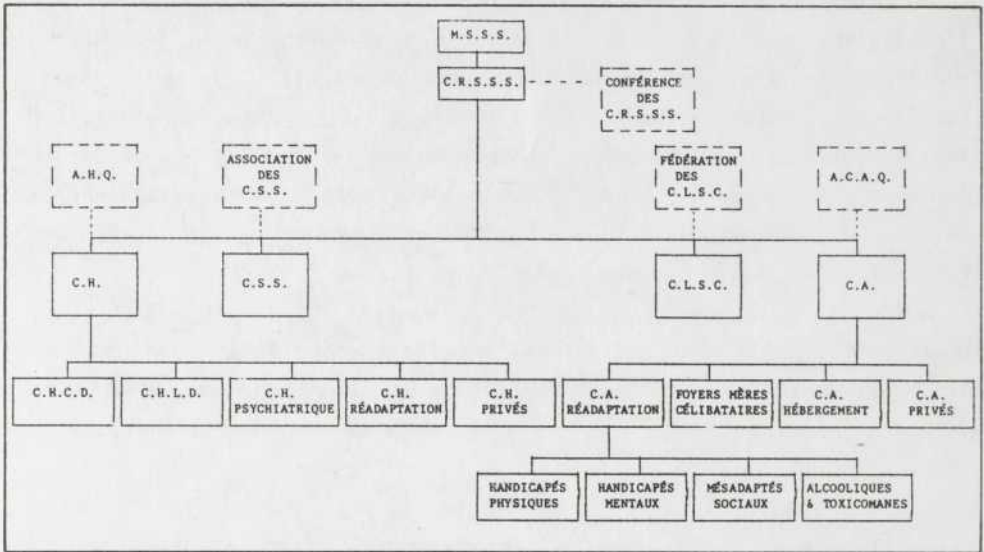


Diagramme 1: Structure du réseau actuel

L'analyse

Cette brève description du réseau nous indique que l'approche globalisante qu'à choisie de privilégier la Commission Castonguay-Nepveu a amené le Québec à instaurer un système socio-sanitaire complexe.

L'objectif principal de ce système est d'assurer, à tout individu, l'accès à une gamme complète de services de santé et de services sociaux, de façon continue et pendant toute sa vie.

Ces objectifs, bien qu'ils ne soient pas donnés en terme de niveau de santé à atteindre ou en taux de mortalité ou de morbidité, restent mesurables, que ce soit le niveau de santé de la population ou l'accessibilité aux services.

Par exemple, le niveau de santé de l'ensemble de la population est très comparable à celui des autres pays occidentaux industrialisés et il est difficile de croire que l'investissement de ressources supplémentaires suffisantes pour faire augmenter ce niveau de santé de façon significative, serait rentable. Dans le cas de l'accessibilité, on peut dire que l'objectif a été globalement atteint. Il reste toutefois deux (2) problèmes importants: l'accessibilité en région éloignée et le manque d'effectifs médicaux dans certaines spécialités. Dans une moindre mesure, on peut aussi noter les problèmes de l'urgence et de la disponibilité de services adéquats pour les malades en soins prolongés, à domicile et en hébergement.

On remarque enfin que "les coûts du système" sont très comparables, en terme de pourcentage du P.N.B., à ceux des autres provinces canadiennes ou à l'ensemble des pays industrialisés.

Au Québec, le nombre de lits de soins aigus par 1000 habitants est inférieur aux moyennes des autres provinces canadiennes tout comme le coût moyen d'une journée d'hospitalisation. Nous savons aussi que depuis trois (3) ans, le "coût de système" est d'environ 1% par année au Québec et que le déficit de l'ensemble du réseau (150 millions cette année) équivaut, chaque année, à 1% de son budget global.

Actuellement, le problème de financement ne se pose donc pas en terme de niveau acceptable de financement mais du maintien de ce niveau de financement face à l'augmentation des besoins.

Dans cet esprit, il faut s'inquiéter des habitudes de vie des québécois. En effet, en 1981, le Québec a pris la tête des pays industrialisés pour ce qui a trait à la consommation annuelle moyenne de tabac par adulte. Le niveau d'activité physique est moindre au Québec que dans les autres provinces et, en alimentation, le Québec est un des plus grands consommateurs de matières grasses et de sucre. Les québécois consomment plus de médicaments psychotropes que partout ailleurs au Canada. Le taux de suicide chez les jeunes de 18-24 ans est le plus élevé au Canada soit de 17.1 suicides/1000 habitants avec de 3 à 5 fois plus de tentatives de suicide que de suicides réussis.

Nous terminerons cette analyse technique en commentant brièvement l'impact des nouvelles technologies sur le système de santé, sur le rattrapage nécessaire dans ce domaine et, surtout, sur l'accessibilité de cette technologie pour l'ensemble de la population.

Les redressements budgétaires imposés en 1981-82 ont eu pour effet d'inciter fortement les établissements du réseau à rechercher des mesures susceptibles d'augmenter la productivité. Les salaires représentent 78% de nos dépenses et le nombre de mises à pied effectuées à cette époque témoigne des efforts considérables qui ont été faits pour réduire les dépenses à ce poste. Les autres dépenses, fournitures, médicaments, énergie, et autres ont aussi généralement subi une analyse rigoureuse et plusieurs nouveaux modes de production ont été introduits afin de réduire les coûts.

Il nous semble donc très difficile de croire qu'il est possible d'offrir la même quantité de services à un coût inférieur à ce qu'il est actuellement.

Il faut donc se poser les questions suivantes :

Les services offerts répondent-ils toujours aux besoins réels de la population?

Les ressources disponibles sont-elles utilisées à leur maximum?

Les services offerts par les centres d'hébergement peuvent-ils être offerts aussi adéquatement, mais à moindre coût?

Les soins à domicile peuvent-ils être développés de façon à répondre aux besoins de certains malades hospitalisés et de permettre aux hôpitaux de réduire le séjour moyen de leurs bénéficiaires?

Quels sont les mécanismes qui permettraient d'éviter la duplication des services tout en répondant à la fois aux besoins des malades et aussi aux besoins des établissements dans l'accomplissement de leur mission?

Nous concluerons cette première partie de notre analyse en rappelant que les problèmes de santé ont pour tendance d'accroître d'année en année au Québec. Cette situation est due au vieillissement de la population ainsi qu'à la prolongation de l'espérance de la vie et, donc, à une clientèle de plus en plus vieille et de plus en plus malade. En même temps, les ressources de notre société, notre surplus économique surtout, diminuent.

Des secteurs comme l'éducation et la santé ne produisent aucun bien et il n'y a aucune valeur ajoutée à la transformation de matériel brut qui est la mesure de la richesse d'une société. En conséquence, les secteurs publics sont des services qui consomment des ressources sans en produire sauf dans la mesure où l'on tient compte de la valeur ajoutée à un travailleur malade qui peut retourner plus vite au travail.

Depuis le début des années '80 plus particulièrement, cette situation nous a amené à rechercher de nouveaux modes de gestion et de distribution des services. Des termes comme redressement, augmentation de la productivité et complémentarité des services font maintenant partie de notre vocabulaire quotidien.

Pourtant, bien que nous devions reconnaître que, globalement, le système fonctionne de façon satisfaisante pour le moment, la nature même de ses structures nous permet déjà d'entrevoir les limites de ce système basé sur une vision globale de la santé de l'individu qui ne se reflète pas dans les structures actuelles qui, elles, ne sont ni globales, ni intégrées.

DEUXIÈME PARTIE: L'analyse sociale

Dans cette deuxième partie de notre analyse, nous verrons l'impact de la motivation des travailleurs du réseau sur le fonctionnement de l'ensemble du système. Par travailleurs, nous entendons les directeurs généraux, les cadres supérieurs, les cadres intermédiaires, les médecins, les professionnels et l'ensemble du personnel non spécialisé. Nous tenterons de démontrer qu'il y a actuellement une crise de motivation dans le réseau et que cette crise influence de façon très négative l'évolution du système.

En 1983, il y avait 793 directeurs généraux, 49 directeurs généraux adjoints, 1834 cadres supérieurs, 9984 cadres intermédiaires, 129 072 travailleurs professionnels et non professionnels, près de 6200 omnipraticiens et 5917 spécialistes oeuvrant dans le réseau socio-sanitaire québécois. 80% des sommes consacrées au système de santé servent à défrayer les coûts de main-d'oeuvre. A ce titre, on comprend facilement que la motivation des ressources humaines soit un élément important dans le bon fonctionnement du réseau.

Une analyse détaillée de la motivation exigerait une étude approfondie d'un certain nombre de facteurs, portant sur l'étendue des champs de décision, sur la monotonie du travail, les capacités d'apprendre, le respect entre intervenants, la satisfaction globale ainsi que sur les possibilités de développement de carrière et de mobilité. Ces variables sont celles qui figurent généralement dans l'évaluation du degré de motivation au travail.

Nous n'avons pas effectué d'étude semblable. Notre expérience du réseau nous amène cependant à poser un certain nombre de questions qui susciteront sûrement la réflexion.

Pour mieux comprendre l'état de la situation, il faut retourner au début des années '80 et à l'annonce des premiers plans de redressement majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les cinq (5) années précédentes avaient permis une expansion du réseau et un accroissement sans contraintes du budget global.

Les plans de redressement 80-81 et 81-82 ont eu pour effet premier de donner de meilleurs outils aux gestionnaires. Ils ont aussi permis de bien définir les orientations et les objectifs de l'établissement et de ses composantes tout en donnant aux directeurs généraux et aux conseils d'administration les pouvoirs d'introduire des redressements, des nouveaux systèmes de production. Ils ont aussi permis d'innover dans plusieurs domaines.

L'équilibre budgétaire était le but à atteindre. Les établissements qui s'en approchaient suscitaient même le respect. L'ensemble des établissements a d'ailleurs participé à cet effort.

En contrepartie, on s'attendait du gouvernement qu'il reconnaisse les efforts consacrés par chacun des intervenants à l'atteinte des objectifs de redressement et de performance.

Malheureusement, la politique du 1% a été la seule réponse à nos attentes. Cette politique stipulait qu'un déficit inférieur ou égal à 1% du budget global était acceptable pour le gouvernement mais que les établissements en gardaient la responsabilité. Dans le cas des déficits supérieurs à 1%, on devait vérifier s'il y avait un problème de sous-budgétisation. En fait, cette politique permettait des déficits de 1% et presque tous les établissements du réseau ont accusé un déficit de 1%.

