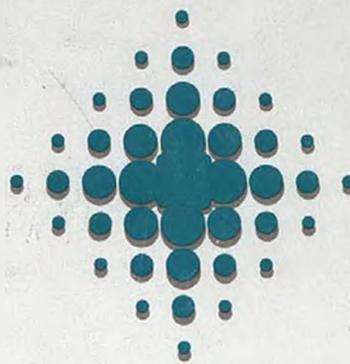


RÉSUMÉ
DU
RAPPORT



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



MANDAT

Conformément au décret du 29 janvier 1986 adopté par le Gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour mandat :

- d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs et plus particulièrement :
 - les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux incluant :
 - les responsabilités réciproques du ministère de la Santé et des Services sociaux, des conseils régionaux et des établissements ;
 - la coordination des niveaux de décision ;
 - le rôle des professionnels au sein du système ;
 - les mécanismes de participation du milieu et de concertation avec les principaux collaborateurs externes au système de santé et de services sociaux ;
 - le financement des services de santé et des services sociaux en tenant compte notamment :
 - des facteurs influençant l'offre et la demande des services ;
 - du développement technologique ;
 - du niveau et des modes possibles de financement ;
 - du processus de décision pour l'allocation des ressources ;
 - des mécanismes d'évaluation et de contrôle ;
 - d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux ;
 - de faire au Gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.



COMMISSION

Président : Jean Rochon

Commissaires : Harvey Barkun,
Janine Bernatchez-Simard,
Roger Bertrand,
Jean-Pierre Duplantie,
Norbert Rodrigue

Secrétaire général : Guy Gélinau

RÉSUMÉ

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLE DES MATIÈRES	
AVANT-PROPOS	2
1. Le mandat et la démarche de la Commission	3
2. La structure et les orientations générales du rapport	4
3. Le Québec d'aujourd'hui: une société en métamorphose	6
4. L'évolution des problèmes de santé au Québec: nouvelles tendances et nouveaux défis	7
5. Des problèmes sociaux fondamentaux et des populations vulnérables	9
6. L'évolution des politiques gouvernementales et des diverses composantes du système des services de santé et des services sociaux	10
7. L'évolution des coûts et le financement des services de santé et des services sociaux	12
8. Des éléments d'une politique de santé et de bien-être	16
9. Une révision des responsabilités et un nouveau partage des pouvoirs décisionnels	17
10. Une nouvelle manière de penser et d'offrir les services: le recentrage sur la personne	19
11. Une nouvelle dynamique des ressources humaines	21
12. L'évaluation et l'information: deux défis à relever	23
13. La recherche et la technologie: consolider les acquis et accentuer l'évaluation	24
14. Le financement des services couverts	26
15. L'allocation des budgets et le paiement des ressources	27
CONCLUSION	30

AVANT-PROPOS

Le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux compte près de 900 pages. Tout résumé ne peut rendre complètement justice au contenu d'un document aussi volumineux. Il va sans dire que les nuances et les précisions en sont absentes.

Le présent résumé fait donc ressortir les grandes orientations du rapport et les principales recommandations. Le lecteur est prié de consulter l'ouvrage original s'il désire approfondir l'un ou l'autre des sujets abordés.

La Commission remercie tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à ses travaux. L'avant-propos du rapport et le rapport d'activités publié en annexe à ce dernier font état des principales contributions de ces personnes.

RÉSUMÉ

1. Le mandat et la démarche de la Commission

Créée le 18 juin 1985 par le gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux connexes commençait ses travaux le 15 octobre 1985 avec l'assermentation de 12 commissaires.

Le 29 janvier 1986, le gouvernement du Québec modifiait par décret le nom de la Commission, la nature et l'étendue de son mandat, sa composition et sa durée. Celle-ci voyait son mandat s'élargir à l'ensemble des services sociaux; sa composition passait de 12 à 6 commissaires et la durée de son mandat était réduite de quelques mois. La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux s'est donc vu confier le mandat d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs, d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît ce système et de faire au gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement de ces services.

La Commission était composée de Jean Rochon, président, des commissaires Harvey Barkun, Janine Bernatchez-Simard, Roger Bertrand, Jean-Pierre Duplantie et Norbert Rodrigue, et du secrétaire général, Guy Gélinau.

Les travaux de la Commission se sont déroulés en trois grandes étapes: définition de la problématique et des enjeux du système (de janvier 1986 à mars 1987), élaboration d'hypothèses de solutions (de septembre 1986 à juillet 1987) et rédaction du rapport (d'août à décembre 1987).

Adoptant une démarche interactive avec les personnes et les groupes concernés par les services de santé et les services sociaux, la Commission a associé plus de 6 000 personnes à ses consultations du printemps 1986 et de juin 1987. Quelque 400 experts québécois ont collaboré à l'élaboration de six dossiers portant sur les besoins de clientèles particulières. Enfin, la Commission a pu compter sur la contribution d'environ 200 chercheurs de la communauté universitaire et scientifique du Québec pour réaliser son programme de recherche.

Pour la réalisation de ses travaux, la Commission a bénéficié du soutien d'une douzaine de conseillers; elle s'est par ailleurs appuyé sur le travail incessant et la motivation remarquable de son personnel régulier dont elle tient à souligner l'excellence.

Les dépenses de la Commission ont totalisé 6,1 millions de dollars, montant qui correspond aux fonds octroyés par le gouvernement du Québec.

La Commission aura réussi à rendre publics, simultanément, son rapport final et l'ensemble des documents produits dans le cadre de son mandat. Il s'agit de:

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

2. La structure et les orientations générales du rapport

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

Au terme de ses travaux, la Commission pose un diagnostic global de la situation. Notre système se compare avantageusement à celui des autres pays du monde occidental et il faut en être fier. Le Québec a réussi à supprimer les principales barrières financières qui entravaient l'accès aux services. Il a innové dans sa manière de concevoir et de traiter les problèmes de santé en y intégrant les dimensions sociales, et les problèmes sociaux en refusant de les marginaliser. Il a par ailleurs réussi à contrôler la croissance des coûts du système.

Cependant, le bilan de l'évolution des deux dernières décennies amène la Commission à conclure que le système est pris en otage par les divers groupes d'intérêt et groupes de pression, par ailleurs légitimes et nécessaires dans toute société démocratique et pluraliste. Si les tensions actuelles se maintiennent, elles risquent de faire éclater le système et de faire perdre rapidement au Québec ce qu'il a mis près de

20 ans à construire. De l'avis de la Commission, cette situation s'explique principalement par l'absence d'objectifs de résultats et par l'absence d'intersectorialité.

La trame du rapport repose sur trois convictions profondes. Il faut replacer la santé et le bien-être au coeur des préoccupations de notre société, si l'on entend donner à tous et à toutes des chances égales de mettre en valeur leur potentiel humain. Il faut aussi centrer les interventions sur la personne. Ce recentrage doit marquer la relation entre le consommateur et le producteur, en vertu d'un contrat implicite qui garantit le respect des droits et de la dignité humaine. Cette orientation implique également que l'on adopte une nouvelle approche des services et une nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines. Enfin, il faut compter sur la dynamique résultant d'une large participation des personnes et des groupes afin que les choix émanent d'arbitrages transparents et démocratiques, afin aussi que la population soit proche des lieux de prise de décision. Le système doit évoluer dans la direction voulue collectivement et être maîtrisé par ceux et celles qui veulent bâtir l'avenir.

En somme, la Commission propose une relance et une revitalisation du système de services de santé et de services sociaux en fonction des orientations fondamentales suivantes:

- . un système axé sur des résultats à atteindre;
- . une démocratisation et une plus grande transparence des processus décisionnels, en particulier par une participation accrue des citoyens aux diverses instances du système;
- . une décentralisation et une meilleure adaptation aux réalités régionales;
- . une approche intersectorielle des problèmes de santé et de bien-être, tant au niveau local qu'aux niveaux régional et provincial;
- . une approche de population qui permette d'agir efficacement sur les facteurs déterminants des problèmes de santé et des problèmes sociaux;
- . un système public sur les plans du financement et du fonctionnement.

Plutôt que de s'attarder à la résolution d'une multitude de problèmes particuliers, la Commission a choisi d'axer son rapport sur des questions de fond, en espérant que celui-ci servira à relancer et la discussion et l'action. Il appartient maintenant aux personnes et aux organismes concernés par la santé et le bien-être de la population de parvenir à centrer le système sur de véritables objectifs de résultats et à établir un nouveau partage des pouvoirs.