Le désir du gouvernement de poursuivre les redressements et de ne pas réajuster son orientation suite aux efforts du réseau a généré une grande déception parmi les gestionnaires et a enclenché un processus de démotivation dont on vit les conséquences aujourd'hui. En même temps, le gouvernement a ajouté plusieurs contraintes supplémentaires sous prétexte que la pression avait donné de bons résultats et qu'il fallait continuer à "mettre de la pression". Cette approche a renforcé le sentiment de frustration et a démotivé plusieurs directeurs généraux, conseils d'administration et, en conséquence, plusieurs cadres supérieurs.

Les efforts faits par les professionnels, par les médecins ou par le personnel non professionnel n'ont pas été plus récompensés. Ils ont donc cessé de participer aux objectifs d'équilibre budgétaire et donnent aujourd'hui une bien faible importance aux concepts de complémentarité et de rationalisation.

Enfin, les pouvoirs restreints du ministère dans le contrôle des déficits, son incapacité à effectuer les changements de vocation suggérés par le CSSSRMM¹ pour rationaliser le réseau ou même son manque de pouvoir dans le transfert des effectifs entre 2 catégories d'établissements du réseau ont aussi grandement contribué à cette démotivation.

En conséquence, les établissements se sont repliés sur eux-mêmes pour défendre leur propre champs d'activités et les conseils d'administration ont commencé à questionner les plans de redressement et l'impact de la

1 Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la Région Métropolitaine de Montréal.

rationnalisation que les directeurs généraux tentaient d'introduire malgré le climat tendu créé par l'annonce des plans de redressement.

L'approche du gouvernement lors des négociations de '82 et les décrets qui ont suivi ont aussi engendré une méfiance profonde des employés envers le gouvernement et face au système. La rigidité des conventions collectives et le manque de mobilité à l'intérieur d'un établissement sont aussi des sources de démotivation pour tous.

Nous croyons donc que la motivation des personnes qui oeuvrent quotidiennement et à tous les niveaux du réseau devrait être reconnue comme objectif prioritaire.

TROISIÈME PARTIE: l'analyse de la capacité de renouvellement du système

Cette troisième partie portera sur l'habileté du système à répondre aux nouveaux besoins.

Dans le contexte nord-américain où les ressources deviennent de plus en plus rares et où les innovations technologiques offrent sans cesse de nouvelles possibilités à la médecine, le besoin de faire des choix se pose clairement. Il faut donc entreprendre une rationalisation et une réorganisation de l'ensemble des services socio-sanitaires.

Il nous faut aussi rechercher et expérimenter des alternatives qui nous permettent de répondre adéquatement à la clientèle sans pour autant augmenter le niveau global de financement. Malheureusement, nous croyons que le système actuel de cloisonnement des établissements rend impossible le renouvellement du réseau.

Comme on l'a vu dans la première partie de cette présentation, le réseau comprend plusieurs catégories d'établissements et chacune de ces catégories a sa propre association pour la représenter. Ce cloisonnement est

renforcé au niveau du Conseil régional ainsi qu'au gouvernement où chaque secteur (santé sociale, hébergement, santé mentale, immobilisations) est isolé des autres.

Pour illustrer l'impact de ce cloisonnement et l'inhabileté du système actuel à effectuer un renouvellement, nous aimerions décrire une expérience récemment vécue au Centre hospitalier de Verdun lorsqu'il a proposé une solution alternative.

L'expérience du Centre hospitalier de Verdun

Il y a 185 000 personnes résidant sur le territoire du DSC- Verdun dont un fort pourcentage de personnes âgées. Le nombre de lits disponibles sur ce territoire, tant en soins prolongés qu'en soins aigus, est reconnu comme étant nettement inférieur aux besoins du territoire et à la moyenne canadienne ou québécoise.

Le problème des urgences y est réel, bien que le Centre hospitalier de Verdun (C.H.V.) ait mis en application les recommandations du rapport Spitzer¹ quatre (4) ans avant sa publication.

Après analyse des données d'Urgence-Santé sur les ambulances reçues au CHV pendant une période de douze mois, on a constaté que 8.4% de ces ambulances provenaient des CA et des CHSP du territoire. Les patients déjà hébergés sur le territoire représentent donc 8.4% de l'achalandage de l'urgence. Avec une clientèle de plus en plus vieillissante et de plus en plus malade, il est normal qu'il y ait beaucoup de cas chroniques dont l'état nécessite des soins aigus en CHSCD.

D'autre part, le territoire du DSC de Verdun a été désigné comme territoire prioritaire pour la construction de nouveaux lits de soins prolongés.

¹ Spitzer, Walter O., Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A), Université McGill, mai 1985, 114 p.

Actuellement, 120 des 360 lits du CHV sont occupés par des malades chroniques. Le CHV est aussi reconnu comme étant l'un des centres qui ferment le moins son urgence sur le territoire de Montréal.

Toutefois, au cours des derniers douze mois, les fermetures de l'urgence ont été de plus en plus fréquentes parce qu'il n'y avait pas de lits disponibles pour hospitaliser les malades. Ce manque de lits est dû principalement au nombre important de malades chroniques à l'hôpital.

Face à cette situation, le CHV a déposé au CSSSRMM un projet visant 1) à réduire l'achalandage à l'urgence du C.H.V. et 2) à augmenter le nombre de lits de soins prolongés sur le territoire.

Le projet déposé consistait à agrandir l'hôpital pour faire place à des lits de soins prolongés intermédiaires, c'est-à-dire des lits de soins prolongés situés dans un centre de courte durée ayant la capacité de traiter les malades chroniques dont l'état nécessite des soins aigus.

La répartition de ces lits aurait été faite par le mécanisme d'Info-admission et non par le C.H.V. Le budget d'opération nécessaire aurait été protégé pour éviter des transferts d'argent aux soins de courte durée dans des périodes de crise ou de redressement.

Il aurait été ainsi possible de créer un environnement complètement adapté aux besoins des malades chroniques tout en utilisant de façon maximale l'infrastructure existante au C.H.V.

Les coûts d'opération des lits de soins prolongés intermédiaires sont identiques aux coûts des lits de soins prolongés en CHSP. L'augmentation de la capacité de traitement en aigu provient plutôt des économies d'échelle et de l'organisation de la main-d'oeuvre.

En terme de coûts de construction et d'opération, la solution que nous avons proposée nécessitait des investissements comparables à ceux qu'exigeait l'ajout de lits de soins prolongés ailleurs sur le territoire. En conséquence, pour les mêmes investissements, on aurait pu combler deux besoins plutôt qu'un.

Ce projet d'agrandissement a été présenté à la Commission d'hébergement du CSSSRMM. Sans effectuer d'analyse détaillée du projet, la Commission a répondu que le CHV était un établissement de courte durée et qu'il n'avait donc pas pour mission de desservir une clientèle de soins prolongés. La Commission a alors demandé à un établissement de soins prolongés du territoire de rajouter des nouveaux lits de soins prolongés.

Comme on peut le constater, cette vision cloisonnée des missions des établissements a eu pour effet d'amener le rejet automatique d'une solution alternative très intéressante.

On pourrait citer plusieurs autres exemples de problèmes découlant de cette vision cloisonnée.

Rappelons brièvement la bataille pour le transfert des ressources de services sociaux des CSS vers les CLSC devant permettre aux C.L.S.C. de remplir leur rôle de distribution de services de première ligne, la confusion au sujet de l'appartenance des infirmières de liaison, la méfiance des CLSC face aux interventions d'autres établissements dans le domaine des soins à domicile. Le changement de la vocation de certains établissements et la complémentarité entre établissements de même catégorie sont d'autres exemples de ce problème.

Force est donc de constater que le système actuel favorise et supporte le fait que chaque intervenant protège jalousement son champ d'intervention aux dépens, bien souvent, de certaines clientèles et de l'ensemble du réseau. C'est là, à notre avis, le premier signal d'alarme d'une situation pouvant potentiellement hypothéquer la capacité de renouvellement du système.

Le Centre hospitalier de Verdun vit actuellement une expérience intéressante démontrant l'impact et les bénéfices à l'intégration de différentes structures sur un même territoire.

En effet, notre établissement s'est vu confier la responsabilité des 3 futurs C.L.S.C. créés par le regroupement de certaines ressources du D.S.C., du C.S.S. et du maintien à domicile de son territoire. Ces 3 futurs C.L.S.C., ou fiducies, contiennent tous les éléments d'un C.L.S.C. sauf l'accueil et l'organisation communautaire. Nous avons d'abord procédé à la nomination d'un coordonnateur des fiducies et formé un comité aviseur pour chacune des fiducies. L'hôpital fournit tous les services administratifs, financiers, matériels ainsi que les services de ressources humaines. Tous les services offerts par le C.H.V. sont intégrés dans l'infrastructure de l'hôpital et permettent de répondre aux besoins administratifs des 3 fiducies sans addition de ressources.

Cette intégration permet de garder l'autonomie des futurs CLSC et les relations sont excellentes. La coordination des programmes sur le territoire en est même grandement facilitée.

Ce climat de collaboration se traduit d'ailleurs par les appuis offerts au CHV dans la mise sur pied de son projet pilote d'hospitalisation à domicile.

Nous croyons donc qu'il est essentiel d'intégrer les services dispensés par les CH, DSC, CLSC, CSS et CA d'un même territoire. C'est la seule façon, à notre avis, de réduire l'impact des coûts administratifs et de gestion tout en permettant à chaque intervenant de garder son dynamisme et en maintenant des liens formels et faciles entre chaque groupe.

C'est dans cet esprit que les établissements situés sur le territoire du DSC-Verdun ont développé une table de concertation qui rend possible des échanges ouverts et une aide mutuelle entre établissements. Avec le projet d'hospitalisation à domicile sur notre territoire, nous aurons l'occasion de développer une structure complète et intégrée et d'en démontrer l'efficacité.