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

Selon la Commission, les attentes et les besoins exprimés par la population en matière de santé et de bien-être s'enracinent dans une réalité sociale bien différente de ce qu'elle était il y a 20 ans.

- . Après une période de croissance prodigieuse dans les années de l'après-guerre, l'économie a connu, au début des années 80, une forte décroissance - la pire depuis la crise des années 30 - avant d'amorcer enfin une reprise au milieu de la présente décennie. Cette évolution a fait prendre conscience du caractère limité des ressources de l'État et des arbitrages qui s'imposent devant le caractère presque illimité des besoins. Tel est le noeud des problèmes de financement et de fonctionnement du système des services de santé et des services sociaux.
- . Comme dans tous les autres pays industrialisés et dans les autres provinces canadiennes, le Québec a vu l'État occuper une place de plus en plus grande au sein de l'économie et de la vie collective. Cette expansion a transformé les mécanismes de régulation de la société, ce dont la récession de 1981-1982 a fait prendre conscience. Depuis lors, un débat social s'est engagé entre les tenants et les opposants de l'intervention de l'État.
- . Le marché du travail et de l'emploi s'est profondément transformé sous l'impulsion de la compétition internationale, de l'entrepreneuriat québécois dans les PME, de la tertiarisation de l'économie et de l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail. On observe une "précarisation" de l'emploi, avec 40 % de la main-d'oeuvre ayant un statut d'emploi autre qu'un emploi régulier à plein temps. Le milieu hospitalier offre sans doute le plus bel exemple de cette précarisation qui touche particulièrement les jeunes et les femmes.
- . Le Québec, un des pays les plus féconds d'Occident il y a à peine 25 ans, n'enregistre plus que 1,4 enfant par femme - un des plus bas taux au monde. Sa population vieillit beaucoup plus rapidement qu'ailleurs, sans pourtant atteindre les taux de population de 65 ans et plus de plusieurs pays européens. Enfin, l'immigration est beaucoup plus diversifiée qu'il y a 15 ans: Montréal commence à ressembler aux grandes métropoles internationales par sa diversité ethnoculturelle. Cette évolution démographique a posé et continue de poser des défis majeurs au système des services de santé et des services de sociaux, obligé de se rajuster.
- . Le nouveau pluralisme de la société québécoise se manifeste de façon tangible dans la multiplication des modèles de famille et dans les innombrables changements de valeurs qu'on observe depuis 20 ans. Les institutions sociales, comme les personnes, sont encore en train de s'habituer au fait que nous ne vivons plus dans une société monolithique où la famille biparentale est la norme. Dans ce contexte, le développement de l'entraide, du soutien financier et socio-affectif devient un objectif fondamental.

- L'entrée massive des femmes sur le marché du travail depuis la fin des années 60 a stimulé la marche vers l'égalité des sexes dont les répercussions dans le domaine de la santé et des services sociaux sont multiples, telles que la féminisation d'emplois traditionnellement masculins, les revendications en matière de pratique médicale, la dénonciation de la violence sous toutes ses formes, la création de nouveaux modes de distribution de services.
- Après une période de réorganisation, les organismes communautaires et bénévoles occupent de nouveau au Québec une place très importante. D'une certaine manière, ils sont en train de reprendre la place que tenaient jadis les réseaux d'entraide bâtis autour de la famille étendue, du voisinage et surtout des institutions religieuses.
- La notion de région au Québec a maintenant un sens non seulement administratif, mais aussi politique, social et culturel. C'est là, en partie, le résultat des efforts du gouvernement du Québec pour se rapprocher de ses citoyens. C'est aussi le résultat de plusieurs formes de concertation entre les établissements de la région, mais également entre tous les acteurs socio-économiques préoccupés par le développement de la région.
- En matière de santé, les manières de penser, de sentir et d'agir se sont profondément transformées depuis vingt ans, sous l'impulsion du développement des connaissances épidémiologiques et de la multiplication des formes de thérapies offertes pour résoudre les problèmes de santé.

4. L'évolution des problèmes de santé au Québec: nouvelles tendances et nouveaux défis

- Les pays industrialisés connaissent depuis deux ou trois décennies une véritable "transition épidémiologique" qui se caractérise par une amélioration notable de l'espérance de vie, une diminution substantielle de la mortalité infantile et une modification de l'incidence de la morbidité, étant donné l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives.
- La réduction du taux de mortalité s'est accentuée depuis 1976. De 1971 à 1980, par exemple, les principaux risques à la baisse étaient les suivants: une réduction de plus de 50 % de la mortalité périnatale; chez les hommes, des baisses de plus de 20 % pour les maladies ischémiques du coeur, les maladies cérébro-vasculaires et les accidents de véhicules automobiles; chez les femmes, une réduction de la mortalité de 34 % pour les maladies ischémiques du coeur, de 28 % pour les maladies cérébro-vasculaires, de 50 % pour le cancer du col de l'utérus et de 11 % pour le cancer du sein.
- Par contre, parmi les risques à la hausse, notons que les taux de suicide ont augmenté de plus de 49 % chez les hommes et chez les femmes; la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et des poumons s'accroît de 75,2 % chez les femmes et de 32,9 % chez les

hommes. Le SIDA doit également figurer parmi les principales menaces à l'heure actuelle. Ce portrait coïncide avec les tendances observées dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE): baisse globale de la mortalité par maladie cardio-vasculaire, augmentation de la mortalité par cancer, en grande partie du fait du cancer du poumon, baisse sensible des décès par traumatisme, sauf dans le cas du suicide qui est à la hausse. Des données plus récentes dans le cas du Québec pourront nuancer ce tableau: par exemple, les accidents de la route seraient de nouveau à la hausse, de même que le cancer du sein et celui du col de l'utérus.

- . En plus des causes de décès, notre bilan doit tenir compte de la prévalence de plus en plus grande de maladies qui influent sur la qualité de vie des personnes, en particulier les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et les maladies chroniques telles que les maladies mentales, l'hypertension, les maladies respiratoires et les maladies rhumatismales. De l'avis de nombreux observateurs, il faut dorénavant accorder un maximum d'attention à l'évolution des maladies chroniques dont les conséquences se font sentir de plus en plus. L'OCDE estime même qu'aujourd'hui, 80 % de l'ensemble des décès dans les pays industrialisés et une partie encore plus grande des incapacités totales s'expliquent par des maladies dégénératives dont les causes ne sont guère connues.
- . Il ne fait désormais plus de doute que l'état de santé d'une population est le résultat de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs: les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins lui-même. La Commission passe en revue, dans cette section du rapport, les principaux facteurs de risque associés à la biologie, aux habitudes de vie et à l'environnement. Depuis 20 ans, les connaissances ont progressé de façon considérable dans ce domaine: l'influence des facteurs de risque et les rapports de synergie qui existent entre certains d'entre eux sont de mieux en mieux connus. A la lumière de ces connaissances, la prévention joue un rôle stratégique: il est maintenant possible d'agir sur certains déterminants qui conditionnent étroitement l'apparition de problèmes de santé.
- . De ce survol de l'évolution des problèmes de santé, la Commission fait plusieurs constats. D'importantes inégalités entre l'état de santé de différents groupes de la population persistent. Les progrès réalisés dans la lutte contre la mort mettent en évidence le rôle clé de la promotion de la santé et de la prévention. La part croissante des maladies chroniques pose de nouveaux défis: le système de santé doit dorénavant s'appliquer à assurer le plein développement et la pleine utilisation du potentiel physique et mental des personnes. En somme, le Québec doit se doter d'une politique globale de santé axée sur des objectifs de résultats.