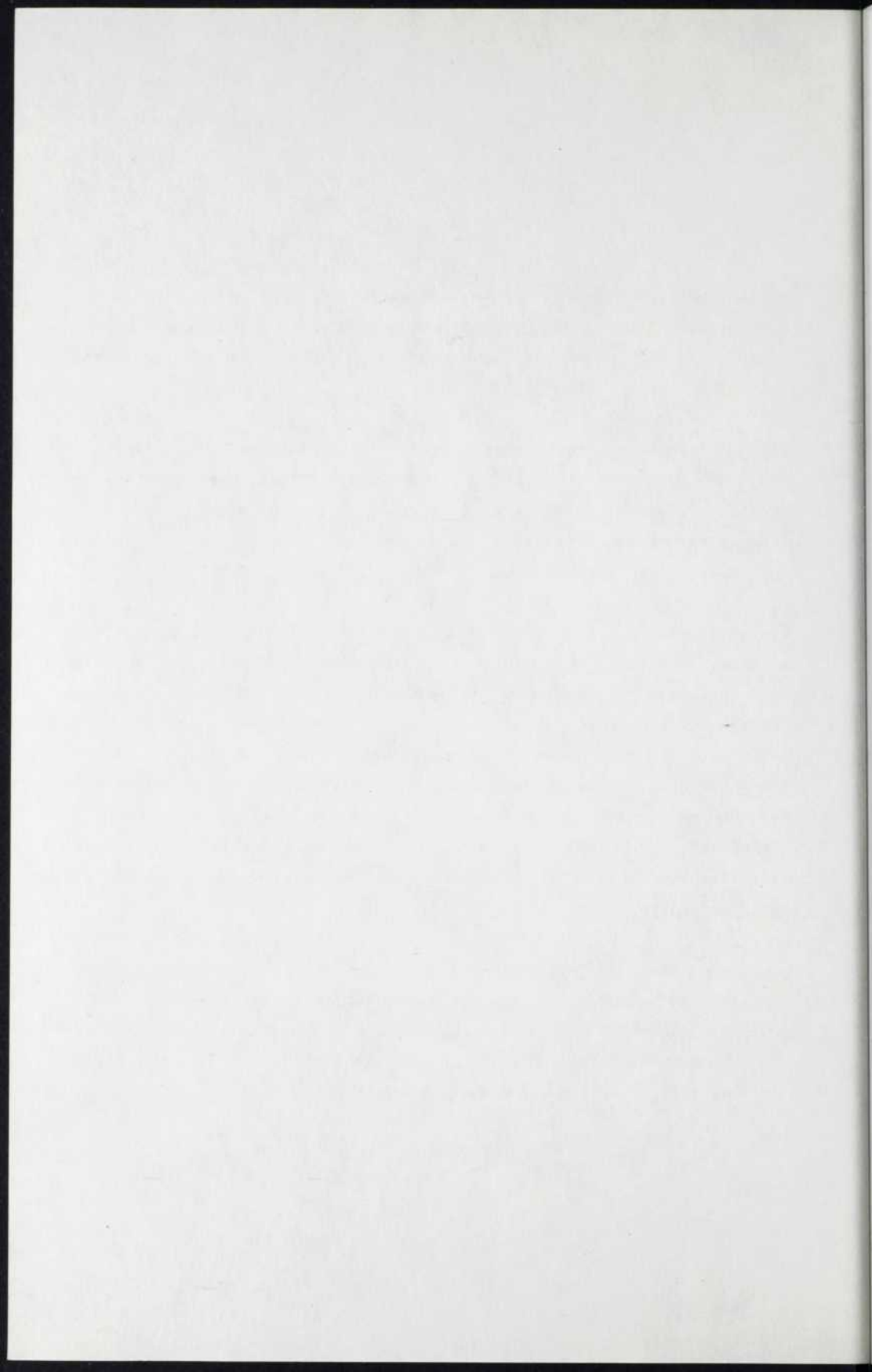
EN CONCLUSION

Cette brève évaluation du système socio-sanitaire québécois permet d'identifier plusieurs des problèmes actuellement vécus dans le réseau. Elle laisse aussi entrevoir certaines solutions et quelques avenues à explorer.

Jusqu'à maintenant, le système de santé et de services sociaux du Québec a démontré son efficacité et a permis d'atteindre ses objectifs de départ. En effet, la qualité et la quantité des services offerts sont très satisfaisantes à un coût qui se compare favorablement à ceux des autres systèmes de santé des pays industrialisés.

Toutefois, nous avons aussi démontré la nécessité de concentrer nos énergies sur l'impact qu'auront les changements à venir et de nous demander si notre système est en mesure de répondre à de tels changements. Notre réflexion nous indique que le grand nombre de différentes catégories d'établissements autonomes empêche une intégration facile des services de santé. Le cloisonnement du réseau rend très difficile la complémentarité, la rationalisation des services et l'habileté à s'adapter aux nouveaux besoins. Nous suggérons d'ailleurs d'étudier attentivement la possibilité d'intégrer plusieurs établissements d'un même territoire.

Nous avons aussi démontré que le manque de motivation dans le réseau, résultant principalement d'un manque de règles du jeu claires, précises, applicables et soutenues, a des effets néfastes sur le fonctionnement du système. Pour remédier à cette situation, il faudra établir des objectifs gouvernementaux et en assurer le suivi.



Le financement des services de santé et la
budgétisation des hôpitaux au Québec depuis 1970: un bilan

Gilles DesRochers

Le financement des services de santé ne constitue pas une fin en soi. Il peut cependant faciliter la poursuite des objectifs d'un système ou d'une politique de santé. Mais en définitive, quels que soient les objectifs ou finalités poursuivis par l'un ou l'autre, le financement doit permettre non seulement d'atteindre ces objectifs, mais de le faire au moindre coût, c'est-à-dire de manière efficiente, compte tenu de la rareté et du coût élevé des ressources affectées à la santé.

Lorsqu'on parle de financement, dans un système public, il faut en distinguer deux aspects. Le premier a trait au niveau de financement, c'est-à-dire à la couverture des soins assurés, qui détermine la part des ressources collectives qui leur est affectée. Le deuxième concerne les modalités de remboursement des dispensateurs, c'est-à-dire le mode de budgétisation des établissements de santé et la rémunération des professionnels de la santé, plus particulièrement des médecins.

LE NIVEAU DE FINANCEMENT

Le débat sur le financement des services de santé, tant au Québec qu'au Canada, au cours des dernières années, a porté principalement sur le sous-financement. Rappelons qu'en 1980, les dépenses totales de santé accaparaient 8,5% du produit intérieur brut (PIB) au Québec. Au Canada, ce pourcentage s'élevait à 7,3%, comparé à 7,1% en moyenne dans les pays de l'OCDE (1).

Quant aux dépenses publiques de santé, elles représentaient 6,9% du PIB au Québec en 1980, et 5,4% au Canada et dans les pays de l'OCDE (2). L'effort de l'Etat, mesuré par la proportion des dépenses totales de santé qu'il prend à sa charge était également plus élevé au Québec, soit 80,1% en 1982, comparé à 74,2% au Canada et 76,9% dans les pays de l'OCDE (3). En chiffres absolus, les dépenses totales de santé étaient de \$1 166. par personne au Québec, en 1982, contre \$1 202 en Ontario et \$1 220 dans l'ensemble du pays (4).

Ces quelques données pourraient nous porter à conclure que le niveau de financement au Québec est fort satisfaisant et que le problème d'un financement inadéquat n'existe pas vraiment, même si les dépenses totales par personne y sont moins élevées. C'était d'ailleurs l'opinion de la majorité des personnes interrogées lors d'un sondage omnibus réalisé au Québec au printemps 1985, par le Centre de sondage de l'Université de Montréal. En effet, 57,4% des 2030 personnes interrogées affirmaient que le gouvernement dépensait assez, voire même trop d'argent pour les services de santé (5). Quant aux participants au 7e Colloque Jean-Yves Rivard, qui ont répondu à la même question, 78,2% ont exprimé l'avis que le système de santé était assez ou trop financé par l'Etat. Ce dernier résultat peut sembler surprenant de la part de personnes qui tirent leur subsistance, à titre d'administrateurs ou de professionnels, des fonds publics affectés à la santé. Il faut noter toutefois que cette dernière catégorie de répondants, contrairement à la première, ne constituait pas un échantillon scientifiquement constitué.

La recherche du niveau optimal de financement n'est pas chose facile. Dans l'état actuel des connaissances relatives à l'influence des dépenses de santé sur l'état de santé d'une population, et compte tenu de l'absence d'évaluation des résultats des programmes, il n'est pas possible de dire objectivement si le niveau de financement des services de santé est présentement adéquat ou non (6).

La détermination d'un niveau optimal de financement des dépenses de santé se complique du fait que les services de santé ne constituent pas un bien homogène, mais plutôt un panier de biens ou de services hétérogènes. Les services de santé étant constitués de sous-ensembles de services (v.g. préventifs, curatifs, de réhabilitation) le problème consiste alors à déterminer la répartition optimale des ressources entre ces catégories et sous-catégories (v.g. soins à domicile vs hospitalisation). A ce chapitre, on peut sérieusement se demander si la répartition des ressources entre les programmes est conforme à cet optimum puisqu'on déplore depuis longtemps l'insuffisance des ressources consacrées à la prévention par rapport aux activités thérapeutiques, de même que l'insuffisance des dépenses pour le maintien à domicile en regard des ressources importantes consacrées aux soins en établissements. La recherche de la répartition optimale des ressources entre les divers programmes de santé constitue donc une question aussi urgente, et probablement plus utile, que de savoir si l'on dépense trop ou pas assez. En vérité, il s'agit d'une démarche différente qui permet de s'approcher d'une réponse satisfaisante à cette deuxième question. Dans un régime public, cette répartition des ressources relève du pouvoir politique qui se substitue au marché dans l'expression des choix qui, d'individuels, deviennent collectifs.

LA BUDGETISATION DES HOPITAUX

Nous avons souligné la nécessité de distinguer, en ce qui concerne le financement dans un régime public où les lois du marché sont abolies, les décisions qui touchent l'affectation des ressources collectives à la santé en général et sa répartition entre les divers programmes sanitaires d'une part, des modalités de financement de ces programmes d'autre part, soit la budgétisation des établissements qui dispensent les soins et services et la rémunération des professionnels. Ce dernier aspect ne sera pas traité ici.