5. Des problèmes sociaux fondamentaux et des populations vulnérables

- . Les travaux de la Commission l'ont amenée à identifier un certain nombre de problèmes sociaux, qualifiés de fondamentaux, à cause de leur gravité intrinsèque pour la personne mais aussi de leurs répercussions éventuelles sur les tiers et la société. De plus, ces problèmes touchent largement des personnes et des groupes qui ne sont pas en mesure de faire face à des situations difficiles par leurs seuls moyens. Il s'agit donc, dans l'esprit de la Commission, de problèmes prioritaires, pour lesquels il faut assurer un accès universel, complet et rapide aux services sociaux. La nature de ces problèmes peut varier dans le temps.
- . Actuellement, ces problèmes sont, en premier lieu, ceux associés à la violence faite aux personnes: abus, mauvais traitements et négligence envers les enfants, agression sexuelle et violence conjugale, agressions de toutes sortes dont on commence à découvrir l'existence, par exemple envers les personnes âgées. Il y a, en second lieu, les problèmes de déviance et de mésadaptation sociale: délinquance, troubles du comportement et tentatives de suicide chez les adolescents ainsi que les problèmes d'itinérance. Enfin, il y a tous les problèmes reliés à l'intégration sociale, qu'il s'agisse des carences dans les liens parents-enfants, de la surcharge liée à la monoparentalité, des difficultés de fonctionnement dues à l'absence ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle ou des problèmes d'intégration des immigrants.
- . L'État ne doit pas se limiter à intervenir dans les cas extrêmes. Il doit aussi chercher à diminuer l'incidence de ces problèmes en empêchant que se détériorent des situations de détresse. De plus, certains groupes de la population sont plus vulnérables que d'autres quand ils sont confrontés à des situations difficiles, telles que la présence d'un handicap, la pauvreté, l'absence ou l'insuffisance de réseaux d'intégration. Même si toute personne est susceptible d'éprouver, à un certain moment de la vie, des difficultés de fonctionnement, il demeure que les enfants de moins de 15 ans, les jeunes adultes en dehors de l'école et du marché du travail, les familles monoparentales et les personnes âgées constituent des groupes particulièrement vulnérables. Il faut donc mettre en place pour eux des programmes préventifs.
- . Enfin, la Commission constate la faiblesse de la recherche sociale appliquée au Québec. Aucun indicateur ne permet d'établir l'incidence, la prévalence ou la distribution des problèmes et des besoins sociaux au sein de la population. D'ailleurs, la plupart des données sur lesquelles la Commission s'appuie proviennent surtout de renseignements recueillis au Québec à des fins administratives et d'études souvent réalisées à l'extérieur du Québec ou à partir d'échantillons non représentatifs de l'ensemble de la population québécoise. Il est donc important que des données de base soient rassemblées pour permettre une vue d'ensemble plus précise des problèmes et des besoins sociaux au Québec.

6. L'évolution des politiques gouvernementales et des diverses composantes du système des services de santé et des services sociaux

- . Les gouvernements ont progressivement mis en place des politiques sociales et des politiques de services ayant pour objectifs de réduire les inégalités socio-économiques et de protéger les citoyens contre les risques sociaux majeurs tels que la pauvreté, le chômage et la maladie.
- . L'histoire des diverses composantes institutionnelles du réseau a été mouvementée. La plupart des établissements, quelle que soit leur catégorie, ont connu des périodes d'adaptation difficiles, voire des chambardements importants depuis la mise en oeuvre de la réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu.
- . Certains des changements survenus ne sont pas allés dans le sens anticipé. La Commission estime ainsi que les conseils régionaux sont actuellement dans une impasse, la stricte décentralisation administrative ne leur permettant pas d'appliquer une véritable décentralisation.
- . Le rythme des changements apportés à la vocation ou à la mission de certains types d'établissements (ex.: CLSC, CSS, DSC) n'a pas toujours permis que les modèles inspirés de la réforme mettent en valeur leur potentiel. Il n'a pas non plus facilité l'adaptation des services et des programmes aux nouveaux besoins exprimés par la population. Le personnel des établissements s'est souvent senti bousculé par les multiples changements structurels qui ont eu en fait une incidence sur ses conditions de pratique. La Commission est d'avis qu'il est nécessaire et urgent de clarifier les missions des établissements.
- . Les associations d'établissements ont occupé et occupent toujours une place stratégiquement importante. Si leur rôle auprès des établissements est bénéfique et souhaitable, celui de représentation auprès du Ministère et des organismes centraux est problématique. Le rôle de représentation a, par essence, un effet centralisateur, puisque les interventions des associations au niveau central court-circuitent les structures régionales. Le nouvel accent mis sur la décentralisation et la clarification de la mission des établissements devront amener une révision du rôle de ces associations.
- . Le défi à venir en matière de gestion des ressources humaines consiste à changer la philosophie de gestion. L'environnement du travail a changé et ce changement se traduit par de nouvelles valeurs: désir de participation aux décisions et de nivellement des statuts, préoccupations grandissantes pour la qualité de vie au travail, volonté de démocratisation, désir de tous les employés d'être considérés dans leur travail et non pas traités comme de simples rouages, enfin, besoin de valorisation personnelle dans et par le travail. Ces nouvelles aspirations sont très présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux: elles doivent y trouver un lieu d'expression.

- De son analyse de l'évolution des pratiques professionnelles et de la réglementation professionnelle au Québec, la Commission retient un certain nombre de constats. Ainsi, les critères actuels d'incorporation sont peu opérationnels: ils ne permettent pas de tracer la frontière entre une activité de travail et une activité dite professionnelle. Par ailleurs, l'évolution des connaissances et des milieux de pratique exige que soit revue la notion de champ exclusif. Dans la même optique, on constate que le mécanisme de délégation d'actes n'a pas eu les effets escomptés et que, finalement, la collaboration interprofessionnelle s'est peu développée. La qualité de l'inspection professionnelle, quant à elle, varie grandement d'une corporation à l'autre. Les procédures de recours offertes au public apparaissent insatisfaisantes. De plus, l'émergence des médecines douces et leur quête de légitimité ne peuvent être ignorées.
- La Commission se préoccupe également de l'évolution des effectifs professionnels. Bien que des efforts multiples aient été déployés pour mieux planifier le développement de cette main-d'oeuvre et, en particulier, améliorer la répartition géographique des effectifs médicaux, les progrès restent encore minces. Des mécanismes plus efficaces devront être mis en oeuvre.
- Les organismes communautaires jouent un rôle important en matière de santé et de bien-être. On reconnaît de plus en plus les mérites et le potentiel des réseaux naturels et des organismes issus de la communauté, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan de la démocratisation de la société.
- Ces organismes apportent des réponses à des besoins non comblés par le réseau public. Ils offrent la possibilité d'aborder et de traiter les problèmes sous un angle différent: importance de l'écoute, du soutien social et affectif, flexibilité et polyvalence des intervenants, approche globale et personnalisée, rapports de réciprocité et participation des "usagers-membres" à la résolution de leurs problèmes. Ces groupes ont néanmoins des capacités d'intervention limitées qui tiennent à leur nature même (bénévolat) et à leurs difficultés de financement. Leur action, toutefois, contribue à la consolidation du tissu social, en forgeant de nouvelles solidarités et en favorisant la participation à la vie démocratique.
- La Commission est d'avis que si l'on veut encourager ce mouvement, des changements substantiels s'imposent. La reconnaissance explicite de la contribution des organismes communautaires devra se concrétiser par des modalités et un niveau de financement adéquats, par le respect de l'autonomie de ces organismes et par l'établissement d'une collaboration profitable et équitable entre le réseau public et les ressources communautaires.

7. L'évolution des coûts et le financement des services de santé et des services sociaux

La problématique entourant le financement des services constituait un des volets majeurs du mandat de la Commission. Aussi celle-ci s'est-elle appliquée à analyser l'évolution des coûts, celle des sources de financement, et le processus même d'allocation des budgets et de paiement des ressources.

L'évolution des coûts

- . La centralisation du financement a constitué, sur le plan du contrôle des coûts, un atout indéniable pour le Québec. L'évolution des dépenses totales de santé a suivi de très près celle du produit intérieur brut. La récession économique de 1982-1983, qui a frappé le Québec plus durement que les autres provinces, s'est accompagnée d'un ralentissement important des dépenses publiques de santé. De 1977 à 1985, en effet, ces dernières se sont accrues moins vite au Québec que partout ailleurs au Canada.
- . Les Québécois consacrent à leurs dépenses de santé un pourcentage de leur richesse collective légèrement supérieur à la moyenne canadienne, soit 9,1 % contre 8,4 %, pour l'année 1985. Ils se comparent en cela aux Français, aux Hollandais et aux Suédois. Il est cependant loin d'être sûr que la gamme de services offerts dans ces différents pays soit comparable. Les dépenses de santé incluent en effet, au Québec, l'ensemble des services sociaux de réadaptation et d'hébergement en institution, ce qui n'est certes pas le cas dans les autres pays de l'OCDE.
- . Au cours des dix dernières années, les dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale se sont accrues au même rythme que l'ensemble des dépenses publiques. Leur part relative dans la mission sociale du gouvernement a cependant diminué, en raison de l'importance croissante, dans une conjoncture économique difficile, des dépenses de sécurité du revenu.
- . De 1977 à 1986, la croissance des dépenses publiques de santé et d'adaptation sociale s'explique essentiellement par l'inflation. Les dépenses réelles, ou la quantité de services par habitant, ne se sont accrues que de 0,6 % par an en moyenne au cours de cette période. Elles ont même diminué légèrement dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et surtout dans les centres de services sociaux.
- . L'évolution des coûts des services médicaux a été assez originale au Québec. Les tarifs des actes se sont accrus beaucoup moins rapidement que dans les autres provinces, tout au long de la période 1971 à 1984. Mais cet écart a été compensé par une hausse importante de la quantité d'actes par médecin.