Une fois que l'enveloppe globale des crédits alloués à la santé a été attribuée aux divers programmes, le Ministère de la Santé et des Services sociaux doit les distribuer entre les établissements du réseau. Les modalités selon lesquelles s'effectue la budgétisation sont importantes car elles comportent des incitations ou stimulants ayant un impact potentiel positif, négatif ou neutre sur divers aspects des activités de l'établissement, dont les principaux sont le volume même de ces activités et leur composition, la qualité des soins et services, le montant des dépenses totales et la performance, c'est-à-dire l'efficacité mesurée par la productivité et les coûts unitaires. C'est de ce dernier aspect qu'il sera principalement question.

LE BUDGET GLOBAL

La réforme du système de santé au Québec fut caractérisée par un changement dans le mode de budgétisation des établissements par l'Etat. En 1972, le budget global remplaça le budget détaillé (7). Cette initiative avait l'avantage d'accorder une plus grande autonomie et plus de flexibilité aux administrateurs dans l'utilisation des ressources mises à leur disposition. De plus, on espérait mettre fin à l'incertitude entourant la négociation des budgets détaillés (ligne par ligne) et les règlements de fin d'année portant sur les déficits. Malheureusement, malgré la suppression des règlements de fin d'année en 1974, et les remboursements des déficits accumulés à cette date, ceux-ci réapparurent de plus belle. On attribuait parfois les déficits au budget global lui-même, dont on contestait la base de budgétisation de départ.

Le budget global de 1972 avait été en effet fixé en indexant, pour chaque établissement, les dépenses depuis l'année 1970, entérinant ainsi le caractère historique du budget, qui devait être par la suite indexé annuellement afin de préserver son pouvoir d'achat, et augmenté, le cas échéant, des crédits de développement accordés pour de nouveaux services ou l'extension de services existants.

L'INTRODUCTION DE LA PERFORMANCE

La base historique du budget global n'assurait donc pas, ou alors que de façon fortuite, l'adéquation des ressources à la performance avec laquelle celles-ci étaient utilisées dans la production des services. Il devint vite évident qu'une réforme du budget global s'imposait afin d'assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'allocation des ressources aux centres hospitaliers, car c'est à cette catégorie d'établissements que

s'adressa d'abord la réforme. Celle-ci, connue sous le vocable de "révision de la base budgétaire" (8), visait essentiellement à modifier, à la marge et progressivement, l'assiette budgétaire de base des centres hospitaliers afin de corriger les situations de sous-budgétisation ou de surbudgétisation, c'est-à-dire à redistribuer l'enveloppe budgétaire entre les établissements afin de rétablir plus d'équité dans l'attribution des budgets et, par conséquent, assurer un usage plus adéquat des ressources gigantesques affectées au secteur hospitalier.

Ce mécanisme de réallocation des ressources, implanté en 1977, était basé essentiellement sur la performance, c'est-à-dire sur les coûts comparatifs entre un hôpital et un groupe d'hôpitaux ressemblants. Il fut bientôt transformé, en raison de la raréfaction des ressources financières du gouvernement du Québec, en un mécanisme de restrictions budgétaires s'appliquant à l'ensemble du réseau hospitalier (9). L'application de la méthode de révision de la base budgétaire (MRBB), dans cette nouvelle optique, pour laquelle elle n'avait d'ailleurs pas été conçue, fut décevante. Ainsi, en 1983-84, selon le Vérificateur général du Québec, l'application de la MRBB s'est faite au détriment des établissements performants et au profit des hôpitaux non-performants (10). De plus, certains gestionnaires du ministère ont ignoré cette méthode de budgétisation sans même suggérer des améliorations aux faiblesses qu'ils croyaient y déceler (11).

Pendant ce temps, les déficits des centres hospitaliers n'ont cessé de s'accumuler, bien que les établissements eurent réussi à en résorber pour un montant estimé à \$450 millions entre 1976 et 1982 (12). En 1982-83, les déficits furent de \$30 millions, de \$50 millions en 1983-84, de \$65 millions en 1984-85 et atteignaient \$85 millions en 1985-86 (13).

L'ABANDON DE LA PERFORMANCE

Dans un rapport publié en mai 1985 (14) un comité interministériel chargé d'étudier les causes structurelles des coûts hospitaliers recommandait: "de garder en suspens la notion de performance en tant que critère d'allocation des ressources", en se fondant sur une analyse étiologique et erronée du fonctionnement de la budgétisation selon la performance. Par exemple, le rapport du comité affirme: "...que l'exigence de la performance constitue plutôt une descente en spirale vers un budget nul étant donné que lorsque l'établissement est performant, on n'accroît pas son budget car cela aurait pour effet de le rendre non performant; cela signifie qu'il peut produire les mêmes services avec moins de ressources et, en conséquence, on diminue son budget" (15). Si telle a été l'application que l'on a faite de la MRBB, il s'agit alors d'une incompréhension de la méthode ou bien d'une application déviée dans le but de réduire les budgets. En effet, un établissement performant, c'est-à-dire en économie de ressources, a des coûts inférieurs ou égaux à la moyenne du groupe d'établissements auquel il est comparé. S'il est en équilibre budgétaire, il n'y a alors pas lieu de réduire sa base budgétaire. Ce n'est que lorsqu'il est en surplus budgétaire que celui-ci sera récupéré (16), à moins, que ce surplus soit libérable, c'est-à-dire qu'il provienne d'une amélioration de productivité. Si, par ailleurs, un établissement performant est en déficit budgétaire, c'est qu'il est sous-budgétisé et le gouvernement devrait accroître sa base budgétaire plutôt que la diminuer (17). Nous sommes donc loin d'une descente en spirale vers un budget nul.

Si la MRBB a été utilisée de cette façon, il n'est pas surprenant que les administrateurs aient manifesté de l'irritation à son endroit, ce qui a

miné la crédibilité de cette technique de budgétisation et justifié les reproches du Vérificateur général pour le mauvais usage qu'on en a fait.

De plus, le ministère a modifié, à plusieurs reprises, la formule de regroupement des établissements et de façon telle qu'en 1983, dans le groupe I d'établissements composé en quasi-totalité d'hôpitaux d'enseignement, sur 12 établissements, dix étaient déclarés non performants, c'est-à-dire en excédent de ressources et seulement deux jugés performants, c'est-à-dire en économie de ressources. Si l'on se reporte en 1977/78, au moment de l'implantation de la méthode, un nombre égal, soit sept établissements du groupe I, sur un total de 14, se trouvaient alors ou bien en économie ou bien en excédent de ressources.

L'application incohérente de la MRBB, dans une période où par surcroît tous les budgets des établissements ont souffert de restrictions budgétaires inévitables, a créé une grande confusion dans l'interprétation des causes des déficits. Dans quelle mesure fallait-il les attribuer à une performance défaillante ou à la sous-budgétisation ou à ces deux facteurs conjugués? Plutôt que de chercher à clarifier cette situation par une utilisation objective de la MRBB, le Ministère de la santé a préféré recourir à une "opération blitz 1985/86", où chaque budget a fait l'objet d'un examen à la pièce, pour décider des établissements dont le déficit devait être remboursé. Rien ne permet d'assurer a priori qu'une démarche semblable va rétablir, de façon équitable, les bases budgétaires qui avaient été rognées par l'insuffisance des crédits disponibles au cours des années de compressions budgétaires. Il est plutôt à craindre que les établissements qui ont fait le moins d'efforts pour améliorer leur performance, par la résorption des ressources excédentaires qu'ils utilisaient, soient récompensés et que les autres soient pénalisés dans l'opération.

Au lieu de financer pêle-mêle auprès des institutions bancaires, l'ensemble de ces déficits au cours des dernières années, l'Etat aurait dû accorder les crédits nécessaires, au moins aux établissements performants, plutôt que de réduire leurs budgets, et financer par emprunt obligataire les déficits des établissements non performants. Cela aurait évité au gouvernement d'éponger rétrospectivement ces déficits. Certains rétorqueront que cela revient à payer l'épicerie à crédit. Ce à quoi on peut répondre que les dépenses de santé constituent, du moins en partie, un investissement dans le capital humain et donc dans la capacité de production, au même titre que les dépenses routières, plus meurtrières.

Cette façon de concevoir le financement hospitalier a détruit l'incitation à gérer efficacement (18), puisqu'il n'était plus question de libérer des surplus dûs à la performance, mais de créer des déficits artificiels qui seraient éventuellement remboursés. D'ailleurs, le gouvernement vient d'annoncer qu'il épongera \$133 millions de déficits hospitaliers en 1986-87.

L'abandon, ou du moins la mise en veilleuse, du recours à la performance dans la budgétisation des centres hospitaliers par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec constitue un pas en arrière dans la mesure où aucune méthode de budgétisation de remplacement, comportant des critères rationnels d'allocation de ressources n'est proposée. L'utilisation des coûts par catégories diagnostics (Diagnosis Related Groups) pourrait combler certaines lacunes de la MRBB, puisque celle-ci est fondée sur

des comparaisons de coûts par centres d'activités, plutôt que sur les coûts par catégories de diagnostics, et ne prend donc pas en compte la nature des cas traités, bien que les regroupements s'effectuent à partir de la structure des diagnostics.

Mais l'utilisation des catégories de diagnostics iso-ressources ne peut-être envisagée à court terme. Il faudra au moins cinq ans avant qu'un système d'information adéquat sur la comptabilité analytique soit opérationnel et qu'un système de budgétisation basé sur les coûts par catégories de diagnostics ait été soumis à un certain rodage au cours d'une phase expérimentale plus ou moins longue. Cette méthode pourrait être complémentaire à la MRBB puisque celle-ci couvre la quasi-totalité des activités hospitalières alors que les DRG ne s'appliquent qu'aux malades hospitalisés pour des soins de courte durée.

BUDGETISATION FLEXIBLE DE PERFORMANCE

Quelles que soient les finalités que l'on s'apprête à attribuer aux services de santé, il est urgent de revenir à des règles de budgétisation qui favorisent à tout le moins la recherche de l'efficacité. Le budget global en lui-même favorise cet objectif, de même que l'efficacité, lorsque les objectifs ou les finalités du système sont connus. Encore faut-il que le budget global soit attribué de manière à assurer le meilleur usage possible des ressources collectives. Pour cela il est indispensable que l'Etat s'en remette à un concept de Budgétisation Globale Flexible de Performance dans la dotation financière des établissements. Cela signifie d'abord et avant tout que la budgétisation doit rester globale afin d'assurer la plus grande autonomie possible à l'administrateur dans la poursuite

des activités propres à la rencontre des objectifs des divers programmes qui reflètent la mission de son établissement. Cette budgétisation doit aussi être flexible, c'est-à-dire reconnaître l'impact du volume des activités sur les dépenses réelles, et enfin comporter des critères de performance. Or la MRBB constitue un tel instrument. Elle n'a pas été utilisée de façon judicieuse jusqu'à ce jour, malgré qu'elle ait été implantée il y a presque dix ans. A moyen terme elle pourrait être perfectionnée en introduisant la prise en compte de la nature des diagnostics ou des cas traités et, éventuellement de la complexité de ceux-ci.

De plus, il serait nécessaire de considérer l'incidence de la recherche et de la formation médicale sur les coûts. Quant à l'impact technologique, il ne peut être négligé. Mais il s'agit là d'un facteur peut-être plus complexe à évaluer et qui touche aussi au financement des équipements et des immobilisations en général, à cause de certains réaménagements physiques souvent nécessaires.

FINANCEMENT DES IMMOBILISATIONS

Les projets d'immobilisations dont le coût est inférieur à \$1 million, de même que les équipements médicaux et ordinaires ont été financés, à partir de 1976, à même les revenus tirés des suppléments de chambres privées et semi-privées. La formule, qui prévoyait au départ un partage 40-40-20 (pour cent) entre les centres hospitaliers, les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Santé et des Services

sociaux fut par la suite modifiée de manière à ce que chaque intervenant touche le tiers du produit de ces suppléments. Le gouvernement a finalement amputé, il y a quelques années, la part des établissements dans la vague des restrictions budgétaires.

Cette modalité de financement des immobilisations vient d'être abandonnée et les revenus tirés des suppléments de chambres seront désormais, comme autrefois, déduits du budget des dépenses autorisées, dans le calcul de la subvention du ministère aux établissements. Cela aura d'abord pour effet de supprimer l'incitation, pour les établissements, à percevoir les suppléments de chambre, puis d'abolir le seul programme hospitalier véritablement décentralisé, c'est-à-dire qui remet aux établissements, non seulement le pouvoir de décider de la dépense, mais qui leur accorde aussi une source autonome de financement, limitée toutefois par le maintien du pouvoir d'établir la tarification entre les mains du gouvernement.

Il est vrai que cette source de financement était insuffisante pour satisfaire aux besoins de renouvellement des équipements (19). Mais on peut douter que le remplacement de ces revenus par des subventions directes améliore la situation. Au moment où l'on parle de privatisation, au moins partielle, sinon des soins, du moins de certains services de santé, d'autres scénarios sont possibles pour accroître les sources de financement des investissements hospitaliers. Comme par exemple imposer des frais d'hébergement à tous les patients hospitalisés, comme c'est le cas actuellement de tous les patients en soins prolongés. Ces frais pourraient être modulés, comme ces derniers, en fonction du revenu et de la taille des familles, de manière à préserver l'équité du transfert aux usagers d'une partie des coûts de la santé, actuellement supportés par l'Etat.

CONCLUSION

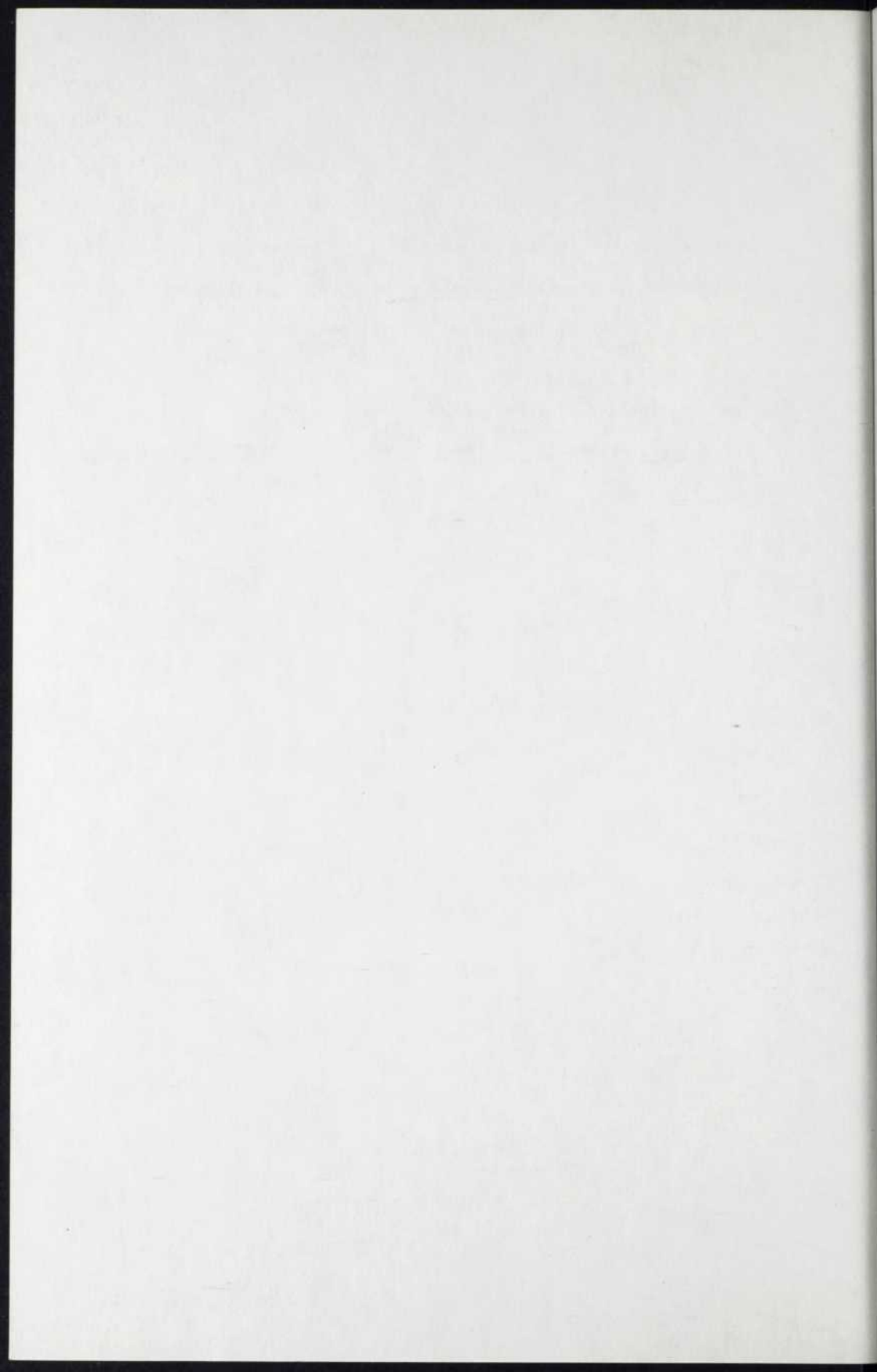
Nous avons vu, en nous fondant sur l'observation de certaines données statistiques, qu'on ne peut conclure à une situation de sous-financement des dépenses de santé au Québec. Il s'agit là d'une question fort complexe à résoudre et essentiellement dépendante, dans un système public, d'un ensemble de valeurs et de choix politiques. Il est d'ailleurs fort difficile, voire impossible, d'évaluer globalement si le régime de financement est adéquat et favorise l'atteinte d'objectifs de santé lorsque ceux-ci ne sont pas explicitement exprimés.

Pour qu'un système de santé soit efficace, c'est-à-dire qu'il atteigne ses objectifs, ce qui suppose que ceux-ci sont connus, il faut aussi que ce système soit efficient, c'est-à-dire que les résultats obtenus le soient au moindre coût. Or, nous croyons avoir démontré, du moins en ce qui concerne le domaine hospitalier, que l'Etat se soucie de moins en moins de la performance des établissements, c'est-à-dire de leur efficience à poursuivre des objectifs qu'on aimerait voir mieux définis à l'intérieur des finalités de notre système de santé.

- (1) Contandriopoulos, André-Pierre et Lemay, Anne (1985). Evolution, composition et comparaison des coûts du système de santé québécois, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Département d'Administration de la santé, Université de Montréal, p. 18.
- (2) Idem.
- (3) Ibid, p. 20.
- (4) Santé et Bien-être social Canada, Les dépenses nationales de santé au Canada: 1970-1982, pp. 34 et 44.
- (5) Contandriopoulos, A.-P. et Tessier, G. (1985). "L'opinion de la population du Québec et des administrateurs de la santé", in DesRochers, Gilles (éd.) Le Système de santé: financement à repenser, actes du 7e Colloque Jean-Yves-Rivard, p. 111.
- (6) Contandriopoulos, André-Pierre, (1982), Le niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- (7) DesRochers, Gilles (1985), "La budgétisation des C.H. du Québec: Rétrospective et prospective", Administration hospitalière et sociale, septembre-octobre 1985, pp. 27-37.

- (8) DesRochers, Gilles (1979), "Le financement des établissements de santé et de services sociaux", Administration publique du Canada/Canadian Public Administration, vol. 22, automne 1979, no 3, pp. 367-379.
- (9) Association des Hôpitaux du Québec, (1981), Les finances hospitalières à la croisée des chemins, pp. 37-38.
- (10) Vérificateur général du Québec (1984), Rapport à l'Assemblée nationale, p. 92.
- (11) Idem.
- (12) Association des Hôpitaux du Québec (1985), La situation financière des centres hospitaliers publics du Québec, p. 2.
- (13) AHQ (1985), op. cit. p. 2.
- (14) Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, (1985), Rapport, p. 8.
- (15) Ibid, pp. 8-9.
- (16) DesRochers, Gilles (1979), op. cit. p. 377.
- (17) Ibid, p. 376.

- (18) Chicoine, Jean-Pierre (1985), "Organisation et distribution des services de première ligne: réussite ou échec du budget global", in Gilles DesRochers (éditeur), Le système de santé: financement à repenser? Actes du 7e Colloque Jean-Yves Rivard, pp. 58-59.
- (19) Association des Hôpitaux du Québec (1983), Le financement du maintien et du renouvellement des immobilisations des centres hospitaliers publics du Québec.