- Dans le secteur hospitalier, le contrôle des coûts s'est traduit par un contrôle du nombre de lits et par des compressions d'effectifs. Ces politiques ont eu comme conséquence secondaire une baisse du nombre de lits par médecin, ce qui représente une limite indirecte au revenu du chirurgien.
- Les moyens adoptés jusqu'ici par le gouvernement québécois pour maîtriser l'évolution de ses dépenses dans le domaine des services de santé et des services sociaux ont produit certains effets indésirables. Entre autres, les contraintes financières, imposées d'en haut, ont engendré une gestion conflictuelle. La gravité de ces tensions s'est accrue lorsque la capacité de financement de l'État, affectée par le ralentissement de la croissance économique, est venue contrecarrer les attentes des acteurs du système (usagers et producteurs de soins). Les symptômes de ces difficultés sont nombreux: déficits des centres hospitaliers, engorgement des urgences, insatisfaction croissante des médecins dont les revenus s'accroissent moins rapidement que ceux de leurs homologues des autres provinces, dégradation des conditions et des climats de travail. Qui peut dire, par ailleurs, si les bénéfices obtenus par la maîtrise des dépenses ne sont pas inférieurs aux coûts qui en ont résulté pour certaines catégories de personnes?
- Il ne semble pas que l'accessibilité aux services de santé ait été gravement compromise depuis une quinzaine d'années. Par contre, le secteur des services sociaux présente des indices alarmants: l'attente prolongée des enfants qui ont besoin de protection, des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un hébergement adéquat ou des services à domicile suffisants, des femmes battues en quête d'un refuge, ou des patients désinstitutionnalisés ayant besoin d'être soutenus dans leur milieu de vie.

Les sources de financement

- La part du financement public des dépenses de santé et de bien-être est considérable: 79 % des dépenses de services de santé et 86 % des dépenses de services sociaux. Pour ces derniers, la part de financement privé, évaluée à 14 %, correspond uniquement à ce qui est exigé de l'utilisateur lors de la consommation d'un service dispensé par le réseau public. Les données disponibles ne nous permettent malheureusement pas d'évaluer ni l'ampleur des services sociaux et des services de santé offerts à titre gratuit par les femmes, les familles, les bénévoles et les organismes communautaires, ni l'importance de certains services sociaux non couverts par l'État.
- Au Québec, la part du financement privé des dépenses de services de santé est tout à fait comparable à celle des autres provinces canadiennes. C'est en Alberta et en Saskatchewan que la part du financement privé est la plus faible. Seul le système ontarien reçoit un financement privé nettement supérieur à celui des autres provinces. Le Québec est la seule province où les dépenses privées se sont accrues plus vite que les dépenses publiques, entre 1977 et 1985.

- Les modalités de la participation fédérale au financement des services de santé se sont modifiées au cours des ans. Depuis 1977, cette participation évolue selon la croissance économique du Canada et non plus selon l'augmentation des coûts des services dispensés. L'évolution récente montre cependant une nette diminution du taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux. Si l'on inclut les points d'impôt transférés au Québec, ce taux est passé de 44,7 % en 1977-1978 à 39,7 % en 1987-1988. Si les tendances actuelles se maintiennent, la part du financement fédéral n'atteindra plus, en 1990, que 38 % des dépenses totales ou 18 %, si l'on ne considère que la contribution en espèces.
- Le Régime d'assistance publique du Canada ne finance qu'une faible part des dépenses de services sociaux: cette participation a été estimée à 23 % pour l'année 1987-1988. Le caractère résiduel et sélectif de ce régime en fait un instrument d'administration complexe et peu propice à l'amélioration des services sociaux dans les provinces. De plus, il pénalise financièrement les provinces qui, comme le Québec, ont tenté de créer un système de services sociaux original et adapté à leur culture.

L'allocation et le paiement des ressources

- Les récents choix du gouvernement québécois quant à l'évolution de ses dépenses globales ont été influencés par trois principaux facteurs: la récession économique du début des années 1980, le souci d'une fiscalité moins lourde et plus concurrentielle et l'évolution de la situation financière du gouvernement fédéral. Ces choix sont manifestes dans le dernier discours du budget: baisse du déficit, diminution des dépenses publiques en proportion du PIB et allègement du fardeau fiscal. Si la situation financière du gouvernement du Québec s'est améliorée, cette amélioration demeure toute relative, puisque le fardeau de la dette fédérale devra être supporté en partie par les contribuables québécois.
- Il ne semble pas que, lors des décisions d'allocation de ressources dans le secteur des services de santé et des services sociaux, l'on se soit forment préoccupé des retombées des sommes investies sur la santé et le bien-être de la population. Ces décisions ont été davantage le résultat de la confrontation des intérêts des différents groupes organisés, et de leurs stratégies politiques, sans que cela signifie pour autant que ces groupes ne prennent nullement en considération la santé et le bien-être. Les enjeux économiques, politiques, scientifiques et même éthiques sont infiniment plus puissants dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux.
- L'histoire des règles qui déterminent l'affectation des budgets aux établissements traduit les efforts déployés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour assurer l'équilibre budgétaire de son réseau: ce fut l'instauration du budget global en 1972, l'opération Blitz en 1985-1986 et l'expérience malheureuse de la méthode

de rationalisation des bases budgétaires dans les centres hospitaliers. L'expérience de ces mesures comme les déficits prouvent que les incitations à l'efficacité et au respect de l'équilibre budgétaire dépendent moins du mode de paiement par budget global que de la façon dont le budget est administré et de l'existence d'un système de sanctions et de récompenses équitables effectivement appliqué, système qui n'a jamais réellement existé au Québec. Le cycle des déficits hospitaliers semble avoir davantage suivi le cycle électoral que les mesures incitatives contenues dans les politiques ministérielles.

- . Le financement des immobilisations est l'un des rares domaines où l'on ait connu une réelle décentralisation administrative. Toutefois, les modalités de financement de ces dépenses ne semblent pas étrangères aux problèmes de vétusté et de sécurité des immeubles du réseau, ni à l'obsolescence d'une partie du matériel.
- . Le processus d'allocation budgétaire est essentiellement politique, compte tenu des groupes d'intérêt en présence, de leur diversité, de leurs valeurs et de leurs pouvoirs. Ce processus semble être devenu peu à peu une fin en soi, en dépit d'efforts positifs et d'initiatives remarquables, ainsi que du souci réel de certains acteurs d'allouer les ressources sur une base plus équitable.
- . Le régime québécois de services médicaux se caractérise encore essentiellement par une médecine libérale, rémunérée à l'acte par un tiers payant public. L'accès des médecins à ce régime est considéré comme un droit et représente un cas unique de garantie absolue de travail et de revenus pour les membres d'une profession.
- . Ce régime a cependant vu croître de manière considérable les coûts des services rémunérés à salaire ou par vacation. Ce dernier mode de paiement est devenu de plus en plus populaire au cours des dernières années, principalement à cause des difficultés de recrutement en région et dans des disciplines qui présentent moins d'attraits (gériatrie, psychiatrie, urgence). Entre 1977 et 1986, le coût de l'ensemble des services médicaux s'est accru en moyenne chaque année de 9,2 %. Le taux d'augmentation n'est que de 7,6 % pour les services rémunérés à l'acte, mais il atteint 25,0 % pour la rémunération à salaire et 27,3 % pour la vacation.
- . Le Québec est la seule province dont les ententes comportent des mécanismes de contrôle de la rémunération des médecins (objectifs tarifaires, plafonds, règles d'application). Ces mécanismes ont eu des effets réels sur l'évolution des coûts des services médicaux, mais leur application devient de plus en plus complexe.
- . Il ne semble pas, enfin, que les politiques de rémunération des médecins aient apporté une solution à des problèmes tels que la prise en charge adéquate des personnes vieillissantes, la continuité et la globalité des soins, l'intégration des médecins à la gestion des établissements hospitaliers ou l'équité régionale.