Les services de prévention et de promotion
de la santé: l'expérience des DSC

François Champagne

Raynald Pineault

Il existe à l'heure actuelle très peu d'information qui nous permettrait de faire le point sur les services de prévention et de promotion de la santé dans le système de santé québécois. Comme toile de fond à notre discussion de ce matin, nous aimerions vous présenter quelques données sur les départements de santé communautaire (DSC). Il est bien évident qu'une partie importante des activités de prévention et de promotion de la santé s'effectue hors des DSC. Cependant c'est à ces organismes que fût formellement confiée la responsabilité de coordonner et, dans certains cas, de fournir les services de prévention et de promotion de la santé à la population québécoise. Bien que limitée, un examen de l'expérience des DSC au Québec s'avère donc un prérequis essentiel à une discussion de l'impact de la nouvelle organisation de la santé publique implantée depuis 1970.

Implantation des DSC au Québec

L'expérience des DSC est unique au Canada et peut-être dans le monde. Sur un plan pratique, elle tentait de rapprocher les pratiques curatives et préventives et d'éliminer les distinctions artificielles qui existent entre la santé publique et la médecine. Cette volonté s'est exprimée dans la fabrication d'une nouvelle étiquette, "santé communautaire".

En 1970, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social propose une réforme du système de santé au Québec. Cette réforme doit s'articuler autour d'une organisation régionale des services de

santé comportant trois niveaux de soins: les soins généraux, les soins spécialisés et les soins ultraspécialisés. Ces trois niveaux de soins sont offerts par trois centres complémentaires: le centre local de santé (CLS), le centre communautaire de santé (CCS) et le centre hospitalier universitaire (CHU). Les CLS (maintenant CLSC) offrent des soins socio-médicaux de première ligne. Ils sont responsables de la réalisation des objectifs d'accessibilité, de continuité et de soins complets. Les CCS sont des centres hospitaliers offrant des soins généraux et spécialisés. Ils correspondent à ce qu'on nomme aujourd'hui simplement centres hospitaliers (CH). Ils servent une population d'environ 100,000 à 300,000 personnes. Les CHU sont les centres régionaux d'enseignement et de recherche offrant des soins ultraspécialisés. Au niveau de chaque région, le rôle de coordination est confié à l'Office Régional de la Santé (ORS - maintenant CRSSS). Cet office de planification et de coordination doit conseiller et assister le Ministère dans l'élaboration des programmes et doit surveiller l'application des programmes.

Le rapport de la Commission ne traite en aucune façon de l'organisation de la santé publique. Pour ce faire, on forme en 1971 un "Comité d'étude sur la prévention sanitaire" présidé par le Docteur Corbett McDonald. Après étude des différents types d'organisations prévues dans le rapport de la Commission Castonguay, et sur la volonté du gouvernement d'intégrer les fonctions de santé publique au sein du système général de santé, le comité McDonald conclut que "la place du centre hospitalier dans le régime de santé, les responsabilités qu'il assume et la taille de sa population constituent trois facteurs désignant

le centre hospitalier pour l'intégration de la plupart des fonctions de santé publique"¹. C'est ainsi que le comité recommande la création d'un département de médecine communautaire intégré au centre hospitalier. Ce département aurait le même statut que les autres départements cliniques et serait responsable:

1. d'étudier les besoins de santé de la population 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 toute épidémie de maladie ou d'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 curatifs².

Le comité recommande au Ministère de procéder immédiatement à la détermination de bassins de population d'environ 100,000 à 300,000 habitants à travers la province et à l'identification des centres hospitaliers qui devront établir un tel département de médecine communautaire.

Le gouvernement du Québec est favorable à ces recommandations. Le règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, ch. 48), adopté le 8 novembre 1972, c'est-à-dire à

1 Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire (rapport McDonald), 24 décembre 1971, p. 17-18.

2 Ibid, p. 20

peine 10 mois après le dépôt du rapport McDonald, décrit les fonctions du département de santé communautaire et identifie initialement 31 centres hospitaliers qui devront établir un tel département.

"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"³.

Comme on peut le noter, le gouvernement assigne alors aux départements de santé communautaire toutes les fonctions recommandées par le comité McDonald sauf l'évaluation de l'efficacité des services de santé.

En 1973, le ministère des Affaires sociales diffuse un "document d'orientation en santé communautaire" dans lequel les fonctions des départements de santé communautaire sont décrites comme suit:

- 1) l'évaluation des besoins de la population du territoire en matière de santé physique et de santé mentale;
- 2) l'élaboration, la mise en oeuvre et le développement de programmes de santé physique et mentale et de services préventifs en collaboration avec les CLSC;
- 3) la coordination des services de santé courants dans le centre hospitalier;
- 4) la responsabilité de procéder à des enquêtes sur les épidémies de maladies et d'accidents et de voir à instaurer les mesures de contrôle appropriées.

Les 31 DSC prévus au règlement s'organisent au cours de l'année 1974 et un trente-deuxième entre en fonction en 1977 dans un nouveau centre hospitalier en banlieue de Montréal.

Bilan préliminaire

Il y a donc maintenant plus de 10 ans que les DSC ont vu le jour. D'une part, l'évolution des DSC est hétérogène. En effet, on constate, même au premier coup d'oeil, des différences importantes dans la façon dont les DSC ont assumé leur mandat de santé communautaire. D'autre part, tant les membres des DSC que les autres intervenants du réseau des affaires sociales questionnent à l'heure actuelle, la capacité des DSC à trouver les moyens nécessaires pour accomplir leur mandat. On s'interroge en effet sur le rôle des DSC, sur leurs accomplissements, sur leurs approches et leurs activités.

Plusieurs explications peuvent à prime abord être suggérées. Premièrement, la pénurie de ressources humaines compétentes a sûrement joué un rôle de première importance dans l'évolution des DSC. En effet, le personnel recruté des unités sanitaires était pour sa part peu habitué, incliné ou habilité à accomplir les nouvelles fonctions de santé communautaire. De plus, il y avait de toute façon très peu de personnel formé en ce sens. Deuxièmement, le mandat confié aux DSC était peu défini. D'une certaine façon, l'évolution des DSC s'est faite en symbiose avec l'évolution du concept même de santé communautaire et de ses pratiques et outils. Troisièmement, bien des DSC ont dû suppléer à l'absence de CLSC. Certains pensent en effet que cette fourniture directe de services a pu freiner les DSC dans l'accomplissement de leur mandat propre. Quatrièmement, l'introduction de la santé communautaire s'est faite dans des contextes organisationnels différents tant par leur vocation (centres hospitaliers ultraspécialisés, universitaires, pédiatriques, etc) que par leur taille, leur tradition, leur orientation et leur réceptivité. Finalement, l'environnement des centres hospitaliers désignés (CH-DSC) diffère sur plusieurs plans (présence d'autres centres hospitaliers de courte durée, présence de CLSC, degré d'intégration dans la communauté, etc.).

Nous avons récemment effectué une étude qui avait pour objet de vérifier dans quelle mesure et de quelle manière ces facteurs organisationnels et extra-organisationnels ont pu jouer sur la réalisation désignés du mandat de santé communautaire par les CH-DSC.

Plus précisément, les objectifs de cette étude étaient de deux ordres: premièrement, déterminer dans quelle mesure les départements de santé communautaire au Québec ont assumé les fonctions formelles de santé communautaire, c'est-à-dire; a) l'identification des problèmes de santé; b) l'élaboration des programmes de santé; c) la coordination des ressources communautaires; d) l'évaluation de l'impact des programmes de santé sur les populations visées par ces programmes; deuxièmement, identifier les facteurs intra et extra-organisationnels qui peuvent expliquer comment et pourquoi ces fonctions ont été assumées différemment par les 32 DSC du Québec.

Les tableaux 1 à 6 présentent certains résultats préliminaires de cette étude. Toutes ces données ont été recueillies au cours de l'année 1983.

En novembre 1983, 2724 personnes oeuvraient au sein des DSC (tableau 1). De ce total, 1656 personnes fournissaient des services directement à la population et ont, depuis cette date, été presque en totalité transférées dans les CLSC. Le nombre moyen de personnes affectées à l'équipe de base variait de 22 à 40. Plus de 20% du personnel de l'équipe de base avait une formation médicale (tableau 2), alors que près de 16% avait un diplôme en nursing, 11% en sciences sociales, 8% en environnement et sciences fondamentales et 7.5% dans les autres sciences de la santé et du bien-être.

Le tableau 3 présente la distribution du temps consacré aux différentes fonctions. Lors de notre étude, les DSC consacraient en moyenne 38.6% de leur temps à la dispensation directe de services, 15.5% à l'analyse de besoins, 14% à la programmation, 12.3% à la coordination externe, 8.4% chacun à l'évaluation, et au contrôle des maladies infectieuses et des risques environnementaux et environ 3% à la coordination de services à l'intérieur du CH auquel ils sont rattachés.

Les DSC sont en général bien intégrés administrativement dans les CH mais moins bien intégrés professionnellement (tableau 4). Les tableaux suivants présentent trois indicateurs indirects de la performance des DSC. Comme premier indicateur, nous avons retenu l'existence de programmes non-traditionnels tels que des programmes s'adressant aux adultes ou aux personnes âgées; des programmes de santé mentale ou des programmes de santé au travail autres que ceux requis par les contrats avec la CSST. On peut voir au tableau 5 que la majorité des DSC n'avait aucun ou un seul de ces programmes et que seulement un DSC en offrait 3 des 4.

Un deuxième indicateur de la performance des DSC est l'influence qu'ils ont pu exercer dans les centres hospitaliers. En effet, comme on l'a vu précédemment, les DSC ont été intégrés aux CH entre autres dans un effort de rapprocher les pratiques curatives et préventives. Nos données indiquent cependant que les DSC ont eu très peu d'impact sur les orientations des CH auxquels ils sont rattachés et peu d'impact sur les pratiques professionnelles au sein de ces CH (tableau 6).

Nous avons finalement demandé aux intervenants du réseau et aux DG et DSP des CH désignées leur perception de la performance des DSC dans l'accomplissement de chacune de leurs fonctions (tableau 7). La performance de la majorité des DSC est perçue comme adéquate ou très adéquate en ce qui concerne la coordination interne et le contrôle des maladies infectieuses et des risques environnementaux. Quatorze DSC ont une performance satisfaisante pour ce qui est de l'analyse de besoin et neuf pour l'évaluation. Seulement deux DSC sont considérés comme exerçant adéquatement leur fonction de coordination externe. La même chose est vraie en ce qui concerne la programmation.

Nous nous sommes aussi interrogés sur l'impact de l'intégration dans le CH sur la performance des fonctions (tableau 8). Nos résultats indiquent que l'intégration semble une condition nécessaire pour influencer les pratiques des centres hospitaliers. Plus spécifiquement, l'intégration administrative est associée à une plus grande influence sur les pratiques administratives alors que l'intégration professionnelle est associée à l'influence sur les pratiques professionnelles. De plus, l'intégration administrative semble être un facteur favorisant une performance adéquate des fonctions externes de programmation, de coordination et d'évaluation. L'intégration professionnelle quant à elle ne semble pas aider autant dans la performance des fonctions et pourrait mieux être un détriment à la fonction de coordination externe.

Sans discuter ici en détail des autres résultats de notre étude, on peut cependant noter que les principales variables qui

expliquent la façon dont les DSC ont assumé leur mandat de santé communautaire sont, au niveau du DSC, la provenance et le type de personnel, de même que les caractéristiques du chef. Au niveau du CH-DSC, la situation d'aisance budgétaire, l'autonomie de gestion laissée au DSC, l'importance perçue de la santé communautaire et, comme on l'a vu, l'intégration administrative sont toutes associées à l'accomplissement des fonctions.

Tableau 1.

PERSONNEL OEUVRANT DANS LES DSC PAR RÉGION SOCIO-SANTAIRE

Novembre 1983

Région	Nombre de DSC par région	Nombre total de l'équipe de base		Nombre moyen de personnes affectées à l'équipe de base	Nombre total du personnel d'exécution		Nombre total du personnel	
		n	%		n	%	n	%
01 Bas St-Laurent/ Gaspésie	2	49	89,0	24,5	6	11,1	55	100,0
02 Saguenay/ Lac St-Jean	2	46	38,0	23,0	75	62,0	121	100,0
03 Québec	7	160	28,6	22,8	382	68,0	561	100,0*
04 Trois-Rivières	3	78	28,2	26,0	199	71,8	277	100,0
05 Estrie	1	31	24,4	31,0	96	75,6	127	100,0
06A Montréal métropolitain	8	283	26,4	35,4	629	58,7	1071	100,0**
06B Laurentides/ Lanaudière	2	41	34,1	20,5	79	65,9	120	100,0
06C Montérégie	4	112	45,2	28,0	136	54,8	248	100,0
07 Outaouais	1	40	90,9	40,0	4	9,1	44	100,0
08 Nord-Ouest	1	28	100,0	28,0	-	-	28	100,0
09 Nouveau-Québec	1	22	30,5	22,0	50	69,5	72	100,0
TOTAL	32	890	32,7	27,8	1656	60,8	2724	100,0***

Personnes affectées aux projets spéciaux, enseignement ou recherche:

* 19 personnes (ou 3,4%)

** 159 personnes (ou 14,9%)

*** 178 personnes (ou 6,5%)

Tableau 2

Composition de l'équipe de base
DSC - Novembre 1983

Formation	Nombre	%
Médecine	181	20,3
Nursing	141	15,8
Art dentaire	17	2,0
Hygiène dentaire	6	0,7
Epidémiologie	10	1,1
Autres sciences de la santé et du bien-être	(67)	(7,5)
nutrition	35	4,0
physiothérapie	5	0,6
ortho-audiologie	10	1,1
psychologie	9	1,0
pharmacie	3	0,3
travail social	5	0,5
Environnement et sciences fondamentales	(70)	(7,8)
hygiène industrielle	27	3,0
environnement	4	0,4
biologie-chimie	24	2,7
génie	15	1,6
Sciences sociales	(94)	(10,6)
sociologie	60	6,7
anthropologie	7	0,8
sciences politiques	3	0,3
économie	5	0,6
démographie	14	1,6
géographie	5	0,6
Administration	43	4,8
Relations industrielles	9	1,0
Communication	(18)	(2,0)
communication	5	0,5
animation	4	0,4
journalisme	1	0,1
arts et lettres	1	0,1
techniques documentaires	7	0,8
Statistique	2	0,2
Informatique	4	0,4
Sciences de l'éducation	6	0,6
Education physique	5	0,6
Postes de soutien	217	24,4
Total	890	100,0

Tableau 3

DISTRIBUTION DU TEMPS
CONSACRE AUX DIVERSES FONCTIONS

	0 à 10%	11 à 20%	21 à 30%	31 et plus %	MOYENNE
ANALYSE DE BESOINS	16	11	3	2	15,5
EVALUATION	26	5	1	0	8,4
COORDINATION INTERNE	32	0	0	0	2,8
COORDINATION EXTERNE	19	8	5	0	12,3
DISPENSATION DE SERVICES	8	4	2	18*	38,6
CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX	25	7	0	0	8,4
PROGRAMMATION	15	12	5	0	14,0

* DONT 9 CONSACRENT PLUS DE 50% DE LEUR TEMPS

Tableau 4

INTÉGRATION DU DSC DANS
LE CENTRE HOSPITALIER

	NIVEAU D'INTÉGRATION				FRÉQUENCE ET PROPORTION (%) JUGÉES BIEN INTÉGRÉES
	(1)	(2)	(3)	(4)	
INTÉGRATION ADMINISTRATIVE			<u>(2,6)</u>		17 (63,0)
INTÉGRATION PROFESSIONNELLE		<u>(2,3)</u>			11 (35,5)

Tableau 5

EXISTENCE DE PROGRAMMES NOVATEURS*

	FREQUENCE	POURCENTAGE
DSC N'EN AYANT AUCUN	5	15,6
DSC AYANT 1 PROGRAMME	15	46,9
DSC AYANT 2 PROGRAMMES	11	34,4
DSC AYANT 3 PROGRAMMES	1	3,1
DSC AYANT 4 PROGRAMMES	0	0
TOTAL	32	100

* PROGRAMMES S'ADDRESSANT AUX ADULTES; AUX PERSONNES AGÉES
PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE; EN SANTÉ AU TRAVAIL AUTRES QUE CEUX
REQUIS PAR LES CONTRATS AVEC LA CSST.

Tableau 6
INFLUENCE DE LA PRÉSENCE DU DSC
DANS LE CENTRE HOSPITALIER

		TRÈS PEU	PEU	PASSABLEMENT	BEAUCOUP
SUR LES ORIENTATIONS	FRÉQUENCE	11	9	8	4
	POURCENTAGE	34,4	28,1	25,0	12,5
SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	FRÉQUENCE	2	19	8	2
	POURCENTAGE	6,5	61,3	25,8	6,5

Tableau 7

EVALUATION DE LA PERFORMANCE
DES DSC PAR LES INTERVENANTS*

	NON ADEQUATE (1)	PEU ADEQUATE (2)	ADEQUATE (3)	TRES ADEQUATE (4)	FREQUENCE ET PROPORTION (%) BONNE PERFORMANCE**
COORDINATION INTERNE			<u>(3,1)</u>		28 (87,5)
COORDINATION EXTERNE		<u>(2,2)</u>			2 (6,3)
CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX			<u>(3,0)</u>		17 (53,1)
EVALUATION		<u>(2,3)</u>			9 (20,7)
ANALYSE DE BESOINS		<u>(2,7)</u>			14 (43,8)
PROGRAMMATION		<u>(2,4)</u>			2 (6,3)

* CLSC, CHSP, CAH, CHCD, CRSSS, DG et DSP

** 3

Tableau 8

INTEGRATION ET PERFORMANCE*

		INTEGRATION ADMINISTRATIVE	INTEGRATION PROFESSIONNELLE
FONCTIONS EXTERNES	ANALYSE DE BESOINS	1,09	1,26
	PROGRAMMATION	1,57	1,01
	COORDINATION	2,06	0,78
	EVALUATION	2,00	1,03
CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES		1,25	1,11
FONCTIONS INTERNES	COORDINATION	1,11	1,11
	INFLUENCE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	1,06	2,72
	INFLUENCE SUR LES PRATIQUES ADMINISTRATIVES	1,37	1,10

*RATIOS DES PROBABILITÉS D'UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE ÉTANT DONNÉE UNE GRANDE INTÉGRATION SUR LES PROBABILITÉS D'UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE ÉTANT DONNÉE UNE FAIBLE INTÉGRATION (RISQUE RELATIF). UN RATIO PLUS GRAND QUE 1 INDIQUE UNE MEILLEURE ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES DSC BIEN INTÉGRÉS. UN RATIO PRÈS DE 1 INDIQUE QUE L'INTÉGRATION EST PEU ASSOCIÉE À L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE.

Rapport des ateliers

Atelier "Formation" (Gilles Dussault)

Dans l'atelier qui a porté sur la formation, on a beaucoup discuté de multidisciplinarité et de collaboration inter-professionnelle et du rôle de la formation dans leur promotion. Une participante nous a fait part d'une expérience de formation à l'interdisciplinarité à l'Université de Sherbrooke et a rappelé que tous les efforts qu'on fera pour former les médecins, infirmières, autres professionnels à la pratique multidisciplinaire seront inutiles si, lorsqu'ils se retrouvent dans un milieu de pratique, il y a dissonance entre la formation reçue et les conditions d'exercice. Une autre participante a énuméré une liste de contraintes à la pratique de la multidisciplinarité: les rattachements institutionnels des différents professionnels qui n'étaient pas toujours compatibles avec le travail d'équipe: les modes de rémunération qui constituent un obstacle quand dans une même équipe disciplinaire, des membres sont à salaire, d'autres sont rémunérés à l'acte, certains gagnent jusqu'à trois fois plus cher que d'autres, alors qu'en principe toutes les idées des membres de l'équipe se valent.