8. Des éléments d'une politique de santé et de bien-être

Pour la Commission, il est temps que le Québec se dote d'une politique globale de santé et de bien-être. Cette politique doit être le reflet d'un consensus social sur des objectifs à atteindre, des priorités à fixer et des moyens à mettre en oeuvre. Certaines conditions apparaissent essentielles à son instauration. En premier lieu, il faut mettre en place un processus continu qui mobilise tous les acteurs autour de valeurs communes, que ce soit au niveau local, régional ou central. Ce processus doit reposer sur des bases scientifiques, techniques et même légales. D'autres conditions sont aussi nécessaires: une volonté politique et une collaboration intersectorielle, des priorités clairement définies et des mécanismes de coordination et d'évaluation.

La Commission réaffirme la finalité fondamentale du système de services de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables: la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social.

Elle propose également les objectifs généraux:

- le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés;
- l'accessibilité universelle à des services personnalisés, continus et de qualité, incluant:
 - . l'aide requise par toute personne pour l'évaluation de ses besoins et son orientation vers des services adéquats
 - . les services de santé médicalement requis
 - . les services sociaux requis pour prévenir ou corriger des situations qui, en raison de leur degré de sévérité ou de gravité, font courir des risques à la personne et à son entourage
 - . les services sociaux requis par toute personne vivant au-dessous d'un seuil de revenu donné
- la prévention des problèmes de santé axée sur dix priorités:
 - . les maladies cardio-vasculaires
 - . le cancer
 - . les traumatismes
 - . les maladies chroniques dégénératives
 - . les problèmes de santé mentale
 - . la prématurité, les maladies héréditaires et les malformations congénitales
 - . les maladies transmissibles sexuellement
 - . le sida
 - . les risques pour la santé rattachés à l'environnement
 - . l'alcoolisme et les toxicomanies

- la prévention des problèmes sociaux associés à:
 - . la violence faite aux personnes
 - . la déviance et la mésadaptation sociale
 - . l'absence de réseau naturel de soutien à l'intégration sociale

9. Une révision des responsabilités et un nouveau partage des pouvoirs décisionnels

La Commission constate l'absence, dans le système, d'objectifs clairement définis et de priorités à long terme. La planification en matière de santé et de services sociaux est à peu près indépendante de l'allocation des ressources. L'évaluation est inexistante ou limitée aux intrants et aux processus. Les contrôles sont lourds et tatillonnés. L'ambiguïté du rôle des conseils régionaux de la santé et des services sociaux est un obstacle à la coordination des services. La Commission observe également que la confusion entourant les missions des établissements et des organismes entraîne des chevauchements et des cloisonnements non propices à l'atteinte des résultats recherchés. Cette confusion conduit, de plus, à l'échec relatif des mécanismes de participation et de concertation. Dans de telles circonstances, on ne peut se surprendre qu'il soit difficile, voire impossible, d'adopter une perspective globale et à long terme en matière de services de santé et de services sociaux. Le système lui-même est tellement complexe, réglementé, embourbé, traversé de conflits, qu'il est en pratique ingouvernable. Voilà pourquoi la Commission recommande un nouveau partage des pouvoirs décisionnels.

Au niveau régional

La Commission propose que chaque région socio-sanitaire du Québec soit dotée d'une régie régionale dont les missions seraient :

- . d'assurer la participation de la communauté aux décisions relatives à la planification, à l'évaluation des programmes et à l'allocation des ressources;
- . de planifier, de manière continue et transparente, les programmes en fonction des problèmes sociaux et sanitaires et d'adopter une perspective intersectorielle;
- . d'allouer les budgets aux établissements et aux organismes communautaires en fonction de ces programmes;
- . de favoriser la concertation entre les professionnels, entre les établissements et entre le réseau public et les organismes communautaires.

Ces régies remplaceraient les actuels conseils régionaux. Le conseil d'administration de la régie serait composé de 15 membres, élus au suffrage universel pour un mandat de trois ans. Pour être éligible à un poste d'administrateur de la régie, une personne ne peut être membre d'un établissement. De façon transitoire, les membres du conseil pour-

raient être élus par un collège électoral d'environ 100 à 150 personnes. Le collège électoral serait constitué de personnes choisies par les différents groupes socio-économiques et les institutions de la région.

Chaque régie régionale serait dotée d'un comité régional des priorités, composé de personnes provenant des groupes socio-économiques et des établissements et formé par le conseil d'administration de la régie. Ce comité conseillera la régie sur ses priorités et sur l'évaluation des services.

Au niveau central

La création de régies régionales devrait progressivement entraîner une modification et une réarticulation des fonctions du ministère de la Santé et des Services sociaux autour de quatre activités principales:

- la planification et l'évaluation de l'ensemble du système, dans le but d'assurer la cohérence entre les finalités et les objectifs globaux du système et les réalisations concrètes;
- la coordination interrégionale;
- la coordination et le contrôle des programmes sociaux et des programmes de santé de portée provinciale;
- la protection de la santé publique.

Compte tenu de l'importance de la santé publique pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la Commission propose que la standardisation des pratiques et le développement des connaissances en santé publique soient confiés à un Centre de santé publique relié au Ministère.

Par ailleurs, la Commission recommande la création d'un Conseil de la santé et du bien-être, mandaté pour conseiller le gouvernement sur les politiques à long terme en matière de santé et de bien-être dans une perspective d'intersectorialité.

Au niveau des établissements

Dans le but d'améliorer la complémentarité des ressources, la Commission précise la mission des établissements. Elle confirme la mission du centre hospitalier pour le diagnostic, le traitement et la réadaptation; celle du centre de services sociaux dans les domaines de la protection contre la violence, de la déviance et de la mésadaptation sociale; celle du centre d'accueil de réadaptation dans le domaine de la réadaptation des personnes handicapées physiques et intellectuelles, des alcooliques et des toxicomanes ainsi que des jeunes contrevenants et des mésadaptés sociaux. La Commission fusionne les missions des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée étant donné que, avec l'alourdissement de leurs clientèles, les centres d'accueil d'hébergement sont devenus en fait des établissements d'hébergement et de traitement des malades chroniques en perte d'autonomie.

Quant au centre local de services communautaires, il demeure un lieu de prestation de services de première ligne. Sa mission principale, mais non exclusive, est centrée sur les programmes de base tels que définis par le Comité Brunet. La mise sur pied d'autres programmes propres au milieu devra toutefois être limitée et déterminée en collaboration avec la régie régionale. La mission du département de santé communautaire est, d'une part, de fournir les informations sur l'état de santé et de bien-être de la population et sur les facteurs qui y sont associés et, d'autre part, d'entreprendre et d'appuyer les actions de promotion de la santé, de prévention, de surveillance et de contrôle. Finalement, la Commission identifie 13 centres hospitaliers universitaires et 6 instituts universitaires ayant une mission d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et de dispensation des soins tertiaires.

La Commission juge par ailleurs essentiel le rôle des conseils d'administration des établissements. Elle suggère cependant d'en modifier la composition de manière à assurer une représentation plus importante de la population. La présence des professionnels, du personnel et, selon le cas, d'un représentant de la corporation propriétaire ou de deux représentants de l'université serait maintenue de façon minoritaire par rapport aux autres membres. La régie nommerait un nombre équivalent de membres extérieurs au réseau; le Ministère désignerait aussi un représentant. Les personnes ainsi choisies pourraient coopter un nombre limité de membres additionnels. Selon le type d'établissement, le conseil d'administration peut compter de 7 à 15 membres.

10. Une nouvelle manière de penser et d'offrir les services: le recentrage sur la personne

Le nouveau partage des responsabilités entre le centre et les régions, et la clarification des missions des établissements devraient donner lieu à une nouvelle dynamique des services.