Une autre idée intéressante a été formulée - un petit peu en réplique à ce que nous suggérerait le Dr Desrosiers cet après-midi avec son concept de formation minimale. Quelqu'un a suggéré qu'il ne suffisait pas de limiter la formation des spécialistes de la santé pour améliorer l'accessibilité aux soins, mais qu'il fallait accroître la formation des citoyens, celle des consommateurs de services de santé. Cela m'apparaissait être une idée à méditer que de valoriser la formation du client, du consommateur de soins, plutôt que de mettre toutes nos énergies dans la restructuration et la réorganisation de la formation des professionnels.

Atelier "Services de prévention" (Simon Racine)

Quant à nous, nous avons dévié un petit peu de la formulation des deux sujets qui nous étaient soumis qui semblaient toucher d'assez près le rôle des départements de santé communautaire en prévention et promotion, pour essayer d'avoir une approche un petit peu plus globale de la question des politiques sanitaires.

Les premières choses qui sont ressorties sont que la prévention et la promotion de la santé, ce n'est pas l'apanage des seuls DSC et CLSC - ça dépasse, et très largement le réseau de santé; notamment cela concerne les groupes communautaires et populaires, différents ministères et différentes organisations. Certains ont mentionné, par exemple, que la promotion du marathon de Montréal pouvait avoir plus d'effet sur la promotion de l'activité physique que bien des programmes qui ont été mis de l'avant par certains DSC ou CLSC ou autres organisations.

Le thème des nouvelles organisations en santé publique et de leur impact sur la prévention et la promotion de la santé a été discuté. Les structures comme les DSC, les CLSC ont eu un apport intéressant en termes d'interventions novatrices et créatrices en regard de la prévention et de la promotion de la santé, mais, dans beaucoup de cas, ces interventions ou ces actions ont été dispersées, mal coordonnées, ont souvent porté sur des aspects très marginaux de certains problèmes de santé. On a souligné la nécessité d'une coordination et de mieux définir aussi des niveaux de responsabilité, le tout pouvant s'inscrire à certains égards assez naturellement dans une politique de santé.

Mais la définition d'une politique de santé comme le précisait le Dr Desrosiers, doit se faire au plus haut niveau politique, même pas au niveau du Ministère de la Santé et des Services sociaux, mais au niveau du Bureau du Premier ministre même, lequel peut avoir une plus grande influence à la fois sur les divers ministères et sur les divers groupes sociaux comme le Conseil du Patronat, les syndicats et diverses autres organisations. Cela soulève en même temps la nécessité de définir des objectifs de santé - mais de véritables objectifs de santé axés sur le concept de santé positive et non pas sur le concept de maladie. Certains ont remarqué que nous sommes beaucoup plus habitués dans le réseau de santé à travailler sur le concept santé-maladie que de travailler sur le concept santé-promotion et attitude positive devant la santé.

Finalement, d'autres ont soulevé la question de la définition des notions de prévention et de promotion. La réflexion d'un participant nous a éclairé en suggérant de distinguer prévention, promotion et protection: la protection de la santé passe par l'adoption de lois et

relève plus du niveau politique, municipal ou provincial. La prévention relèverait du réseau de la santé et des services sociaux: beaucoup d'interventions ont été faites et plusieurs ont été réussies, mais il reste encore beaucoup à faire. Quant à la promotion, elle semble davantage être une question individuelle, un choix personnel d'adopter des comportements de santé positive - et à cet effet-là, on mentionnait qu'il y avait nécessité pour un réseau comme celui de la santé de travailler sur des objectifs qui touchent le processus des stratégies de changements plutôt que de viser uniquement des objectifs de santé globaux.

Atelier "Système de soins" (Richard Lessard)

La question qui nous était posée était: le système de soins est-il efficace - est-il efficient? Nous avons commencé par énumérer tous les problèmes du réseau dont les plus importants sont les problèmes de coordination, de cloisonnement des structures - on nous a rappelé qu'il y avait 800 conseils d'administration pour les 800 établissements du Québec, qu'il y avait un problème de manque de participation de la population au niveau de ces conseils d'administration; on a noté le manque de flexibilité du réseau dans sa gestion, et le problème du contrôle de la demande, du moins du point de vue des gestionnaires. Dans le fond, le problème est que ce que l'on attend des établissements et des fournisseurs de soins dans le réseau n'est pas clair. Ce qu'on leur demande, c'est de fournir des soins - d'en fournir le plus possible aux moindres coûts possibles. Mais ce qu'on ne leur a jamais demandé, c'est d'améliorer la santé.

Cela nous a amené au raisonnement suivant: les fournisseurs de soins sont peut-être efficaces, c'est-à-dire que ce qu'ils font, ils le font bien et aux moindres coûts. Mais, est-ce qu'ils font la bonne chose? Sont-ils efficaces? Cela ne semble pas être une question qui soit posée souvent.

Au niveau des moyens pour essayer d'intégrer des objectifs de santé au système de soins, on pense d'abord que les orientations et les

objectifs devraient être formulés à l'échelle provinciale parce que - c'est à ce niveau-là que se prennent les grandes décisions stratégiques, au moins au niveau des grands objectifs sanitaires. Pour ce qui est de la démarche plus opérationnelle, la planification des services de santé devrait se faire au niveau régional. On parle alors d'intégration des services sur un même territoire - régional ou sous-régional. On parle d'intégration - il y en a qui sont pour l'intégration verticale - d'autres plus nombreux pour l'intégration horizontale des différentes structures, centres hospitaliers, centres d'accueil, CLSC, DSC, pour qu'il y ait un lien plus serré entre toutes ces structures-là. On a parlé également de dégager des masses monétaires par territoire, en fonction des priorités sanitaires du territoire.

Atelier "financement" (Pierre Boyle)

Je vais essayer de mettre de l'ordre dans ce qui a été plutôt un désordre, mais il me semble que nous nous sommes posé plus de questions que nous avons trouvé de réponses. Je vais essayer de résumer ces questions. Nous sommes partis ce matin d'un diagnostic à l'effet que les indicateurs de performance du système avaient un peu "pris le bord" depuis un an ou deux, et que le financement du système de soins n'était plus conditionnel à l'atteinte d'objectifs de performance et, on a examiné les implications que ça pouvait avoir à court terme et à moyen terme. Ce qui nous a amenés cet après-midi à nous poser des questions sur ce qu'est la performance et à nous demander si des indicateurs de performance ne devraient pas aussi traduire des finalités du système.

Cela nous a amenés à poser un certain nombre d'autres questions, à savoir: qu'est-ce qu'on finance? pour qui? qui est responsable - imputable -, qui a l'autorité de gérer les fonds publics qui sont affectés à la santé? Evidemment, on a pas pu faire le tour de ces questions-là; la première question, que finance-t-on? nous revenons à la question des finalités du système. C'était assez clair qu'on finançait la dispensation de services. Pour qui? On ne savait pas trop. C'était facile de dire pour tous ceux qui ont passé la porte de l'hôpital la dernière année, mais c'est nettement insuffisant.

On a ensuite constaté que, présentement il n'y a pas beaucoup d'incitatifs, au niveau des professionnels, des administrateurs ou des établissements, à se donner des objectifs - même des objectifs de dispensation de services. On a déploré aussi un manque de clarté dans le pouvoir de chaque niveau quant à l'élaboration des objectifs et quant à l'affectation des ressources en conséquence. On se dit dans le fond pour le moment, il n'y a pas beaucoup de pression pour que le statu quo ne soit pas maintenu. On a pas d'objectifs clairs, il n'y a pas de pression pour en avoir et on continue d'être financés; de toute façon, la stabilité des professionnels ou des administrateurs n'est pas menacée, et leur rémunération non plus.

On s'est aussi demandé qui doit élaborer ces objectifs. On a pas eu nécessairement de consensus là-dessus, mais ce qui semblait ressortir - c'est qu'il y a des objectifs à différents niveaux et qu'il serait normal de penser qu'il y ait des individus ou des structures à chacun des niveaux - du niveau régional jusqu'à l'unité de soins qui, aient la responsabilité de tracer des objectifs. Enfin on s'est posé la question suivante: est-ce qu'il est plausible ou souhaitable d'envisager que le financement des établissements et la rémunération des gestionnaires et des professionnels soit au moins en partie liée à l'élaboration et à l'atteinte des objectifs. Je ne suis pas certain qu'on soit arrivé à une réponse, mais on s'est au moins posé la question. On a essayé de voir quelle sorte d'implication que cela pourrait avoir. Si la structure de financement est liée à des responsabilités de développement et d'atteinte des objectifs, elle devra être cohérente avec la structure du pouvoir, que ce soit dans un système très centralisé ou très décentralisé.



Achevé d'imprimer
en août 1986 sur les presses
des Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc.
Cap-Saint-Ignace, Qué.





000 225 792

Les publications de l'ACFAS

Les Annales de l'ACFAS

Recueils des résumés des communications présentées aux congrès de L'ACFAS.
Depuis 1935, (vol. 1 à 54)

INTERFACE, La revue des chercheurs

Le bimestriel de la recherche, depuis 1979

Les Cahiers de l'ACFAS

19. Philosophie et éducation (1984)
20. Informatique et société (1984)
21. La sidérurgie dans l'optique du Québec (1984)
22. Être femme de science (1984)
23. Les ressources humaines et la croissance économique (1984)
24. Recherches en gérontologie (1984)
25. Technologie et politique au Canada. Bibliographie: 1963-1983 (1984)
26. Quelques recherches en biomathématiques (1985)
27. Recherches en gérontologie II (1985)
28. Le droit et l'informatique (1985)
29. Ordinateur et éducation (1985)
30. Le contrôle social en pièces détachées (1985)
31. Aménagement et pouvoir local (1985)
32. La science politique dans les sociétés contemporaines (1985)
33. La sociologie et l'anthropologie au Québec (1985)
34. La personne âgée et la famille (1985)
35. La recherche en hydrologie au Québec (1986)
36. Bioéthique et philosophie (1986)
37. Rétrospective de la recherche sur les sols au Québec (1986)
38. Aménagement et développement: vers des nouvelles pratiques? (1986)
39. Le développement agro-forestier au Québec et en Finlande (1985)
40. Les discours du savoir (1986)
41. La morphologie sociale en mutation au Québec (1986)
42. Milieux et évaluation (1986)
43. Le système politique de Montréal (1986)
44. Égalité et différence des sexes (1986)
45. Biomathématiques (1986)
46. Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée
47. L'intervenant • son vécu • son milieu • son action.
48. Une politique de santé pour le Québec.