Les services sont actuellement morcelés de par le cloisonnement des établissements qui s'ignorent les uns les autres, d'où la plainte souvent exprimée au cours des consultations menées par la Commission concernant la déshumanisation des soins et l'absence d'une approche globale de la personne. La continuité des services, la globalité et la personnalisation des soins ont trouvé jusqu'ici peu d'assises dans la réalité.

Cette distance entre le discours et la réalité doit s'amenuiser. C'est là, du point de vue de la Commission, un des objectifs les plus importants à atteindre au cours des prochaines années. Les ressources doivent être organisées de façon à être accessibles et disponibles au moment où le bénéficiaire en a besoin. Tout bénéficiaire qui s'adresse au système des services de santé et des services sociaux devrait trouver un milieu accueillant et personnalisé. A cet égard, les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation devraient être améliorées de

façon à garantir une meilleure accessibilité des services. Corollairement, on devrait assurer un meilleur suivi du bénéficiaire tout au long de son cheminement dans le système.

Une nouvelle manière de penser et d'offrir les services doit émerger. Les diverses composantes du réseau doivent se détacher de leurs réflexes institutionnels pour adopter une approche par programmes. Cette réorganisation fera éclater les monopoles corporatifs, mettra un terme aux guerres de clocher, pour finalement enclencher de nouvelles concertations entre les établissements d'une part, et entre le réseau institutionnel et les organismes communautaires d'autre part.

En lieu et place des modalités actuelles de fonctionnement et de financement par catégorie d'établissements ou par type de ressources, la Commission préconise donc une approche par programmes, ce qui signifie que les services seront conçus en fonction de programmes axés sur des objectifs de résultats précis.

Les programmes doivent de plus poursuivre les objectifs généraux suivants: l'accessibilité aux services dans un délai minimum; l'adéquation entre les besoins, les attentes des personnes et les services rendus; la continuité des services, c'est-à-dire la coordination entre les dispensateurs pour offrir les services requis en temps opportun, du début à la fin de l'épisode de services; la personnalisation des services, c'est-à-dire la capacité d'adapter les modalités de dispensation des services à la situation particulière de la personne; la résolution effective des problèmes.

En somme, l'approche par programmes favorisera, de l'avis de la Commission, la collaboration et la concertation entre les professionnels, les organismes communautaires et les établissements.

Par ailleurs, la Commission s'est préoccupée particulièrement de la qualité des services dispensés aux communautés culturelles et aux populations autochtones. Elle propose qu'on attache une importance toute particulière à l'accessibilité linguistique et culturelle des services destinés aux communautés culturelles du Québec, notamment dans la région de Montréal.

La Commission propose également, pour les communautés inuit et crie couvertes par les Conventions, que les régies régionales de services sociaux et de services de santé de leur territoire soient placées sous la juridiction de leur gouvernement respectif. Ces régies devraient assumer la responsabilité administrative des organismes engagés dans la dispensation des services. Elle propose que, dans une approche de coopération, un soutien soit apporté à ces régies dans la définition de leurs orientations et le développement d'approches novatrices.

La Commission suggère aussi de créer, au sein du Ministère, un service conseil dont le mandat couvrirait le recrutement et la formation des coopérants désireux de travailler en région éloignée, la formation des intervenants autochtones, la coopération avec les régies crie et inuit

et la coordination de la recherche. Enfin, la même approche de coopération devrait servir de guide pour l'élaboration d'ententes entre les gouvernements en cause et les communautés autochtones non conventionnées.

11. Une nouvelle dynamique des ressources humaines

La Commission estime que le système des services de santé et des services sociaux ne peut atteindre ses objectifs si on ne favorise pas une nouvelle dynamique des ressources humaines. Elle précise les quatre dimensions qui lui paraissent les plus prometteuses: la planification de la main-d'oeuvre, en particulier celle des effectifs médicaux, la formation pratique des futurs professionnels de niveau universitaire, la gestion des ressources humaines dans les établissements et l'organisation professionnelle.

La planification et la répartition géographique des effectifs médicaux

La Commission est convaincue que la planification de la main-d'oeuvre du réseau des services de santé et des services sociaux passe par la concertation entre les ministères de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Science, de la Santé et des Services sociaux, les institutions d'enseignement et les établissements du réseau. Elle suggère d'adapter l'actuelle table de concertation sur les effectifs médicaux ou de créer tout autre mécanisme de concertation qui tienne compte de l'ensemble des professionnels du système des services de santé et de services sociaux. La Commission croit également qu'il faudra instaurer des mesures incitatives afin d'améliorer la répartition géographique de ces professionnels.

En particulier, la Commission est d'avis que les sommes actuellement administrées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, sauf celles versées à des professionnels oeuvrant dans le cadre de programmes de portée provinciale, doivent être régionalisées. Devront aussi l'être les budgets actuellement affectés aux mesures incitatives servant à améliorer la répartition géographique des médecins. La régie régionale pourra utiliser cet argent de quatre façons. Ce budget servira à payer les professionnels de la région selon les modalités négociées centralement, à financer les services professionnels que la population pourra recevoir dans une autre région et à offrir des primes et des avantages pour attirer ou retenir les médecins dans la région. Dans le cas où il aura été impossible de recruter des médecins et que les services pourront être offerts par d'autres types de professionnels, la régie régionale pourra utiliser ces sommes pour les rémunérer.

La formation

La Commission est d'avis que les universités et les établissements de santé et de services sociaux doivent assumer conjointement la responsabilité de l'encadrement de la formation pratique des futurs profession-

nels. En ce sens, elle propose que des mesures incitatives soient prévues et mises en place pour valoriser la participation des professeurs et des professionnels du réseau à la formation pratique des futurs professionnels. De plus, elle propose que les coûts liés aux stages soient intégrés aux budgets des établissements qui reçoivent les stagiaires.

Selon la Commission, tout nouvel employé devrait bénéficier d'une période d'initiation à l'emploi avant d'être assigné au poste pour lequel il a été engagé. Une telle période d'initiation et d'intégration est nécessaire, car les institutions d'enseignement ne peuvent garantir à elles seules une adéquation parfaite entre la formation de base et les exigences parfois très spécialisées d'un poste.

Elle estime que les sommes allouées à la formation en cours d'emploi et au perfectionnement doivent atteindre une proportion de la masse salariale équivalente à celle consentie par le secteur de l'éducation et la fonction publique à cet effet. Les efforts déployés par le Ministère, les régies régionales et les établissements devront être coordonnés, transparents et soutenus.

La gestion des ressources humaines

Les établissements doivent se donner des moyens de concrétiser la participation de toutes les catégories de personnel. La voie envisagée par la Commission est la mise en place, dans chaque établissement, d'un comité consultatif d'établissement. Ce comité, formé de représentants de toutes les catégories de personnel, devrait être consulté sur les matières touchant la planification et la gestion de l'établissement et informé des motifs des décisions prises par la direction. De plus, elle préconise une participation accrue des cadres intermédiaires dans la gestion des ressources humaines et la résolution des litiges.

La Commission a aussi la conviction que l'évaluation doit devenir un élément important de valorisation et de motivation pour le personnel cadre et salarié du réseau. L'évaluation doit se faire dans une perspective de développement des ressources humaines et non de contrôle, de discipline ou de sanction. Elle suggère que l'évaluation des employés salariés et des cadres donne accès, le cas échéant, à des programmes de formation en cours d'emploi et de perfectionnement. Elle devrait se faire dans la perspective de plans de carrière pour le personnel du réseau des services de santé et des services sociaux.

L'organisation professionnelle

En ce qui a trait à l'organisation professionnelle, la Commission est d'avis que la notion de protection du public doit être révisée dans l'optique du respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne.

Selon la Commission, il faut redéfinir les critères d'incorporation essentiellement en fonction de la reconnaissance d'un acte exclusif ou d'un acte à partage restreint. En conséquence, le mécanisme de délégation des actes doit être aboli.

Pour les praticiens de la santé et des services sociaux qui ne seraient pas membres d'une corporation professionnelle mais dont les activités nécessitent un certain contrôle, la Commission suggère la création d'un mécanisme d'inscription sous la responsabilité de l'Office des professions. Elle propose aussi que les poursuites pour pratique illégale d'une profession soient confiées à l'Office des professions, les corporations conservant l'initiative de signaler les cas suspects à l'Office des professions.

De l'avis de la Commission, devrait s'ajouter aux mécanismes de recours actuels la possibilité, pour une personne insatisfaite de la décision d'une corporation professionnelle, d'avoir recours au Protecteur du citoyen. Elle suggère également que la représentation du public au Bureau des différentes corporations soit accrue. De même, il est nécessaire d'y assurer la représentation des établissements d'enseignement.

Enfin, la Commission considère comme essentiel que le public soit mieux informé de ses droits et des mécanismes de recours existants. En conséquence, l'Office des professions devrait consacrer des efforts additionnels pour informer la population sur ces sujets.

12. L'évaluation et l'information: deux défis à relever

La Commission juge que des efforts substantiels devront être faits pour développer des systèmes d'information qui permettent l'évaluation des résultats. Elle présente en ce sens, dans son rapport, un cadre conceptuel qui pourrait guider l'expansion des systèmes d'information dans le domaine des services de santé et des services sociaux.

Par ailleurs, compte tenu du grand nombre et de la diversité des systèmes utilisés, des nombreuses approches retenues, de la rapidité du progrès dans ce domaine et des sommes importantes qui sont en cause, la Commission propose qu'un groupe de travail soit mandaté pour:

- . valider et améliorer le cadre conceptuel proposé par la Commission;
- . mettre à jour et compléter l'inventaire des systèmes d'information existants;
- . évaluer les expériences en cours, notamment celles qui tentent de combiner l'information clinique et l'information comptable;
- . élaborer un plan directeur pour le développement futur des systèmes d'information;

- . évaluer les possibilités d'application au système de services de santé et de services sociaux des innovations les plus récentes dans le domaine de l'informatique, telles que le dossier électronique ou la carte à puces, en accordant une attention toute particulière à la confidentialité des données.

D'une façon générale, une meilleure utilisation et un meilleur contrôle des techniques informatiques et des études évaluatives, la diffusion élargie de l'information à tous les niveaux et la création de réseaux de communication entre les personnes, les organismes qui dispensent des services, les instances régionales et centrales, devraient progressivement rendre les choix plus visibles ainsi que leurs conséquences pour la population.

13. La recherche et la technologie: consolider les acquis et accentuer l'évaluation

La Commission estime que le développement de la recherche en santé au Québec progresse mais que la recherche sociale appliquée demeure nettement sous-développée. Les technologies ont par ailleurs connu une expansion considérable, ce qui exige que l'on s'intéresse davantage à leur évaluation et à leur diffusion.

La recherche

Au cours des 15 dernières années, dans le domaine de la recherche en santé, les chercheurs québécois ont tenté de rattraper leurs homologues des autres provinces si l'on en croit le nombre de subventions obtenues des organismes fédéraux. Néanmoins, la recherche en santé connaît encore aujourd'hui des problèmes qui risquent d'affaiblir les acquis. Le problème le plus crucial concerne la formation des jeunes chercheurs. Le deuxième est lié à la situation précaire des recherches clinique, épidémiologique, évaluative, organisationnelle et opérationnelle.

La Commission considère que les efforts consentis en matière de financement doivent être maintenus afin de consolider le développement de la recherche biomédicale et d'augmenter le nombre de chercheurs et d'équipes dans les autres domaines de recherche. L'avancement de la recherche en santé dépendra du soutien donné à la formation des chercheurs et à l'élaboration de plans de carrière pour ceux-ci, du financement de la recherche sur des thèmes prioritaires et du développement d'une politique intégrée de recherche.

Du côté de la recherche sociale appliquée, tout reste à faire. Le soutien financier à la formation d'équipes de recherche est fort négligé par les organismes subventionnaires. L'infrastructure nécessaire au développement de cette recherche et à l'encadrement des étudiants et des jeunes chercheurs est à peu près inexistante, tant dans les universités que dans les milieux de pratique. L'absence presque totale de

soutien à la formation de chercheurs et au développement de plans de carrière pour ceux-ci risque d'hypothéquer la recherche sociale appliquée pour de nombreuses années à venir. Sans programmes d'études post-doctorales, sans bourses de formation post-doctorale, sans bourses de carrière ou bourses de recherche, on ne parviendra jamais à atteindre le nombre de chercheurs nécessaire à l'essor d'une recherche de qualité dans ce domaine.

La Commission reconnaît que la recherche sociale appliquée est sous-financée. De nouveaux fonds doivent donc y être affectés pour établir une tradition de recherche. Ces montants devront être suffisamment importants pour accroître le soutien à la formation et à la carrière de chercheurs et pour permettre la création d'équipes et de centres de recherche universitaires.

En résumé, la Commission est d'avis que la recherche sociale appliquée comme la recherche en santé ne sauraient se développer convenablement sans la mise en place de programmes de subvention axés sur des problèmes prioritaires et sans l'élaboration d'une politique intégrée de recherche. D'autre part, le développement de la recherche au Québec manque de coordination. Il faut donc mettre en place un mécanisme de coordination entre le Conseil québécois de la recherche sociale, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail, les universités et le gouvernement. Cette coordination viserait à soutenir l'avancement de la recherche et à élaborer une politique intégrée de recherche dans le domaine de la santé et du bien-être. Pour faciliter la concertation et la complémentarité dans ce domaine, le président de chaque organisme subventionnaire, ou son délégué, devrait siéger au conseil d'administration des autres organismes.

Le développement technologique

La prolifération des technologies dans le domaine de la santé et leur utilisation massive au cours des deux dernières décennies font qu'il est impératif de se doter de mécanismes permettant d'évaluer les technologies et les conditions dans lesquelles elles sont utilisées. Seulement alors, il sera possible de faire des choix, toujours difficiles, mais mieux éclairés.

Pour ce faire, la Commission estime qu'il est essentiel de créer un Conseil consultatif d'évaluation des technologies, indépendant du ministère de la Santé et des Services sociaux et composé de gens reconnus pour leur crédibilité et leur compétence dans ce domaine.

Le mandat du Conseil serait d'étudier les problèmes d'éthique que soulèvent les technologies et de s'assurer qu'une évaluation rigoureuse de leur efficacité et de leur efficience est faite. Un tel mandat exige une articulation étroite entre le Conseil et les centres hospitaliers universitaires (CHU) responsables de l'évaluation des technologies.

Dans cette perspective, le Conseil devrait s'appuyer sur des organismes subventionnaires de recherche qui encadreront et soutiendront les CHU dans leur processus d'évaluation.

14. Le financement des services couverts

Le financement des services de santé et des services sociaux résultera toujours d'un compromis politique entre la volonté d'atteindre certains objectifs de santé et de bien-être et le coût de réalisation de ces objectifs. Pour qu'une société puisse effectuer les arbitrages nécessaires, il faut que la population soit en mesure d'évaluer les performances du système, de se prononcer sur les objectifs et les priorités et de décider du niveau de financement qui devrait être consacré au secteur de la santé et du bien-être. Elle doit donc disposer de l'information nécessaire et du pouvoir de décision.

Par ailleurs, de l'avis de la Commission, il faut sortir du débat stérile portant sur l'insuffisance ou, au contraire, sur l'excès des fonds publics investis dans le secteur de la santé et du bien-être. S'il existe des indices de sous-financement dans certains domaines, rien ne nous garantit que les services dispensés le sont de la manière la plus efficiente. C'est l'ensemble des modalités organisationnelles du système qui sont en jeu: couverture des services, mode de budgétisation, impact des contraintes réglementaires, gestion des ressources humaines, développement de systèmes d'information et adoption de mesures de rentabilité intégrées au processus budgétaire.

En s'appuyant sur les tendances observées ces dernières années et à la lumière des facteurs de croissance que constituent notamment le vieillissement de la population, l'évolution des effectifs médicaux et la pression des changements technologiques, la Commission estime que les dépenses augmenteront au cours des prochaines années à un rythme annuel légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Ce rythme de croissance exigera un effort important du gouvernement du Québec pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

En ce sens, la Commission estime inacceptable que le gouvernement fédéral ne fournisse pas aux provinces les moyens de respecter les objectifs nationaux des programmes d'assurance-santé. Le financement fédéral des services sociaux devrait être révisé et adapté à la réalité des services sociaux au Québec. Les principes retenus par la Commission quant à l'accessibilité universelle aux services sociaux devraient être considérés comme la base d'une entente nouvelle entre le gouvernement fédéral et celui du Québec. Cette entente devrait prévoir la consolidation des mécanismes actuels de transfert de fonds (RAPC, Loi sur les jeunes contrevenants, Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides) en un seul mécanisme, dans le but de favoriser le développement des services sociaux et d'améliorer substantiellement leur financement.

En ce qui concerne la nature, publique ou privée, du financement, la position de la Commission est très claire: les services couverts, c'est-à-dire ceux définis comme universels, accessibles et gratuits, doivent faire l'objet d'un financement totalement public. La Commission est d'avis que le financement privé et les frais modérateurs posent de sérieux problèmes sur le plan de l'équité, en plus de ne garantir aucunement l'amélioration de la rentabilité des ressources investies.

Cette prise de position n'exclut pas certaines formes de financement privé. La Commission encourage le financement privé des projets d'immobilisation, sous réserve qu'ils s'inscrivent à l'intérieur des politiques générales d'accessibilité aux services, laquelle doit être assurée indépendamment de la richesse des communautés.

La Commission est aussi d'avis que les contributions des bénéficiaires peuvent continuer à être prélevées pour leur hébergement lorsqu'il s'agit de transfert de paiements ou de services non couverts, tel le supplément relié à l'occupation de chambres privées ou semi-privées en centre hospitalier. De telles pratiques ne sont pas en contradiction avec la position de la Commission, à savoir qu'il ne doit pas exister de paiements privés pour les services couverts dans le secteur de la santé et du bien-être.

Les projections globales en matière de dépenses publiques comportent de multiples aléas. Si elles laissent entrevoir certaines marges de manœuvre, résultant de facteurs comme la réduction du poids démographique des enfants de 0 à 14 ans et l'amélioration de la productivité, il n'en demeure pas moins qu'il faut faire des choix concernant les services qui seront couverts et ceux qui ne le seront pas.

Les dimensions éthiques de tels choix ne peuvent être ignorées. La première tâche de ceux et celles qui auront à décider si un service est couvert ou ne l'est pas, est d'obtenir un consensus sur les lignes directrices à suivre. Celles-ci devraient tenir compte de l'évolution des problèmes, des valeurs morales de la société et des capacités d'intervention. Dans cette perspective, la préoccupation constante des décideurs devrait être de s'assurer que les services couverts sont vraiment ceux dont la société retire le plus grand bénéfice.

15. L'allocation des budgets et le paiement des ressources

Les propositions de la Commission concernant l'allocation des budgets et le paiement des ressources visent trois objectifs: assurer la visibilité du processus d'allocation des ressources, l'équité et la cohérence avec les objectifs poursuivis et, enfin, l'imputabilité des acteurs.

Selon la Commission, le processus d'allocation des ressources devrait reposer sur une planification triennale des dépenses et de leur financement, élaborée en fonction de priorités et d'objectifs, et tenant

compte des rendements antérieurs et des résultats obtenus. Cette planification triennale devrait considérer également les aspects multisectoriels de la santé et du bien-être.

Les prérogatives du central

Dans le cadre de la planification et de l'évaluation des résultats, le ministère de la Santé et des Services sociaux aurait la responsabilité d'obtenir les budgets pour le secteur des services de santé et des services sociaux. Il procéderait aussi à la répartition de ces budgets entre la composante régionale et la composante centrale responsable des programmes de portée provinciale. L'Assemblée nationale serait appelée à voter à la fois l'enveloppe provinciale réservée au Ministère et chacune des enveloppes régionales. C'est le Ministère qui aurait la responsabilité d'élaborer la formule de répartition des budgets par région.

L'enveloppe régionale

Les régies régionales conviendraient avec le Ministère d'un plan de financement de trois ans. Le financement se ferait sur la base d'un budget global per capita corrigé. Cela signifie que l'enveloppe budgétaire de chaque région tiendrait compte de la taille et des caractéristiques de la population. La formule de répartition serait valable pour trois ans, les budgets étant accordés annuellement; elle ne pourrait être révisée qu'à la fin de chaque période de trois ans.

Par ailleurs, afin de réduire les écarts existant actuellement entre les régions, chaque régie recevrait son budget sans présumer du lieu où le service est consommé. Cela permettrait aux régions de convenir entre elles d'ententes relatives à l'achat de services.

L'enveloppe régionale couvrirait les programmes qui relèvent de la régie. Elle comprendrait également les dépenses d'immobilisation inhérentes à leurs prérogatives, le plan d'immobilisation devant toutefois être approuvé par le MSSS. Le budget inclurait de plus les sommes payées pour rémunérer les professionnels de la santé oeuvrant au sein des programmes relevant des régies régionales, la RAMQ demeurant l'agent payeur.

L'enveloppe budgétaire devrait être une enveloppe fermée, sauf en cas de force majeure. La procédure de révision triennale fournirait l'occasion d'apporter les ajustements nécessaires, s'il y a lieu. Toutefois, les régies devraient assumer leurs déficits, comme elles pourraient conserver leurs surplus.

A l'intérieur d'une région, le financement s'effectuerait sur la base de programmes. La régie devrait ainsi décider non seulement des objectifs prioritaires de sa région, mais également des programmes à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs et des ressources requises.

Certains programmes pourraient être dispensés par un seul type d'établissement, d'autres par plusieurs types de ressources. La budgétisation par programme devrait nécessairement s'implanter graduellement. La Commission estime toutefois que c'est la voie à suivre pour assurer une meilleure continuité des services et l'efficacité du système.

Le financement des organismes communautaires

Reconnaissant aux organismes communautaires deux missions fondamentales, la Commission propose un financement propre à chacune d'elles. Ainsi, pour leurs fonctions de défense des droits et de promotion des intérêts des personnes, les organismes recevraient une subvention d'infrastructure de base, garantie pour trois ans et versée par le MSSS. Pour leurs fonctions de dispensation des services à la communauté, les organismes pourraient obtenir une subvention couvrant le coût de ces services. Cette subvention serait versée par le Ministère, dans la mesure où ils participent à la réalisation d'un programme de portée provinciale, ou par la régie régionale s'il s'agit de programmes sous sa juridiction.

Le paiement des médecins

En ce qui concerne les médecins en pratique privée, la Commission favorise une plus grande collaboration avec les autres ressources de première ligne disponibles dans la communauté. Un pas en ce sens serait d'associer ces médecins à des programmes destinés à des populations particulières ou consacrés à des problèmes précis. Le médecin serait alors rémunéré de façon forfaitaire pour sa participation à ces programmes.

Quant aux médecins en établissement, la Commission propose qu'ils reçoivent une rémunération fixe en contrepartie de l'ensemble de leurs activités médico-administratives. Cette rémunération fixe pourrait, par exemple, comporter une base salariale qui augmenterait en proportion directe de leurs responsabilités administratives ou d'encadrement. Ils pourraient cependant continuer à percevoir le reste de leur rémunération à l'acte, tout en respectant des plafonds fixés.

Une imputabilité accrue

Afin d'assurer l'imputabilité des régies régionales et des différents organismes dispensateurs de services, la Commission propose un certain nombre de moyens. Les régies seraient complètement responsables de leurs déficits; en contrepartie, elles pourront conserver leurs surplus et les utiliser à leur guise. De plus, des formes d'encouragement au rendement devraient être envisagées, comme la mise sur pied d'un fond à l'innovation qui pourrait être distribué, tous les trois ans, aux régions les plus performantes. Par ailleurs, lorsque les régies régionales se seront dotées d'un conseil d'administration composé d'élus au

suffrage universel, la Commission estime que l'imputabilité devrait impliquer un pouvoir de taxation, celle-ci étant de nature marginale et visant à financer, de façon non récurrente, un déficit; il appartiendrait alors à la population de juger si elle approuve le mode de gestion de la régie.

CONCLUSION

En se fondant sur ses consultations, sur son programme de recherche qui mit à contribution la communauté universitaire et scientifique du Québec, ainsi que sur ses travaux, la Commission croit traduire, dans son rapport, la réflexion collective des Québécois et des Québécoises concernés par les services de santé et les services sociaux.

Ayant choisi de se définir comme un catalyseur du changement, la Commission a conçu son rapport davantage comme une étape en vue d'améliorer le système plutôt que comme un bilan définitif. Le rapport doit donc retourner au milieu afin qu'il en discute, en débattenne et se l'approprie.

La Commission croit que ses conclusions et ses recommandations pourraient être à la source d'un consensus social sur l'avenir du système québécois de services de santé et de services sociaux.

Bibliothèque de l'Assemblée nationale



QL A 026 328